

**Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu**

**KONKURENCYJNOŚĆ  
PRZEDSIĘBIORSTW UZDROWISKOWYCH**

Honorata Trzcńska

Nowy Sącz, 2015

### **Komitet Redakcyjny**

doc. dr Marek Reichel – przewodniczący;  
prof. dr hab. inż. Jarosław Frączek; prof. dr hab. Leszek Rudnicki;  
prof. dr hab. Mariola Wierzbicka; dr hab. n. med. Ryszard Gajdosz, prof. nadzw.;  
dr hab. Wanda Pilch, prof. nadzw.; dr hab. Zdzisława Załona, prof. nadzw.;  
dr Tamara Bolanowska-Bobrek; mgr Agata Witrylak-Leszyńska

### **Redaktor Naczelny**

doc. dr Marek Reichel

### **Sekretarz Redakcji**

Katarzyna Górowska

### **Redakcja Techniczna**

Katarzyna Górowska

### **Recenzja**

dr hab. Łukasz Popławski, prof. nadzw.

Wydano za zgodą JM Rektora PWSZ w Nowym Sączu  
dra hab. inż. Mariusza Cygnara, prof. nadzw.

© Copyright by Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu  
Nowy Sącz, 2015

ISBN 978-83-63196-76-9

### **Adres Redakcji**

33-300 Nowy Sącz, ul. Staszica 1  
tel. 18 443 45 45, e-mail: briw@pwsz-ns.edu.pl

### **Wydawca**

Wydawnictwo Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu  
33-300 Nowy Sącz, ul. Staszica 1  
tel. 18 443 45 45, e-mail: sekbriw@pwsz-ns.edu.pl

### **Druk**

Wydawnictwo i drukarnia NOVA SANDEC s.c.  
Mariusz Kałyniuk, Roman Kałyniuk  
33-300 Nowy Sącz, ul. Lwowska 143  
tel. 18 547 45 45, e-mail: biuro@novasandec.pl

*Rodzicom, za wsparcie i wiarę...*



## Spis treści

<b>Wprowadzenie .....</b>	<b>7</b>
<b>1. Znaczenie konkurencyjności w rozwoju społeczno-gospodarczym .....</b>	<b>11</b>
1.1. Pojęcie konkurencyjności i przewagi konkurencyjnej w świetle teorii ekonomii .....	11
1.2. Źródła przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstw i strategii konkurencyjności .....	20
1.3. Czynniki konkurencyjności we współczesnej gospodarce .....	27
1.4. Metody oceny konkurencyjności przedsiębiorstw .....	31
1.5. Działalność uzdrowiskowa jako element rozwoju społeczno-gospodarczego.....	36
<b>2. Zasady i specyfika funkcjonowania uzdrowisk w Polsce .....</b>	<b>41</b>
2.1. Rys historyczny rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego .....	41
2.2. Definityjne aspekty uzdrowisk w literaturze polskiej i zagranicznej.....	44
2.3. Podstawy prawne funkcjonowania oraz źródła finansowania uzdrowisk.....	50
2.4. Rozmieszczenie i klasyfikacja uzdrowisk.....	63
2.5. Formy świadczonych usług w lecznictwie uzdrowiskowym.....	70
2.6. Funkcja uzdrowiskowa jako forma turystyki zdrowotnej.....	77
<b>3. Analiza zmian społeczno-gospodarczych wpływających na działalność przedsiębiorstw uzdrowiskowych w Małopolsce .....</b>	<b>88</b>
3.1. Charakterystyka uzdrowisk w Małopolsce i kierunki ich rozwoju.....	88
3.2. Ocena rozwoju społeczno-gospodarczego uzdrowisk województwa małopolskiego .....	103
3.3. Przedsiębiorstwa uzdrowiskowe w województwie małopolskim.....	130
3.4. Pacjenci korzystający z usług lecznictwa uzdrowiskowego w przedsiębiorstwach uzdrowiskowych w województwie małopolskim .....	135
3.5. Usługi lecznicze i rehabilitacyjne udzielone w uzdrowiskach województwa małopolskiego .....	136
3.6. Analiza strategiczna sektora przedsiębiorstw uzdrowiskowych w Małopolsce .....	139
<b>4. Analiza wyników badań empirycznych nad konkurencyjnością przedsiębiorstw uzdrowiskowych w Małopolsce.....</b>	<b>144</b>
4.1. Koncepcja oraz cele i zakres badań empirycznych nad konkurencyjnością uzdrowisk ..	144
4.2. Charakterystyka wybranych przedsiębiorstw uzdrowiskowych oraz ich sytuacja finansowa .....	146
4.3. Identyfikacja czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych .....	157
4.4. Ocena czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych.....	162
4.5. Pozycja konkurencyjna przedsiębiorstw uzdrowiskowych w województwie małopolskim.....	184

<b>5. Wnioski i rekomendacje dla przedsiębiorstw uzdrowiskowych w świetle przeprowadzonych badań empirycznych .....</b>	<b>186</b>
5.1. Wpływ osiągniętej pozycji konkurencyjnej na rozwój badanych przedsiębiorstw .	186
5.2. Ocena relacji między rozwojem przedsiębiorstw uzdrowiskowych a rozwojem społeczno-gospodarczym gmin uzdrowiskowych województwa małopolskiego ....	188
5.3. Zalecenia dla przedsiębiorstw uzdrowiskowych w aspekcie podejmowanych działań zmierzających do poprawy ich konkurencyjności .....	189
<b>Wnioski.....</b>	<b>193</b>
<b>Spis tabel .....</b>	<b>198</b>
<b>Spis wykresów.....</b>	<b>200</b>
<b>Spis map .....</b>	<b>202</b>
<b>Spis schematów .....</b>	<b>202</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>203</b>

## Wprowadzenie

Definiując pojęcie konkurencyjności przyjmuje się, iż jest ona cechą uczestników konkurencji. W literaturze przedmiotu definiowanie konkurencyjności ma miejsce rzadko i odnosi się najczęściej do makroekonomicznych podmiotów takich jak kraje czy przemysły.

Konkurencja w sferze działalności gospodarczej – opartej na mechanizmie rynkowym – sprowadza się do rywalizacji wielu jednostek lub grup o osiągnięcie tego samego celu, jakim jest maksymalizacja zysku, zwykle przez zwiększenie obrotów i udziału w rynku. W tym znaczeniu stanowi ona główną siłę napędową sukcesu lub niepowodzeń przedsiębiorstw, branż jak również w sferze gospodarki narodowej. Jej istota i cechy, a zwłaszcza sposoby rywalizacji oraz ich skutki dla rynku i jego podmiotów są przedmiotem badań ekonomistów od początku pojawienia się i rozwoju kapitalistycznego sposobu gospodarowania. Mimo pierwotnego charakteru tej kategorii ekonomicznej oraz – w praktyce – powszechnego rozumienia jej znaczenia, w literaturze ekonomicznej występuje wiele definicji i podejść do zjawiska konkurencji, w tym zwłaszcza w odniesieniu do specyfiki branżowej.

Przedmiotem monografii jest analiza uwarunkowań konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Rozważania na temat konkurencyjności odniesione zostały do przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego. W tym celu przeprowadzone zostały szczegółowe studia literaturowe. Zaproponowana została metodologia badawcza, na podstawie której przeprowadzone zostały badania empiryczne.

Zagadnienie konkurencyjności nabiera istotnego znaczenia wobec postępującego procesu globalizacji, zaś rozważania poświęcone przedsiębiorstwom uzdrowiskowym nabierają szczególnego znaczenia, tym bardziej, że niezwykle rzadko stają się one przedmiotem badań. Ponieważ jednym z regionów o największej liczbie uzdrowisk, a tym samym miejscem odwiedzanym przez liczne grupy kuracjuszy oraz turystów jest Małopolska, to właśnie przedsiębiorstwa uzdrowiskowe tego obszaru stały się przedmiotem badań. Uzyskane wyniki badań mogą stać się bazą informacji i rekomendacji dla kadry kierowniczej przedsiębiorstw uzdrowiskowych w procesie podejmowania decyzji zmierzających do poprawy ich pozycji konkurencyjnej.

Na światowym rynku usług uzdrowiskowych obserwowane są obecnie nowe, silne trendy. Kreowany w mediach prozdrowotny styl życia, ochrona osób starszych i niepełnosprawnych, wzrost długości życia są to determinanty mające duży wpływ na współczesne tendencje rozwojowe w tej dziedzinie. Przekłada się to znacząco na rozwój usług uzdrowiskowych, leczniczych, w tym również turystycznych i okołoturystycznych, generujących coraz większy udział w zatrudnieniu i dochodach gospodarki światowej. Podobne trendy można dostrzec w Polsce, m.in. jako efekt integracji polskiej gospodarki ze strukturami Unii Europejskiej. Omawiana sytuacja wymusza na polskich przedsiębiorcach wzrost jakości oferowanych produktów (wyrobów i usług), podnoszenie standardu obiektów uzdrowiskowych i turystycznych, zmianę sposobu i warunków żywienia, a także zwiększenie różnorodności oferowanych świadczeń oraz zapewnienie bezpieczeństwa. Jednocześnie zauważa się wzrost konkurencji wśród krajów europejskich w pozyskiwaniu coraz bardziej wymagającego i zamożnego klienta. Jego wymagania i oczekiwania stanowić powinny

podstawę kształtowania oferty uzdrowiskowej i turystycznej oraz budowania przyjaznych relacji z klientem – kuracjuszem – turystą. Polska ma duże szanse sprostać tej konkurencji, m.in. z uwagi na dobrze wykształconą kadrę i oferowane po korzystnych cenach usługi oraz wykorzystywanie w zabiegach naturalnych surowców leczniczych.

Powyższe przesłanki stały się podstawą sformułowania celów pracy i hipotez badawczych. Głównym celem jest próba identyfikacji i oceny czynników decydujących o konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych na przykładzie województwa małopolskiego. Poza realizacją celu głównego ustalone zostały również cele szczegółowe, do których zalicza się ustalenie hierarchii czynników wpływających na obecną pozycję konkurencyjną przedsiębiorstw uzdrowiskowych w regionie, określenie ich pozycji konkurencyjnej oraz wpływ osiągniętej pozycji konkurencyjnej na dalszy rozwój badanych przedsiębiorstw. Następnie dokonano oceny relacji między rozwojem przedsiębiorstw uzdrowiskowych a rozwojem społeczno-gospodarczym badanych gmin, dzięki czemu również określono czynniki stymulujące rozwój przedsiębiorstw uzdrowiskowych w przyszłości.

Na podstawie krytycznej analizy literatury przedmiotu w odniesieniu do omawianego problemu badawczego zostały postawione trzy hipotezy badawcze. Pierwsza z nich przyjmuje brzmienie: skoro w nowych warunkach gospodarowania przedsiębiorstwa uzdrowiskowe muszą lepiej dostosować się do mechanizmów rynkowych, to jakość usług wynikająca z rozwoju nowoczesnych technologii i zatrudnienie wykwalifikowanego personelu – stają się najbardziej istotnymi czynnikami walki konkurencyjnej między przedsiębiorstwami uzdrowiskowymi. Ponadto uznano, że jakość usług leczniczych i ich ceny oraz rosnąca oferta usług dodatkowych są najistotniejsze z punktu widzenia odbiorcy dla wyboru określonej oferty uzdrowiskowej. Dlatego przedsiębiorstwa uzdrowiskowe coraz częściej podejmują programy rozwoju wielofunkcyjnego, a to z kolei ma istotne znaczenie dla rozwoju społeczno-gospodarczego gmin uzdrowiskowych w regionie. Trzecia z nich podkreśla, że dążenie przedsiębiorstwa uzdrowiskowego do osiągania przewagi konkurencyjnej – jako nowy element w systemie funkcjonowania uzdrowisk – staje się jedną z sił przyczyniających się do rozwoju konkurencji w gospodarce.

Do realizacji celu głównego pracy oraz celów cząstkowych wykorzystano metody badawcze, takie jak krytyczna analiza literatury krajowej oraz zagranicznej, analiza ilościowa i jakościowa, analiza ekonomiczna oraz badania ankietowe, inne metody.

Monografia składa się z pięciu rozdziałów. Zadaniem rozdziału I jest dokonanie przeglądu teorii konkurencji w najważniejszych nurtach ekonomicznych, a także wskazanie istoty terminu *konkurencyjność*, nierozłącznie związanego z pojęciem *konkurencji*. Wedle tak ujętego problemu określono strukturę rozdziału, która opiera się na 4 podrozdziałach. Wprowadzeniem do podnoszonej problematyki jest przegląd definicji konkurencyjności i przewagi konkurencyjnej w świetle teorii ekonomii. Kolejny podrozdział jest rozwinięciem teoretycznych rozważań dotyczących źródeł uzyskania przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstw oraz głównych strategii konkurencji. Następnie scharakteryzowano czynniki konkurencyjności występujące we współczesnej gospodarce. Działalność gospodarcza prowadzona na terenie uzdrowisk jest specyficzna i niosąca za sobą określone problemy. Dlatego też



wskazuje się na istotne elementy rozwoju społeczno-gospodarczego gmin uzdrowiskowych.

Przedmiotem rozważań rozdziału II są kwestie prawne regulujące funkcjonowanie uzdrowisk w Polsce wraz z krótkim rysem historycznym. Tematyka ta wymaga rozwinięcia bardziej szczegółowych wątków związanych z pojęciem miejscowości uzdrowiskowych oraz ich klasyfikacji, ze wskazaniem na główne profile lecznicze. Polskie miejscowości uzdrowiskowe należą do miejscowości zasobnych w złoża naturalnych surowców leczniczych i dysponują klimatem o właściwościach zdrowotnych oraz odznaczają się walorami turystycznymi. Dlatego też w krajowych uzdrowiskach prowadzona jest działalność turystyczna w oparciu o wytyczone na ich obszarach strefy ochronne, co stało się również przedmiotem rozważań ostatniego podrozdziału.

Przedmiotem rozważań rozdziału III są zagadnienia związane z problematyką zmian społeczno-gospodarczych, zachodzących w gminach uzdrowiskowych, mających wpływ na działalność przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Podrozdział 1 odnosi się do ogólnej charakterystyki gmin uzdrowiskowych, na których działają przedsiębiorstwa uzdrowiskowe. Zawarte tu treści dotyczą rozmieszczenia uzdrowisk w Małopolsce, klimatu oraz istotnych zasobów. Podrozdział 2 natomiast obejmuje ocenę społeczno-gospodarczą uzdrowisk województwa małopolskiego, w szczególności strukturę ludności, kwestię bezrobocia, podmioty gospodarcze, finanse gmin uzdrowiskowych oraz ruch turystyczny. Ważnym również punktem rozważań jest określenie potencjału przedsiębiorstw uzdrowiskowych oraz dokonanie analizy strategicznej tego sektora przedsiębiorstw w Małopolsce. Poprzez zastosowanie analizy TOWS/SWOT uzyskano odpowiedź na pytanie: jaką strategię powinien wybrać współczesny menadżer przedsiębiorstwa uzdrowiskowego, świadom transformacji, jakie miały miejsce w ostatnich trzech dekadach oraz prognoz dalszego rozwoju badanych zjawisk.

W rozdziale IV przedstawiono wyniki badań nad konkurencyjnością przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Podjęta została próba ujęcia problemu konkurencyjności przedsiębiorstwa z uwzględnieniem najważniejszych elementów konkurencyjnych zachowań tych jednostek. Podrozdział 1 przedstawia koncepcję, zadania i zakres przeprowadzonych badań empirycznych. W celu dokładnego zobrazowania analizowanych podmiotów dokonano szczegółowej charakterystyki przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego z uwzględnieniem ich sytuacji finansowej. Kolejny podrozdział przedstawia identyfikację czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Wzięto pod uwagę podstawowy podział czynników konkurencyjności według dwóch kryteriów i rodzaju podejmowanych decyzji oraz rynkowego charakteru czynników. Ze względu na kwestię wpływu decyzji podejmowanych w przedsiębiorstwie na różnych szczeblach zarządzania na konkurencyjność tych podmiotów, przeprowadzono badania przede wszystkim odnoszące się do tych czynników, na kształtowanie których bezpośrednio mają wpływ same przedsiębiorstwa. Z uwagi, iż proces podejmowania kwestii konkurencyjności i prowadzenia walki konkurencyjnej przez przedsiębiorstwa zaczyna się od oceny odbiorców i ich preferencji oraz udziału w rynku, w pracy zostały poddane analizie również czynniki konkurencyjności z punktu widzenia kuracjuszy i turystów przybywających do uzdrowisk. Szczegółowa analiza dokonana w podrozdziale

3 pozwoliła dokonać próby oceny wskazanych w badaniach czynników przedsiębiorstw uzdrowiskowych oraz ustalić pozycję konkurencyjną tych przedsiębiorstw w regionie.

Przedmiotem rozdziału V opracowania są wnioski oraz rekomendacje dla przedsiębiorstw uzdrowiskowych w świetle przeprowadzonych badań empirycznych. Na podstawie badań przeprowadzonych w zakresie konkurencyjności i dokonanej oceny pozycji konkurencyjnej przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego według czynników konkurencyjności – ukazano wpływ pozycji konkurencyjnej tych jednostek na rozwój przedsiębiorstw, dokonano oceny relacji między rozwojem przedsiębiorstw uzdrowiskowych a rozwojem społeczno-gospodarczym gmin uzdrowiskowych województwa małopolskiego, jak również zawarto wnioski i zalecenia dla przedsiębiorstw uzdrowiskowych w aspekcie podejmowanych działań zmierzających do poprawy ich konkurencyjności. W podsumowaniu oceniony został również stopień realizacji celów oraz wyniki weryfikacji hipotez badawczych.

## 1. Znaczenie konkurencyjności w rozwoju społeczno-gospodarczym

### 1.1. Pojęcie konkurencyjności i przewagi konkurencyjnej w świetle teorii ekonomii

Idea konkurencji sprowadza się do rywalizacji wielu jednostek lub grup o osiągnięcie tego samego celu, w tym znaczeniu, stanowi główną siłę napędową sukcesu lub porażki gospodarek narodowych, branż i przedsiębiorstw. Jej istota i cechy, sposoby rywalizacji oraz ich skutki dla rynku i jego podmiotów były przedmiotem wielu badań ekonomistów od początku pojawienia się i rozwoju kapitalistycznego sposobu gospodarowania. Przez ponad dwieście lat koncepcje konkurencyjności wyznaczały sposób myślenia o naturze społeczeństw i gospodarek, a przede wszystkim o motywach i sposobach organizowania życia osobistego i ekonomicznego ludzi. Koncepcje rywalizacji były już rozwijane szeroko przez myślicieli Oświecenia. Zasługą wielkich klasyków ekonomii, takich jak David Ricardo, John Stuarta Milla, Thomasa Malthusa, a głównie Adama Smitha – jest nadanie pojęciu konkurencji znaczenia badawczego i wpisanie go w ramy analizy ekonomicznej<sup>1</sup>. Historycznie ważną rolę odgrywało pojęcie konkurencji w poglądach Karola Marksa. W przeciwieństwie do klasyków ekonomii, łączących konkurencję wyłącznie z procesami wymiany rynkowej, konkurencja w jego ujęciu odnosi się zarówno do sfery wymiany, jak i do sfer produkcji, dystrybucji i akumulacji kapitału. W takim podejściu konkurencja ma charakter nie tylko siły równoważącej rynek, ale i powodującej niewłaściwą alokację kapitału oraz wytrącenie gospodarki ze stanu równowagi<sup>2</sup>.

Jeden z klasyków ekonomii, Adam Smith twierdził, że mechanizm wolnorynkowy zapewnia optymalne zatrudnienie i wykorzystanie czynników wytwórczych i najlepsze zaspokojenie potrzeb społeczeństwa. Pozwala to sądzić, iż pojęcie wolnej konkurencji jest równoznaczne z „doskonałą konkurencją”. W ekonomii neoklasycznej konkurencja traktowana jest jako pewien stan układu, określona struktura rynkowa. Podobnie definiował konkurencję inny przedstawiciel ekonomii neoklasycznej Alfred Marshall, który dokonał próby stworzenia teorii wyjaśniającej formalne i idealne warunki osiągnięcia równowagi ogólnej, posługiwał się założeniami o doskonałej konkurencji. Idea modelu *konkurencji doskonałej* odpowiada koncepcji wolnego rynku w ujęciu Smitha (duża liczba podmiotów na rynku, wysoki stopień homogeniczności produktów, swoboda wejścia i wyjścia z rynku, maksymalizacja zysku jako jedyny cel przedsiębiorstw w branży) uzupełniona jednak jest o dwa dodatkowe założenia, dotyczące doskonałej mobilności i podzielności czynników produkcji oraz doskonałej wiedzy podmiotów rynkowych na temat stanu rynku. Kluczową również rolę w teorii ekonomii odegrały prace Joan Robinsona i Edwarda Chamberlaina, traktujące o rynku *konkurencji niedoskonałej*, gdzie też utożsamiana jest ze strukturą rynkową. Jednak podkreśla się fakt konkurowania innymi sposobami niż ceną a wyeksponowany jest aspekt indywidualnego działania na rynku. Największym wkładem szkoły neoklasycznej jest rozwinięcie i formalizacja

---

<sup>1</sup> M. Gorynia: *Luka konkurencyjna na poziomie przedsiębiorstwa a przystąpienie Polski do Unii Europejskiej*. AE Poznań, 2002, s.27.

<sup>2</sup> T. Burke, A. Genn-Bash, B. Haines: *Competition in Theory and Practice*, Routledge, Chapman and Hall, Inc., Londyn 1991, s. 29-41.

teorii konkurencji, a przede wszystkim wykorzystanie modelu konkurencji doskonałej jako punktu odniesienia w dążeniu do równowagi ogólnej i kształtowania stanów równowagi cząstkowej. Cechą wyróżniającą podejście reprezentantów tej szkoły jest zaprzestanie traktowania konkurencji jako procesu rywalizacji, a postrzeganie jej przez pryzmat określonego stanu rynku.

Istotną rolę w tworzeniu teorii konkurencji miały poglądy Keynes'a, gdzie idea przewodnią jest odmowa traktowania jej jako zjawiska niezbędnego dla właściwego funkcjonowania gospodarki, gdyż jej funkcje może przejąć rząd i instytucje nierynkowe. Zdaniem Keynes'a, jedyną formą konkurencji, mającą miejsce w rzeczywistości, jest konkurencja niedoskonała, pojmowana nie tylko w sensie modelu konkurencji monopolistycznej, ale także uważana za niedoskonałą na skutek braku optymalizującego oddziaływania na rynek<sup>3</sup>.

Natomiast w ujęciu szkoły harwardzkiej, na czele której stał John Marice Clark, konkurencja wiąże się z rynkiem, a przedsiębiorstwo z hierarchią. Rozwój przedsiębiorstw doprowadził stopniowo do znacznego zwiększenia ich wielkości, dlatego zmniejszyło to znaczenie koordynacji rynkowej, podczas gdy zwiększyło znaczenie hierarchii w życiu gospodarczym. Clark kładzie nacisk na rzeczywiste dynamiczne procesy konkurowania – rywalizacji między przedsiębiorstwami<sup>4</sup>.

Odmienne podejście do zagadnienia konkurencji wypracowano w ramach szkoły austriackiej, której przedstawicielami byli Carl Menger, Eugen Von Boehm-Bawerk i Friedrich Von Wieser, którzy reprezentowali tezę, iż analiza ekonomiczna jest procesem, a nie statycznym oddziaływaniem na siebie jednostek, i że czas jest czynnikiem odgrywającym istotną rolę. Konkurencja według tej teorii jest procesem dynamicznym, który eliminuje wysokie zyski. Szkoła austriacka zakłada, że jednostki działają w zmieniających się warunkach, w których informacja jest ograniczona, a przyszłość nieznana. Friedrich Von Hayek, przedstawiciel szkoły austriackiej, w swoich rozważaniach teoretycznych znacząco krytykuje koncepcje konkurencji doskonałej i niedoskonałej. Według niego różnice pomiędzy stopniami konkurencji mają mniejsze znaczenie niż różnica pomiędzy konkurencją a jej brakiem.

W teorii ekonomii ewolucyjnej konkurencja odbywa się w kategoriach darwinowskiej walki o przetrwanie, procesy konkurencji mającej charakter wybitnie dynamiczny i zazwyczaj nie analizuje się stanów równowagi. Przede wszystkim jednak odrzuca się założenie o maksymalizacji zysku jako głównego celu przedsiębiorcy a przeważa pogląd, iż dla przetrwania na rynku nie jest konieczne bycie najlepszym, wystarczają działania na rzecz zysku satysfakcjonującego<sup>5</sup>.

Przedstawione poglądy na zjawisko konkurencji mają charakter teorii wyjaśniających, praktycy biznesu zgłaszają potrzebę rozpatrywania konkurencji z punktu widzenia przedsiębiorców, zmuszonych do działania w konkurencyjnym środowisku. Konkurencja w nowym podejściu polega na walce pomiędzy przedsiębiorstwami o zdobycie znaczącej przewagi w zasobach, które pozwolą osiągnąć konkurencyjną przewagę rynkową a tym samym lepszą pozycję finansową. Mechanizm konkurencji sprawia, że uzyskanie przewagi na rynku oznacza

---

<sup>3</sup> M. Gorynia: *Luka konkurencyjna na poziomie przedsiębiorstwa a przystąpienie Polski do Unii Europejskiej*, op. cit., s.38.

<sup>4</sup> W. Wilczyński: *Podstawowe kierunki współczesnej teorii konkurencji*. PTE, Poznań 1960, s.60.

<sup>5</sup> M. Gorynia: *Luka konkurencyjna na poziomie przedsiębiorstwa a przystąpienie Polski do Unii Europejskiej*, op. cit., s.27.

konieczność podejmowania przez podmioty rynkowe działań podnoszących ich atrakcyjność w różnych obszarach działalności.

Konkurencyjność jako kategoria mikroekonomiczna postrzegana jest jako relacja – podmiot gospodarujący, jego potencjał, możliwości i umiejętności a struktura rynku i występujące na nim szanse strategiczne.

Zainteresowanie konkurencyjnością w Polsce w sposób znamieny pojawiło się w latach siedemdziesiątych. Pojęcie to dotyczyło wówczas ujęcia makroekonomicznego, w którym zagadnienia konkurencyjności odnoszono jedynie do analiz rozwoju gospodarki narodowej<sup>6</sup>. W latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych zagadnienie konkurencyjności stało się jednym z podstawowych zagadnień badawczych w naukach ekonomicznych i zaczęło nabierać coraz większego znaczenia także w praktycznej działalności przedsiębiorstw, a więc w mikroekonomii. Był to oczywisty rezultat przechodzenia od systemu regulacji administracyjnej do systemu regulacji rynkowej, a następnie integracji gospodarczej Polski z Unią Europejską. Obecnie ważnym czynnikiem konkurencyjności jest także globalizacja procesów gospodarczych.

Termin *konkurencyjność* używany był powszechnie tylko w odniesieniu do przedsiębiorstwa i gospodarek narodowych. Ostatnio jednak konkurencję odnosi się również do różnych rodzajów jednostek i sektorów gospodarki, produktów i ich poszczególnych cech, zasobów, umiejętności i zdolności, systemów zarządzania i ich cech, systemów informacji, procedur czy strategii. Znamienne jest pojawienie się konkurencyjności na szczeblu gmin, powiatów i województw, czyli w skali samorządu terytorialnego, a więc głównie w układzie przestrzennym. W szczególności, Zdzisław Pierścionek zwraca uwagę na wieloaspektowość zjawiska konkurencyjności wynikającą z faktu, że jest to zasadnicza cecha każdej jednostki gospodarczej i jej układów oraz czynników na nie wpływających<sup>7</sup>. W związku z tym, że na konkurencyjność układów gospodarczych wpływa wiele czynników, to w zależności od celu badania można posługiwać się wieloma określeniami konkurencyjności.

W literaturze pojęcie konkurencyjności stosuje się zamiennie lub uzupełniająco z efektywnością, kondycją firmy, zdolnością do rozwoju, zdolnością do konkurowania lub zdolnością konkurencyjną, a także z efektywnością rozważania w obszarze konkurencyjności opierają się zatem na rozbudowanej bazie definicyjnej i zróżnicowanym podejściu. Ze względu na teoretyczny charakter tego pojęcia oznacza to, że nie ma ono desygnatów dających się określić wprost<sup>8</sup>. Istnieje jednak pewna zgodność autorów co do tego, iż jest to cecha, którą można ocenić dopiero poprzez porównanie z innymi podmiotami gospodarczymi działającymi w podobnych warunkach. Dlatego przedsiębiorstwo działające na rynku monopolu pełnego, na którym nie istnieje potencjalny konkurent, nie musi podnosić swojej konkurencyjności. Można o niej mówić wtedy tylko, gdy istnieje mechanizm konkurencji, który powoduje naturalną potrzebę oddziaływania na konsumenta, nakłaniania go do zakupu oferowanych towarów czy usług<sup>9</sup>.

<sup>6</sup> H. G. Adamkiewicz-Drwiło: *Uwarunkowania konkurencyjności przedsiębiorstwa*. PWN, Warszawa 2002, s.90.

<sup>7</sup> Z. Pierścionek: *Strategie konkurencji i rozwoju przedsiębiorstwa*. PWN, Warszawa 2003, s.164.

<sup>8</sup> Z. Ziemiński: *Logika praktyczna*. PWN, Warszawa 1995, s.27.

<sup>9</sup> H. G. Adamkiewicz –Drwiło: *Uwarunkowania konkurencyjności przedsiębiorstwa*, op. cit., s.92.

Termin *konkurencja* wywodzi się od łacińskiego słowa *concurrere*, tj. zbiegać się razem, spieszyć się, zderzać się oraz rywalizować pomiędzy poszczególnymi osobami lub grupami zainteresowanymi w osiągnięciu tego samego celu<sup>10</sup>. Pojęciami bliskoznacznymi dla terminu konkurencja są współzawodnictwo i rywalizacja między jednostkami lub grupami w osiągnięciu założonego celu.

Według definicji OECD konkurencyjność oznacza zdolność przedsiębiorstw, gałęzi przemysłu, regionów, krajów lub ponadnarodowych ugrupowań do sprostania międzynarodowej konkurencyjności jak i do trwałego zapewnienia wysokiej stopy zwrotu z tytułu zastosowanych czynników produkcji i trwałego wysokiego poziomu zatrudnienia<sup>11</sup>. Definicja stosowana przez Giełdę Nowojorską wskazuje, że być konkurencyjnym oznacza po prostu sprzedawać produkty z zyskiem – w kraju oraz za granicą. Z kolei definicja przyjęta przez ekspertów EWG zakłada, że jest to zdolność do sprostania konkurencyjności międzynarodowej, a jej miarę stanowi akceptacja wyrobów i usług na rynku<sup>12</sup>. Zwraca się uwagę także na to, iż konkurencyjność jest procesem, w którym uczestnicy rynku dążąc do realizacji swych interesów, próbują przedstawić korzystniejsze od innych oferty cen, jakości lub innych cech wpływających na decyzje zawarcia transakcji<sup>13</sup>. Przyjmując różne poziomy podziału, wyróżniamy następujące rodzaje konkurencyjności:

- konkurencyjność podstawowa – związana z umiejętnościami zwiększania przez przedsiębiorstwo wartości użytkowej postrzeganej przez klienta, obejmująca procesy i systemy, które dają przedsiębiorstwu pozycję lidera w branży,
- konkurencyjność kluczowa – utożsamiana z umiejętnościami wymaganymi do zdobycia trwałej przewagi konkurencyjnej na danym rynku<sup>14</sup>.

Zatem przedsiębiorstwo odnoszące sukces i konkurencyjne to takie, które potrafi „nałożyć” macierz klienta na macierz producenta, to znaczy, iż wytwarza produkty, które mają najwyższą wartość użytkową dla klienta w ramach wykorzystywanych zasobów przedsiębiorstwa.

Istotę konkurencyjności rozpatruje się również w kategorii pojęcia skuteczności oraz efektywności. Przez tak rozumianą skuteczność rozumiemy stopień realizacji celu lub zadania, natomiast efektywność wiążemy przede wszystkim z opłacalnością. Interpretuje się to jako dysponowanie atutami cenionymi przez rynek, natomiast zbiór tych atutów jest określany mianem *przewagi konkurencyjnej*. Atuty są podzielone w ramach łańcucha wartości złożonego z podstawowych funkcji przedsiębiorstwa a uzyskanie przewagi konkurencyjnej jest zależne od osiągniętych wyników na poszczególnych ogniwach łańcucha. Powinno się analizować i oceniać każdą funkcję przedsiębiorstwa, a optimum jest uzyskiwane nie w przypadku osiągnięcia przewagi w zakresie każdego z ogniw, ale wystarczy mieć ją w przypadku jednego ogniw, dzięki któremu przedsiębiorstwo uzyska decydującą przewagę.

<sup>10</sup> Słownik wyrazów obcych. PWN, Warszawa 1997, s. 585.

<sup>11</sup> K. Suchowiejska: *Konkurencyjność przedsiębiorstwa niszowego a transformacja systemowa na przykładzie grupy Swarzędz*. Katedra Zarządzania Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania w Białymstoku, <http://janek.ae.krakow.pl/~ekte/konf/sucho.doc>.

<sup>12</sup> W. Bieńkowski: *Reaganomika i jej wpływ na konkurencyjność gospodarki amerykańskiej*. PWN, Warszawa 1995, s.24.

<sup>13</sup> E. Cyrkon: *Kompendium wiedzy o gospodarce*. PWN, Warszawa-Poznań 2000, s.35.

<sup>14</sup> D. Faulkner, C. Bowman: *Strategie konkurencji*. Gebethner i S-ka, Warszawa 1996, s.44.

Wiele definicji określa konkurencyjność jako proces oraz zdolność do rozwoju zrównoważonego w długim okresie czasu – czyli rozwoju trwałego – oraz do projektowania, wytwarzania i sprzedawania towarów, do osiągnięcia sukcesu w rywalizacji gospodarczej, czy jako umiejętność ciągłego zapewniania odpowiedniego zestawu metod konkurowania oraz umiejętność przetrwania w konkurencyjnym otoczeniu. Marek Jacek Stankiewicz zaproponował zapewne najbardziej rozwiniętą koncepcję konkurencyjności. Nazywa konkurencją zjawisko, którego uczestnicy rywalizują między sobą w dążeniach do analogicznych celów, co oznacza, że działania podejmowane przez jednych dla osiągnięcia określonych celów, utrudniają osiągnięcia takich samych celów przez innych<sup>15</sup>. Tak rozumianą konkurencję rozpatruje się według różnych kryteriów:

- *Arena konkurencji* – przestrzeń, w której zachodzi zjawisko konkurencji między określonymi podmiotami. W oparciu o to kryterium konkurencję można podzielić na rynkową i pozarynkową. W niniejszej rozprawie rozważania będą dotyczyły rynkowej areny konkurencji. Można ją rozpatrywać na trzech poziomach: konkretnych rynków, sektorów rynków, grup strategicznych;
- *Podmioty konkurencji* – określanie, kim są konkurujący między sobą rywale. Wyróżnia się konkurencję między blokami państw, gospodarkami narodowymi, przedsiębiorstwami, jednostkami organizacyjnymi wewnątrz przedsiębiorstw oraz poszczególnymi osobami w przedsiębiorstwie. Najbardziej istotną jest konkurencja między przedsiębiorstwami, gdyż one stanowią główne ogniwo gospodarowania, a od zachowań przedsiębiorstw zależą kierunki i tempo rozwoju gospodarki narodowej;
- *Przedmiot konkurencji* – czyli to, o co toczy się konkurencja. Konkurencja pojawia się „na wejściach” i „na wyjściach” konkurujących podmiotów. Konkurencja „na wejściach” toczy się na rynkach (finansowym, surowcowym, produktów i usług, informacji, pracy itp.), a jej przedmiotem są szeroko rozumiane zasoby. Przedmiotem konkurencji „na wyjściach” jest oferta (produkt, czyli wyrób lub usługa), przy czym konkurencja toczy się o rynkową akceptację przez odbiorców;
- *Zakres konkurencji* – odnosi się do sytuacji, w których podmiotami konkurencji są przedsiębiorstwa i służy do wyznaczenia granic obszaru obecnej lub planowanej ich aktywności. Wyróżnia się zakres gałęziowy i asortymentowy, zakres segmentu rynku: pionowy i geograficzny oraz zakres wynikający z kompetencji;
- *Charakter konkurencji* – ze względu na ilość konkurentów i mechanizmy rynkowe wyróżnia się konkurencję doskonałą i niedoskonałą<sup>16</sup>;
- *Intensywność konkurencji* – skłonność oraz zdolność podmiotów rynkowych do uczestnictwa w płynnych procesach dostosowawczych w zmieniających się

---

<sup>15</sup> M. J. Stankiewicz: *Konkurencyjność przedsiębiorstwa. Budowanie konkurencyjności przedsiębiorstwa w warunkach globalizacji*. Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2005, s.18.

<sup>16</sup> *Konkurencja doskonała służy do teoretycznych rozważań ekonomicznych dotyczących struktury i charakteru rynku. W praktyce występują jedynie odmiany konkurencji niedoskonałej, oligopolistycznej oraz monopolistycznej* (zwalczanej przez państwo), B. Begg, S. Fischer i R. Dornbusch: *Ekonomia*. PWE, Warszawa 1997, s. 115-117.

warunkach rynku. Można również to kryterium traktować szerzej, jako pewną cechę opisującą interakcje organizacji z jej otoczeniem.

Konkurencyjność przedsiębiorstwa stanowi zatem jego zdolność do sprawnego realizowania celów na rynkowej arenie konkurencji, która tworzy cztery następujące elementy:

- potencjał konkurencyjności jako ogół zasobów organizacji,
- przewaga konkurencyjna, definiowana zwykle jako efekt będący konsekwencją odpowiedniego wykorzystania zasobów przedsiębiorstwa,
- instrumenty konkurowania, rozumiane jako środki organizacji nakierowane na osiągnięcie pozycji konkurencyjnej,
- pozycja konkurencyjna jako osiągnięty przez przedsiębiorstwo wynik konkurowania w danym sektorze, rozpatrywany na tle wyników osiągniętych przez konkurentów.

Model ten precyzyjnie określa składniki konkurencyjności i sugeruje występowanie między nimi zależności przyczynowo-skutkowych: potencjał konkurencyjności wpływa na przewagę konkurencyjne, od których zależą instrumenty konkurowania, które z kolei warunkują osiągnięcie określonej pozycji konkurencyjnej. Na uwagę zasługuje fakt, iż model ten został wykorzystany do badania konkurencyjności największych polskich przedsiębiorstw<sup>17</sup>.

Według podobnej typologii, Maria Romanowska definiuje konkurencyjność jako sposób zdobywania wybranej przewagi konkurencyjnej w celu osiągnięcia zamierzonej pozycji konkurencyjnej<sup>18</sup>. Z kolei zdaniem Mariana Gorynia, konkurencyjność oznacza umiejętność konkurowania, a więc zdolność do działania i przetrwania w konkurencyjnym otoczeniu<sup>19</sup>. Mówi on o konkurencyjności *ex post*, wynikającej z obecnej pozycji konkurencyjnej jako skutek zrealizowanej strategii konkurencyjnej i strategii konkurencyjnej rywali oraz o konkurencyjności *ex ante*, która dotyczy przyszłej pozycji konkurencyjnej przedsiębiorstwa, osiągniętej dzięki budowanemu potencjałowi konkurencyjnemu<sup>20</sup>. Można również oceniać, że konkurencja oznacza działania prowadzone w układzie co najmniej dwóch podmiotów, wynikające z antagonizmu ich celów, czyli jest to zjawisko niejednorodne, które nie powinno być rozpatrywane w układzie dychotomicznym<sup>21</sup>. Z kolei, według ujęcia systemowego, konkurencyjność to takie ukształtowanie się warunków instytucjonalnych i makroekonomicznych oraz warunków konkurencji oraz sprawności mechanizmu rynkowego, które buduje podstawy ekonomiczne dla

---

<sup>17</sup> M. J. Stankiewicz: *Budowanie potencjału konkurencyjności przedsiębiorstwa*. Dom Organizatora TNOiK, Toruń 1999, s.11.

<sup>18</sup> M. Romanowska: *Planowanie strategiczne w przedsiębiorstwie*. PWE, Warszawa 2004, s. 262.

<sup>19</sup> M. Gorynia: *Zachowania przedsiębiorstw w okresie transformacji. Mikroekonomia podejścia*. AE w Poznaniu, Poznań 1998, s.35.

<sup>20</sup> M. Gorynia: *Luka konkurencyjna – koncepcja i metodyka badania*. W: *Konkurencyjność podmiotów gospodarczych w procesie integracji i globalizacji*. Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej „Organizacja i Zarządzanie” 2001, nr 32, s. 173.

<sup>21</sup> W. Mantura: *Systematyzacja czynników konkurencyjności przedsiębiorstwa przemysłowego*. W: *Konkurencyjność podmiotów gospodarczych w procesie integracji i globalizacji*. Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej, „Organizacja i Zarządzanie”, 2001, nr 32, s.258.



dynamicznego rozwoju przedsiębiorstw w turbulentnym otoczeniu rynkowym<sup>22</sup>. Wynika stąd, że konkurencyjność jest zdolnością do konkurowania w określonym miejscu i czasie, uwarunkowaną umiejętnościami i cechami tkwiącymi w przedsiębiorstwie oraz siłą i jakością oddziaływania otoczenia na przedsiębiorstwo<sup>23</sup>. Przedstawione definicje – choć różnorodne – nie wzbudzają kontrowersji, ale zwracają uwagę na inne i nowe cechy bądź czynniki konkurencyjności. Okazuje się, że diagnozując warunki usprawniające mechanizm konkurowania w procesie alokacji czynników produkcji, ujawniają się luki badawcze w tym obszarze. Dotyczą one przede wszystkim braku precyzyjnego określenia wpływu systemu wartości na przedsiębiorczość i konkurencyjną współpracę podmiotów; tworzenia cech konkurencyjności podmiotów, mających swe źródła w jakości produktów oraz w kreowaniu nowych „ukrytych” potrzeb konsumentów i w czasie realizacji procesów; przyczyn budowy nowych elementów przewagi konkurencyjnej i identyfikowania tzw. kodu genetycznego organizacji, który określa możliwości kreowania nowych źródeł przewagi<sup>24</sup>.

W literaturze przedmiotu pojawiają się ponadto dwa inne pojęcia: zdolności konkurencyjnej, zwanej konkurencyjnością *czynnikową*, oraz pozycji konkurencyjnej, zwanej konkurencyjnością *wynikową*. W rozprawie przyjęto, że konkurencyjność przedsiębiorstw uzdrowiskowych będzie rozważana w aspekcie konkurencyjności czynnikowej, czyli sił sprawczych i zdolności konkurencyjnej oraz konkurencyjności wynikowej, tj. z punktu widzenia efektów prowadzonej działalności i zdobytej pozycji konkurencyjnej.

Zdolność konkurencyjna to takie umiejętności przedsiębiorstw, które świadczą o skuteczności ich konkurowania, jak szybkie reagowanie na zmiany w otoczeniu, umiejętność wykorzystania zasobów własnych, wykorzystanie szans w otoczeniu, racjonalne decyzje oraz inne, które budują konkurencyjność w długim horyzoncie czasowym<sup>25</sup>. Z kolei pozycja konkurencyjna określa wyniki konkurowania jak np. udział w rynku, wyniki finansowe na tle konkurentów. Stanowi ona rezultat przewagi nad konkurentami pod względem kluczowych czynników sukcesu. Literatura światowa podkreśla zatem wielopłaszczyznowość zagadnienia konkurencyjności. Przedmiotem analiz jest nie tyle konkurencyjność, co *przewaga konkurencyjna*. Dlatego celem badań jest zwykle określenie źródeł przewagi konkurencyjnej.

W nowej rzeczywistości konkurencyjność określa zdolność przedsiębiorstwa do szybkich zmian. Powinno ono posiadać zasoby trudne do skopiowania oraz dające przede wszystkim możliwości zdobycia przewagi konkurencyjnej. Określa ona obecny lub oczekiwany poziom luki w stosunku do najlepszych przedsiębiorstw w danej branży czy segmencie rynku. Jedną pojawiającą się w literaturze przedmiotu definicję przewagi konkurencyjnej mają charakter opisowy i nie zawsze wskazują czytelnie na

---

<sup>22</sup> J. Bosak: *Międzynarodowa konkurencyjność gospodarki polskiej – ujęcie instytucjonalne*. W: J. Grabowiecki, H. Wnorowski (red): *Konkurencyjność gospodarki polskiej a rola państwa przed akcesją do Unii Europejskiej*. Uniwersytet w Białymstoku, Białystok 2000, s.21.

<sup>23</sup> K. Kubiak: *Uwarunkowania konkurencyjności małych i średnich przedsiębiorstw handlowych*. W: *Konkurencyjność podmiotów gospodarczych w procesie integracji i globalizacji*, op. cit., s.303.

<sup>24</sup> E. Skawińska: *Jakość konkurencyjności*. W: *Konkurencyjność podmiotów gospodarczych w procesie integracji i globalizacji*, op. cit., s. 258.

<sup>25</sup> M. J. Stankiewicz: *Konkurencyjność przedsiębiorstwa*, op. cit., s.37 oraz 167.

desygnaty definiowanego pojęcia. Pozostaje zatem podejście Michaela E. Portera<sup>26</sup>, który określa przewagę konkurencyjną jako lepsze niż u konkurentów opanowanie kluczowych kompetencji decydujących o sukcesie przedsiębiorstwa w danej dziedzinie działalności gospodarczej. W ramach tego pojęcia wyróżnia przewagę *mniejściową* (źródłem są zróżnicowane koszty siły roboczej i surowców) oraz *większościową* (znaczenie mają: technologia, marka, reputacja, współpraca z dostawcami i klientami). Zatem tak określona przewaga stanowi podstawowy czynnik konkurencyjności<sup>27</sup>. Przegląd wybranych ujęć terminologicznych przewagi konkurencyjnej według różnych autorów przedstawia tabela 1.

Podobnie do autorów zagranicznych, badacze polscy definiują to pojęcie w sposób zróżnicowany ale merytorycznie dość zbliżony. Na przykład zakłada się, że przewaga konkurencyjna występuje wtedy, gdy:

- efekty tej przewagi mają charakter trwały, a ich działanie nie nosi znamion jednorazowości,
- czynniki prowadzące do uzyskania przewagi są ciągle rozwijane i rozbudowywane,
- istnieje wystarczający potencjał przedsiębiorstwa, który pozwala na podjęcie działań w tym kierunku<sup>28</sup>.

Przewaga konkurencyjna interpretowana jest w zależności od jej przedmiotu, punktu widzenia oraz celów jej określenia. Może bowiem być określona dla rynków, całego przedsiębiorstwa wyspecjalizowanego oraz w przypadku przedsiębiorstwa zdywersyfikowanego ze względu na produkty oraz rynki. Stopień przewagi konkurencyjnej ocenia się, aby wytypować najgroźniejszych konkurentów a także, aby wyróżnić tych, których warto naśladować<sup>29</sup>. Skoro przewaga konkurencyjna przedsiębiorstwa oznacza zdolność do wykorzystania potencjału konkurencyjności w celu efektywnego generowania atrakcyjnej oferty rynkowej i skutecznych instrumentów konkurowania, to powinna ona zapewniać powstawanie wartości dodanej. Zatem miarą przewagi konkurencyjnej jest zdolność do maksymalizacji relacji wartości do ceny przy danym (minimalnym) poziomie kosztów<sup>30</sup>.

**Tabela 1**

**Definicje przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstwa w ujęciu wybranych autorów zagranicznych**

Autor	Definicja przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstwa
G. Hamel, C.K. Prahalad	Uzyskiwanie przez przedsiębiorstwo większej niż konkurenci wartości dodanej jego produktów czy usług. Oznacza także podstawowe zdolności, które przedsiębiorstwo powinno starać się zdobywać i rozwijać.
D.A. Aaker	Jest czymś, dzięki czemu przedsiębiorstwo osiąga lepsze wyniki od konkurentów czyli po prostu coś lepiej od nich robi.

<sup>26</sup> J. Czekał: *Metody zarządzania informacją w przedsiębiorstwie*. Wydawnictwo AE, Kraków 2000, s.59.

<sup>27</sup> W. Sroka: *Przewaga konkurencyjna firmy: od lokalizacji do strategii globalnych*. W: A. Nehring, (red.): *Uwarunkowania rozwoju i konkurencyjności przedsiębiorstw*. Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej, Dąbrowa Górnicza 2004, s. 7.

<sup>28</sup> S. Kasiewicz, W. Rogowski, M. Kicińska: *Kapitał intelektualny*. AE, Kraków 2006, s. 46-57.

<sup>29</sup> Z. Pierścionek: *Strategie rozwoju firmy*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996, s.144.

<sup>30</sup> M. J. Stankiewicz: *Konkurencyjność przedsiębiorstwa. Budowanie konkurencyjności przedsiębiorstwa w warunkach globalizacji*, op. cit., s.174.

L.W.Rue Ph.G.Holland	Zdolność przedsiębiorstwa do robienia czegoś, czego nie potrafią konkurenci lub przynajmniej umiejętność robienia tego lepiej od nich.
J.A.F. Stoner	Przewagi i niekorzyści konkurencyjne są to siły i słabości organizacji na tle sił i słabości jej obecnych i prawdopodobnie przyszłych konkurentów.
J.B. Barney	Zdolność do realizowania strategii, której nie są w stanie realizować obecni i przyszli konkurenci.
Strategor	Lepsze niż u konkurentów opanowanie pewnych kompetencji stanowiących czynnik decydujący o sukcesie w danej dziedzinie działalności, czyli zbiór atutów przedsiębiorstwa cenionych przez rynek, które warunkują jego efektywność w długim okresie oraz harmonijny rozwój. Przewagę konkurencyjną na rynku przedsiębiorstwo osiąga wówczas, kiedy jego oferta jest częściej wybierana i kupowana przez klientów.
M.E. Porter	To osiągnięcie przez przedsiębiorstwo nadrzędnej pozycji wobec większej liczby konkurentów. Jest ona relatywną miarą jej funkcjonowania na rynku – pozwala na zaoferowanie klientowi usług lub produktów odpowiadających jego oczekiwaniom, a lepszych niż oferty konkurencji.
D. Faulkner C. Bowman	Specyficzne i trudne do imitacji atrybuty, pozwalające firmie osiągać zyski wyższe od średniej w dłuższym okresie.
L. Fahey	Wszystko, co pozytywnie wyróżnia produkty przedsiębiorstwa albo samą firmę spośród konkurentów w oczach klientów czy ostatecznych użytkowników.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: M. J. Stankiewicz: *Konkurencyjność przedsiębiorstwa. Budowanie konkurencyjności przedsiębiorstwa w warunkach globalizacji*. Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2005, s.167-168; G. Sobczyk: *Strategie konkurencji małych i średnich przedsiębiorstw*. UMCS, Lublin 2006, s. 54,55; M. E. Porter: *The Competitive Advantage of Nations*. New York 1990, ISBN 0684841479; W. Sroka: *Przewaga konkurencyjna firmy: od lokalizacji do strategii globalnych*. W: A. Nehring (red.): *Uwarunkowania rozwoju i konkurencyjności przedsiębiorstw*. Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej, Dąbrowa Górnicza 2004, s. 7; A. Sopińska: *Przewaga konkurencyjna*. W: P. Wachowiak (red.): *Pomiar kapitału intelektualnego przedsiębiorstwa*. SGH, Warszawa 2005, s.12.

Przewaga konkurencyjna przedsiębiorstwa jest związana z korzystniejszym usytuowaniem na rynku w porównaniu z usytuowaniem konkurentów. Korzystniejsze usytuowanie przekształca się w przewagę konkurencyjną wtedy, gdy umożliwia powiększenie efektów działania bez ponoszenia dodatkowych nakładów lub przy mniejszych nakładach w stosunku do nakładów konkurentów oraz gdy ułatwia zmniejszanie wielkości nakładów przy danych efektach działania bez obawy ich obniżki, czego nie mogą uniknąć konkurenci<sup>31</sup>.

Przewaga konkurencyjna przedsiębiorstwa może mieć charakter skoncentrowany lub rozproszony w ramach całej organizacji. Przewaga skoncentrowana jest związana z konkretnym aspektem działalności przedsiębiorstwa. Przewaga rozproszona polega na tworzeniu efektu, który pojawia się na wyjściu, ale powstaje w całym systemie organizacyjnym. Można ją scharakteryzować przy użyciu dwóch kryteriów: jej wielkości i trwałości. Wielkość przewagi jest tu rozumiana jako różnica parametrów opisujących zachowania, działania i oferty przedsiębiorstwa. Zależy ona nie tylko od intensywności działań podejmowanych przez samo przedsiębiorstwo w celu osiągnięcia sukcesu, ale również od zachowań konkurentów. O trwałości przewagi mówi się w odniesieniu do czasu, w którym przedsiębiorstwo utrzymuje swoją przewagę nad konkurentami<sup>32</sup>. Reasumując

<sup>31</sup> W. Wrzosek: *Przewaga konkurencyjna*. „Marketing i Rynek” 1999, nr 7, s.2.

<sup>32</sup> B. Godziszewski: *Zasobowe uwarunkowania strategii przedsiębiorstwa*. Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2001, s.60.

osiągnięcie pewnego poziomu konkurencyjności jest warunkiem rozwoju i przetrwania przedsiębiorstwa. Zatem przedsiębiorstwo, któremu przysługuje atrybut konkurencyjności, to przedsiębiorstwo mające przewagę konkurencyjną.

## 1.2 Źródła przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstw i strategie konkurencyjności

Typologia źródeł i czynników zdolności konkurowania jest w literaturze przedmiotu bardzo rozbudowana. W najbardziej ogólnym i klasycznym już ujęciu sposobów uzyskiwania przewagi konkurencyjnej według Michaela E. Portera występują dwa typy takiej przewagi<sup>33</sup>:

- niskie koszty, które dają możliwości przewagi kosztowej i konkurencji cenowej,
- zróżnicowanie (dyferencjacja) oferty ze względu na jakość i cechy wyrobu.

Przedsiębiorstwo może osiągnąć przewagę konkurencyjną, jeśli będzie dążyło do uzyskania jak najniższych kosztów na konkurencyjnym rynku, ale musi się liczyć z koniecznością wielu zmian<sup>34</sup>. Wymaga to bowiem nakładów inwestycyjnych na nowoczesne urządzenia. Istotną wydaje się również być dokładna analiza i kontrola kosztów bezpośrednich i ogólnych przedsiębiorstwa oraz racjonalizacja wydatków w takich dziedzinach, jak badania i rozwój, obsługa posprzedażowa, reklama itp. Strategia niskich kosztów jest stosowana zwykle przez duże przedsiębiorstwa, zajmujące wysoką pozycję w sektorze i mające doświadczenie rynkowe. Sukces tej strategii wiąże się najczęściej ze specjalnymi rozwiązaniami w dziedzinie zarządzania oraz z podejmowaniem działań o dużym stopniu ryzyka<sup>35</sup>. Drugim źródłem przewagi konkurencyjnej jest zróżnicowanie produktów lub usług, zwane *dyferencjacją*. Przedsiębiorstwo, które pragnie uzyskać przewagę konkurencyjną w ten sposób, musi osiągnąć w branży pozycję unikatową – stworzyć produkt lub usługę, które w znacznym stopniu będzie różnić się od ofert konkurentów. Do najczęściej stosowanych sposobów różnicowania produktów i usług można zaliczyć<sup>36</sup>:

- obniżanie kosztów użytkowania wyrobu – związane jest z wprowadzaniem do produktu zmian technicznych, które zmniejszą koszty eksploatacji,
- podnoszenie wartości użytkowej przedmiotu – obejmuje wiele elementów, może dotyczyć np. oryginalnego wzoru wyrobu, niezawodności technicznej,

<sup>33</sup> M. E. Porter: *Strategia konkurencji. Metody analizy sektorów i konkurentów*. PWE, Warszawa 1994, s.51.

<sup>34</sup> Spośród kilku definicji „przedsiębiorstwa” warto przytoczyć tę, która wylicza potencjalne czynniki przewagi konkurencyjnej. A zatem przedsiębiorstwo jest zorganizowanym zespołem składników niematerialnych i materialnych przeznaczonym do prowadzenia działalności gospodarczej. Obejmuje ono w szczególności:

1) oznaczenie indywidualizujące przedsiębiorstwo lub jego wyodrębnione części (nazwa przedsiębiorstwa);  
2) własność nieruchomości lub ruchomości, w tym urządzeń, materiałów, towarów i wyrobów, oraz inne prawa rzeczowe do nieruchomości lub ruchomości; 3) prawa wynikające z umów najmu i dzierżawy nieruchomości lub ruchomości oraz prawa do korzystania z nieruchomości lub ruchomości wynikające z innych stosunków prawnych; 4) wierzytelności, prawa z papierów wartościowych i środki pieniężne; 5) koncesje, licencje i zezwolenia; 6) patenty i inne prawa własności przemysłowej; 7) majątkowe prawa autorskie i majątkowe prawa pokrewne; 8) tajemnice przedsiębiorstwa; 9) księgi i dokumenty związane z prowadzeniem działalności gospodarczej. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny. Dz.U. 1964, nr V, poz V, art. 55, ust. 1.

<sup>35</sup> J. Rokita: *Zarządzanie strategiczne. Tworzenie i utrzymywanie przewagi konkurencyjnej*. PWE, Warszawa 2005, s. 140.

<sup>36</sup> M. Romanowska: *Strategie rozwoju i konkurencji*. Centrum Informacji Menedżera, Warszawa 2000, s.171 i 187.

dostosowania do najnowszych tendencji w modzie lub oferowania dóbr luksusowych i produkowanych w małej liczbie egzemplarzy.

Dyferencjacja może być realizowana zarówno przez przedsiębiorstwa małe jak i duże. Muszą jednak one spełnić kilka podstawowych wymogów, do których zalicza się duże doświadczenie w branży, zdolność do utrzymywania jakości wyrobów na odpowiednim poziomie oraz dysponowanie środkami finansowymi na badania i rozwój. Zastosowanie dyferencjacji wiąże się jednak z dużymi kosztami. Przyczyny tkwią w następujących kwestiach<sup>37</sup>:

- wysokie nakłady finansowe na marketingowe analizy rynku oraz na „badanie i rozwój”,
- pracochłonność procesu identyfikacji preferencji potencjalnych klientów,
- intensywne działania promocyjne celem umieszczenia marki w świadomości nabywców,
- konieczność stworzenia korzystnego wizerunku firmy,
- duże koszty związane ze stworzeniem odpowiedniego systemu dystrybucji wyrobów.

Warunkiem koniecznym powodzenia dyferencjacji jest utrzymanie takiej wielkości sprzedaży oraz cen sprzedawanych produktów lub usług, aby osiągnąć zysk znacząco przewyższający koszty realizacji tej strategii. Dyferencjacja może prowadzić do sukcesu przedsiębiorstwa, jeśli:

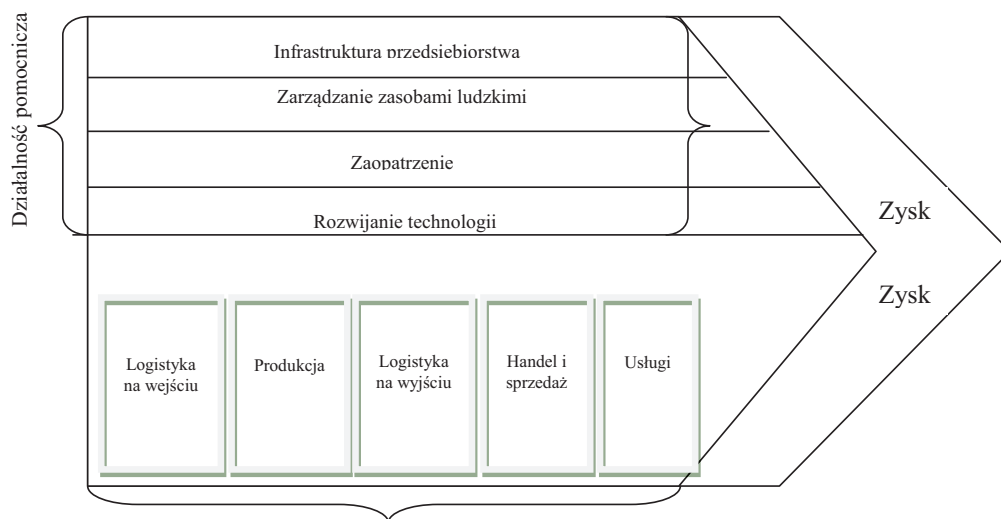
- produkty lub usługi niestandardowe i unikatowe są w stanie zaspokoić zróżnicowane potrzeby nabywców a nabywcy są gotowi zapłacić wysoką cenę za unikatowy,
- konkurencji trudno jest kopiować unikatowe produkty lub usługi,
- istnieje wiele możliwości różnicowania produktu, ale niewielu konkurentów z danego sektora decyduje się na naśladownictwo.

W analizie niskich kosztów oraz zróżnicowania jako źródeł przewagi konkurencyjnej Michael E. Porter zakładał wzajemne wykluczanie się tych czynników. Jednak obydwie źródła przewagi konkurencyjnej można połączyć, przez co efekt będzie silniejszy. Budowanie przewagi konkurencyjnej przy wykorzystaniu tych dwóch źródeł nazywa ona *strategią zróżnicowaną*<sup>38</sup>. Takie podejście jest atrakcyjne dla przedsiębiorstw, jednak realizacja strategii zintegrowanej wiąże się z koniecznością ponoszenia dużych nakładów inwestycyjnych zarówno w jakość, jak i skalę produkcji. Przedsiębiorstwa natomiast, które nie dysponują wystarczającymi środkami, mogą zdecydować się na zastosowanie omawianej strategii w obrębie niszy rynkowej. Jednym ze sposobów poszukiwania źródeł przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstwa jest analiza wartości wytwarzanej dla klienta przez poszczególne jej oddziały, wyodrębnione w modelu Michaela E. Portera, zwanym łańcuchem wartości, co przedstawia schemat 1. Model łańcucha wartości opiera się na stwierdzeniu, że każda funkcja znajdująca się w zbiorze kompetencji przedsiębiorstwa tworzy wartość produktu. W budowaniu przewagi konkurencyjnej na podstawie koncepcji łańcucha wartości należy uwzględnić trzy następujące podejścia: optymalizowanie podstawowych i pomocniczych funkcji przedsiębiorstwa – zidentyfikowanie jednej lub

<sup>37</sup> B. Filipiak-Dylewska, A. Szewczuk: *Zarządzanie strategiczne. Narzędzia, scenariusze, procesy*. Fundacja na rzecz Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2000, s. 321-324.

<sup>38</sup> J. Rokita: *Zarządzanie strategiczne*, op. cit., 148-150.

kilku funkcji elementarnych, które mogą stać się źródłem decydującej i trwałej przewagi konkurencyjnej firmy; koordynacja oraz koordynacja zewnętrzna (skuteczne i efektywne współdziałanie przedsiębiorstwa z dostawcami i dystrybutorami).



**Schemat 1. Schemat łańcucha wartości przedsiębiorstwa.**

Źródło: Strategor: *Zarządzanie firmą*. PWE, Warszawa 1999, s. 62.

Badania nad modelem konkurencji, opracowanym przez Portera, zostały rozwinięte przez wielu autorów o model przewagi konkurencyjnej opartej na zasobach, w którym przedsiębiorstwo analizowane jest jako zbiór szeroko rozumianych zasobów i umiejętności. Następnie podejmowana jest analiza potencjału generowania zysku w oparciu o te zasoby i umiejętności oraz dokonywany jest wybór strategii uwzględniającej ujawnione możliwości<sup>39</sup>. Bezpośrednich źródeł konkurencyjności rynkowej przedsiębiorstwa doszukiwać się można w jego potencjale wewnętrznym, dzielącym się na czynniki sfery realnej (zasoby rzeczowe, pieniądze i ludzkie) oraz regulacyjnej (system zarządzania, struktura i kultura organizacyjna, system informacyjny, zasoby wiedzy i umiejętności jej wykorzystania, marka, reputacja firmy itp.). Wśród tych zasobów, które umożliwiają uzyskanie przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstwa Andrzej Krzysztof Koźmiński wyróżnia:<sup>40</sup>

- zasoby twarde – są wymierne, występują zarówno wewnątrz przedsiębiorstwa, jak i stanowią element otoczenia, jak kapitał finansowy i rzeczowy, kapitał instytucjonalny, strategia (plan działania w długim horyzoncie czasowym), struktura organizacji, tj. sformalizowane zasady podziału zadań i odpowiedzialności;

<sup>39</sup> D. Faulkner, C. Bowman: *Strategie konkurencji*, op. cit., s.30-31.

<sup>40</sup> A. K. Koźmiński: *Czy polscy menedżerowie są przygotowani do konkurencji na rynkach Unii Europejskiej?* „Master of Business Administration” 2004, nr 1, s.13.

- zasoby miękkie – zmienne czynniki konkurencyjności, nie w pełni przewidywalne, jak kapitał społeczny (ludzie i ich relacje z otoczeniem), kultura, wiedza jako zasoby informacji, marka, dostęp do rynku.

Zasoby organizacji będące źródłem przewagi konkurencyjnej są definiowane jako wszystko to, co organizacja posiada lub wie, i co umożliwi jej stworzenie oraz wdrożenie strategii poprawiającej wyniki ekonomiczne<sup>41</sup>. W szczególności zalicza się do nich: pracowników, wiedzę, zasoby fizyczne, finansowe, polityczne i organizacyjne, dzielone zatem na zasoby-aktywa (to, co organizacja ma) oraz umiejętności i kompetencje (to co organizacja wie). Wśród źródeł konkurencyjności przedsiębiorstw, eksponuje się uwarunkowania przewagi konkurencyjnej, jak organizacje uczące się, wirtualizację przedsiębiorstw i technologie informacyjne, zwłaszcza Internet.

Analizując bazowe źródła konkurencyjności przedsiębiorstwa należy zwrócić uwagę na rolę, jaką odegrała koncepcja *kluczowych kompetencji*, której autorami są Gary Hamel i Coimbatore Krishnarao Prahalad. Kluczowe kompetencje, według tych autorów, są to zdolności przedsiębiorstwa rozwijające jej dostęp do rynku, do tworzenia szybciej i taniej od konkurentów nowych produktów, odpowiadających obecnym i przyszłym potrzebom klientów<sup>42</sup>. Kompetencje są uznane za kluczowe wówczas, gdy wnoszą istotny wkład w wartość postrzeganą przez klienta, są unikatowe i różnicują konkurentów. Kluczowe kompetencje powinny przynosić klientom zasadnicze korzyści. Oznaczają one tzw. rdzeń umiejętności firmy, mogą być również definiowane i rozumiane jako zespołowa wiedza danej organizacji z zakresu koordynacji umiejętności produkcyjnych i integracji kilku technologii<sup>43</sup>. Dlatego przedsiębiorstwo powinno starać się rozpoznać i opanować rynki, na których istnieje możliwość przekształcenia wyróżniających go zdolności w przewagę konkurencyjną. Według tej koncepcji na wyróżniające zdolności przedsiębiorstwo składają się następujące elementy:

- *architektura*, którą tworzą wewnętrzne i zewnętrzne powiązania przedsiębiorstwa, określające stosunki z pracownikami, dostawcami klientami i konkurentami,
- *wizerunek organizacji*, czyli sposób postrzegania firmy przez klientów,
- *innowacja*, czyli zdolność przedsiębiorstwa do tworzenia nowych produktów, technologii, metod zarządzania (innowacje w sferze zarządzania oraz innowacje produktowe i procesowe). Innowacje w uzdrowiskach są obecnie wywoływane głównie czynnikami popytowymi. Podmioty uzdrowiskowe, bardzo szybko adaptują różnego rodzaju innowacje, ale słabo tworzą własne, oryginalne, stąd zdolność przedsiębiorstw uzdrowiskowych koncentruje się wyłącznie na kopiowaniu i adaptacji innowacji w działalności uzdrowisk. Trudno jest również w uzdrowiskach oddzielić innowacje produktowe od procesowych,
- *zasoby*, inaczej aktywa strategiczne, wynikające z wcześniej poniesionych kosztów.

<sup>41</sup> J. Rokita: *Zarządzanie strategiczne*, op. cit., s. 139.

<sup>42</sup> G. Sobczyk: *Strategie konkurencji małych i średnich przedsiębiorstw*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2006, s.62.

<sup>43</sup> A. Sopińska: *Przewaga konkurencyjna*. W: P. Wachowiak (red.): *Pomiar kapitału intelektualnego przedsiębiorstw*. SGH, Warszawa 2005, s.19-63.

Spśród specyficznych zasobów, jako strategiczne źródło przewagi konkurencyjnej wyróżnia ich trzy rodzaje: monopol naturalny, koszty nieodwracalne oraz wyłączność. W analizie źródeł zdolności konkurowania przedsiębiorstw sposoby budowy przewagi konkurencyjnej dość często połączone zostają z instrumentami konkurowania i strategiami konkurencji.

*Strategia konkurencji* jest kombinacją celów i środków, które zamierza zastosować przedsiębiorstwo. Nie istnieje jednak jedna strategia odpowiednia dla wszystkich, toteż każde przedsiębiorstwo musi wybrać to, co będzie najlepiej rokować na przyszłość, uwzględniając jego wyznaczone cele, pozycję w branży, możliwości i zasoby. Strategie konkurencji polegają na takim postępowaniu przedsiębiorstw wobec klientów i konkurentów, aby zmierzały do zdobycia i utrzymania jak najlepszej pozycji na rynku. Dobrze opracowana strategia powinna określić pozycję firmy wobec konkurentów i pozwolić na osiągnięcie największej możliwej w danych warunkach przewagi konkurencyjnej, zatem ułatwia nie tylko przetrwanie, ale także rozwój.

Strategia jest jednym, z podstawowych instrumentów zarządzania<sup>44</sup>. Istotą strategii konkurencyjnej jest wypracowanie takiej pozycji przedsiębiorstwa, aby najpełniej wykorzystać przewagę, jaką dysponuje w stosunku do innych uczestników rynku w zakresie takich parametrów, jak jakość, produkt, cena, system obsługi oraz renoma firmy<sup>45</sup>. Dlatego wyróżnia się trzy skuteczne strategie konkurencji: przywództwa kosztowego, dyferencjacji (zróżnicowania) oraz koncentracji (niszy rynkowej), które wynikają ze wspomnianej już koncepcji przewagi konkurencyjnej według Michaela E. Portera<sup>46</sup>.

Przedsiębiorstwo realizując strategię *przywództwa kosztowego* podejmuje odpowiednie działania, aby produkować po najniższych kosztach spośród wszystkich firm z branży. Przedsiębiorstwo takie charakteryzuje się na ogół szerokim zakresem działalności i funkcjonuje w wielu segmentach branży, może być aktywne także w branżach pokrewnych. Jeśli przedsiębiorstwo takie potrafi osiągnąć i utrzymać ogólne przywództwo kosztowe, będzie w stanie osiągać w swojej branży ponadprzeciętne wyniki. Strategia ta stwarza silną podstawę konkurencyjności cenowej, a ta niemal na każdym rynku zapewnia duże możliwości rozwoju. Nawet gdyby doprowadziło to do wojny cenowej, dla lidera kosztowego nie powinna ona stanowić szczególnego zagrożenia.

*Strategia dyferencjacji*, zwana również strategią przywództwa jakości, polega na wyróżnianiu się na tle konkurentów w cechach pozytywnie ocenianych przez odbiorców (np. cechy produktu, sprzedaży, serwisu, tradycja, historia przedsiębiorstwa). Istnieją dwie podstawowe drogi realizacji strategii dyferencjacji: obniżanie kosztów użytkowania wyrobów – przez stosowanie takich rozwiązań technicznych, które czynią wyrób tanim w eksploatacji oraz podwyższanie wartości użytkowej wyrobów – poprzez oferowanie produktów unikatowych pod względem wzornictwa, niezawodnych pod względem technicznym, ekskluzywnych

---

<sup>44</sup> Samo pojęcie strategii pochodzi od greckiego słowa „strategos – przywódca, dowodzący”. T. Sztucki: *Encyklopedia marketingu. Definicje, zasady, metody*. Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 1998, s.296.

<sup>45</sup> A. K. Koźmiński, W. Piotrowski: *Zarządzanie. Teoria i praktyka*. PWN, Warszawa 2002, s.127.

<sup>46</sup> M. E. Porter: *Przewaga konkurencyjna. Osiąganie i utrzymywanie lepszych wyników*. HELION, Gliwice 2006, s. 39. oraz M. E. Porter: *Strategia konkurencji*. PWE, Warszawa 1992, s.50.



i produkowanych w małej liczbie egzemplarzy dostosowanych do najnowszej mody, oferowanych z innymi komplementarnymi wyrobami<sup>47</sup>.

Warunkiem powodzenia strategii dyferencjacji jest utrzymanie takiego wolumenu sprzedaży i takiej ceny, aby osiągać zysk mimo wysokich kosztów. Sprzyjają temu następujące warunki: potrzeby klientów w sektorze są zróżnicowane i nie mogą być zaspokojone przez standardowe produkty; istnieje wiele możliwości dyferencjacji produktu zauważanych i akceptowanych przez klientów; efekt dyferencjacji nie może być łatwo i szybko skopiowany przez konkurentów; tylko niewiele przedsiębiorstw w sektorze zdecydowało się na dyferencjację opartą na tych samych pomysłach oraz koszt zróżnicowania produktu jest wysoki, ale klienci akceptują podwyższoną cenę wyrobu.

Trzecią strategią ogólną jest *koncentracja*, czyli skupienie się na określonych wyrobach i ich cechach (jest więc przeciwieństwem dywersyfikacji). W znacznym stopniu różni się ona od dwóch poprzednich, ponieważ polega na wyborze wąskiego zakresu działalności przedsiębiorstwa. Strategii koncentracji należy utożsamiać z zawężeniem pola działalności prowadzonej przez przedsiębiorstwo. Istotą tego typu działań jest zawsze osiągnięcie wysokiego poziomu specjalizacji, co w ograniczonym obszarze działań zazwyczaj jest łatwiej osiągalne, a może stanowić źródło istotnej przewagi nad konkurentami. Strategia ta polega również na skoncentrowaniu działalności na określonej grupie nabywców, na określonym wycinku asortymentu wyrobów lub na rynku geograficznym. Strategia niszy rynkowej może być stosowana w dwóch wariantach: uzyskanie przewagi w zakresie kosztów wytwarzania w konkretnym segmencie rynku, bądź skupienie się na obsłudze ekskluzywnych segmentów rynku zajmując miejsce na uboczu, w sferze poza konkurencją<sup>48</sup>. Ten rodzaj strategii konkurencji próbują stosować przedsiębiorstwa uzdrowiskowe.

Krzysztof Obłój wyróżnia trzy podstawowe i wyraziście sformułowane strategie konkurencji: sposób dostarczania produktu lub usługi, konkurencyjną cenę oraz strategię jakości oferowanego produktu lub usługi<sup>49</sup>. Wywodzą się one z modelu Portera. Z kolei inni autorzy rozpatrują te strategie z punktu widzenia rynku oraz zasobów i umiejętności firmy. W pierwszym ujęciu strategii są przedstawiane za pomocą tzw. macierzy klienta, w drugim za pomocą tzw. macierzy producenta<sup>50</sup>. Macierz klienta stanowi kombinację różnych poziomów tzw. postrzeganej wartości użytkowej dla klienta (PWU) oraz różnych poziomów postrzeganej ceny (PC) proponowanych przez różne przedsiębiorstwa (schemat 2).

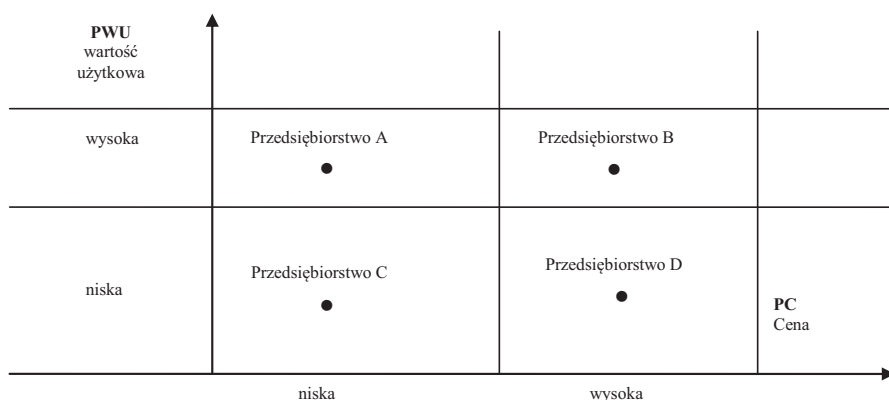
---

<sup>47</sup> M. Romanowska: *Strategie rozwoju i konkurencji*, op. cit., s.179-187.

<sup>48</sup> M. E. Porter: *Przewaga konkurencyjna*, op. cit., s.42-43.

<sup>49</sup> K. Obłój: *Strategia sukcesu firmy*. PWE, Warszawa 2000, s. 56.

<sup>50</sup> D. Faulkner, C. Bowman: *Strategie konkurencji*, op. cit., s.9.



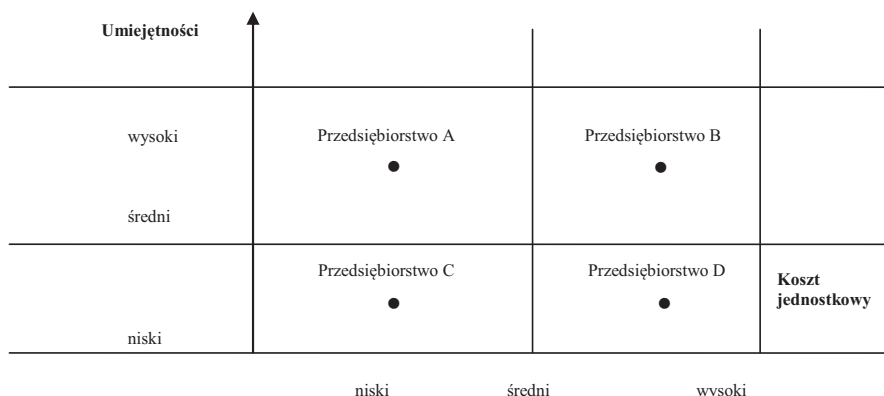
**Schemat 2. Macierz klienta jako element strategii konkurencji.**

Źródło: Z. Pierścionek: *Strategie konkurencji i rozwoju przedsiębiorstwa*. PWN, Warszawa 2003, s. 269.

W obszarze macierzy klienta można rozpatrywać warianty strategii konkurencji, które prowadzą do polepszenia pozycji konkurencyjnej. Podstawowe są tu dwie alternatywy działań strategicznych: obniżanie ceny oferty przy tym samym poziomie wartości użytkowej oraz zwiększanie wartości użytkowej dla klienta przy tym samym poziomie ceny. Strategia w tym ujęciu oznacza zatem zespół posunięć na rynku, wyrażających się określoną strukturą rynkowych czynników konkurencyjności, bądź zespół działań polegających na rozwoju istniejących w przedsiębiorstwie zbiorów określonych specyficznych zasobów, umiejętności i struktur (kluczowych kompetencji i zdolności). Z punktu widzenia sposobów osiągnięcia przewagi na podstawie parametrów, jakimi są jakość produktu, cena, jakość systemu obsługi i renoma firmy, wyróżnia się cztery strategie konkurencji: strategię najniższych cen, strategię bazującą na jakości produktu, strategię bazującą na jakości obsługi oraz strategię bazującą na renomie firmy<sup>51</sup>. Strategie te z reguły są rzadko stosowane w czystej postaci.

Proces budowy strategii konkurencji składa się z dwóch etapów. Pierwszy stanowi analiza istniejących zasobów i umiejętności, zwłaszcza tych, w których przedsiębiorstwo ma przewagę nad konkurentami, drugi etap to ocena potencjału generowania zysku na podstawie zasobów w powiązaniu z odpowiadającymi im szansami rynkowymi. W analizie zasobów i umiejętności zasadniczym narzędziem jest macierz producenta, która przedstawia zależność między poziomem istotnych umiejętności firmy a wielkością jednostkowych kosztów produkcji (schemat 3).

<sup>51</sup> Z. Pierścionek: *Strategie rozwoju firmy*, op.cit., s.179.



**Schemat 3. Macierz producenta jako element strategii konkurencji.**

Źródło: D. Faulkner, C. Bowman: *Strategie konkurencji*. Gebethner i S-ka, Warszawa 1996, s.33.

Zarówno macierz klienta jak i macierz producenta pokazują dwa punkty postrzegania strategii konkurencji, tj. od strony rynku oraz od strony przedsiębiorstwa. Są to dwa podejścia do tworzenia strategii konkurencji: w pierwszym dokonuje się analizy potrzeb klientów, w drugim analizujemy zasoby i umiejętności przedsiębiorstwa. Ponadto strategia konkurencji w sektorze jest zależna od struktury tego sektora oraz pozycji przedsiębiorstwa w sektorze. Jedyne łączna analiza wymienionych czynników prowadzi do wyboru właściwej strategii konkurencji. Jest to niezbędne dlatego, że nawet w gałęziach gospodarki o szybkim tempie rozwoju i wyższej od przeciętnej zyskowności zdarzają się przedsiębiorstwa ponoszące straty ze względu na złą pozycję konkurencyjną. Z drugiej strony dynamiczne przedsiębiorstwo o mocnej pozycji rynkowej może natrafić na poważne bariery wzrostu w sektorze o niekorzystnej strukturze<sup>52</sup>.

Przedsiębiorstwo musi skoncentrować się na rodzaju przewagi jaką pragnie osiągnąć nad konkurentami i wybrać odpowiednią strategię. Jednoczesna realizacja wszystkich typów strategii może być niekorzystna ze względu na istniejące sprzeczności między nimi. Podstawowym warunkiem sformułowania strategii jest zatem zrozumienie relacji między zasobami, zdolnościami, przewagą konkurencyjną a opłacalnością stosowanej strategii. Istotne jest też rozumienie mechanizmów, za pomocą których przewaga może zostać utrzymana przez dłuższy czas. Wymaga to takiego projektowania strategii, która w maksymalnym stopniu wykorzystywałaby unikatowe cechy przedsiębiorstwa. Cechami tymi mogą być elastyczność działania, przedsiębiorczość, poszukiwanie okazji rynkowych itp. Takie rozwiązanie powinny również przyjąć przedsiębiorstwa uzdrowiskowe w Polsce.

### 1.3 Czynniki konkurencyjności we współczesnej gospodarce

Niezależnie od rynku na którym przedsiębiorstwo funkcjonuje oraz rodzaju prowadzonej działalności, można wyodrębnić czynniki, czyli determinanty, które kształtują tę konkurencyjność i podzielić je według kryteriów, jak rodzaj

<sup>52</sup> K. Fabiańska, J. Rokita: *Zarządzanie. Strategie tworzenia przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstwa*. PETEX, Katowice 1995, s. 47.

podejmowanych decyzji w przedsiębiorstwie oraz rynkowy charakter tych czynników. Według kryterium rodzaju podejmowanych decyzji można wyodrębnić czynniki wewnętrzne, czyli te, które są związane z decyzjami podejmowanymi przez przedsiębiorstwo na różnych szczeblach zarządzania oraz czynniki zewnętrzne, czyli te, na których kształtowanie przedsiębiorstwo ma wpływ ograniczony lub nie ma żadnego. Determinanty zewnętrzne są to przede wszystkim normy prawne i techniczne obowiązujące przedsiębiorstwo, czyli od niego niezależne. Natomiast czynniki wewnętrzne leżą w sferze autonomicznego działania przedsiębiorstwa i obejmują decyzje dotyczące następujących elementów:

- kształtowanie wielkości i struktury sprzedaży,
- obniżanie kosztów własnych,
- podwyższanie jakości produkowanych towarów lub świadczonych usług,
- oferowanie nowych typów i rodzajów towarów lub usług,
- podwyższanie produktywności i majątku trwałego.

Do najistotniejszych czynników o charakterze wewnętrznym zaliczyć można:

- formę własności przedsiębiorstwa oraz system organizacji i zarządzania,
- marketing, w szczególności public relations,
- kwalifikacje pracowników, w tym zwłaszcza kadry produkcyjnej i menadżerskiej,
- decyzje produkcyjne, w tym decyzje o wielkości sprzedaży i związanym z tym poziomem kosztów produkcji lub świadczonych usług.

Natomiast podział czynników konkurencyjności przedsiębiorstwa na rynkowe i pozarynkowe jest klasyfikacją znacznie ogólniejszą, wyróżniającą – wśród rynkowych czynników – ilości oferowanych na tym rynku dóbr, ich ceny, jakość oraz warunki sprzedaży. Wśród czynników pozarynkowych najistotniejszym jest postęp techniczny, który m.in. kształtuje zachowanie przedsiębiorstwa.

Na konkurencyjność przedsiębiorstwa składa się zatem szereg następujących czynników, jak wewnętrzne (zasoby materialne, niematerialne, ludzkie i finansowe), zewnętrzne (struktura otoczenia) oraz wynikowe (produkty, dystrybucja, promocja, efekty ekonomiczne)<sup>53</sup>. Pierwsza z tych grup stanowi potencjał konkurencyjności przedsiębiorstwa, czyli zasoby decydujące o możliwościach konkurowania. Czynniki wynikowe, zwane inaczej instrumentami konkurowania, zależą od czynników wewnętrznych i pomagają intensywniej walczyć z rywalami o pozycję konkurencyjną. Czynniki zewnętrzne są to czynniki podmiotowe, nazywane siłami napędowymi konkurencji, oraz czynniki jakościowe, czyli makrootoczenie.

Aby przedsiębiorstwo mogło osiągnąć pożądaną pozycję konkurencyjną, mierzoną oczekiwanym udziałem w rynku oraz kondycją finansową, musi przede wszystkim uzyskać przewagę konkurencyjną w obsługiwanym segmencie. Oznacza to, że jego oferta musi spotkać się z większym zainteresowaniem ze strony klientów niż oferta konkurentów, zatem przedsiębiorstwo osiągnie większą sprzedaż zwiększając jednocześnie swój udział w rynku oraz przychody, które poprawią kondycję finansową. Klienci tworzą segmenty rynku, a te z kolei, przy zastosowaniu większej liczby kryteriów podziału, przechodzą w nisze rynkowe. Rywalizacja odbywa się przy wykorzystaniu instrumentów konkurowania, tworzących jednocześnie ofertę rynkową.

---

<sup>53</sup> W. Wrzosek: *Przewaga konkurencyjna*. „Marketing i Rynek”, 1999, nr 7, s.2.

Zatem instrumenty konkurowania to bezpośrednie narzędzie osiągnięcia przewagi konkurencyjnej. Wśród nich możemy wyeksponować następujące<sup>54</sup>:

- uzyskanie lub wypracowanie własnej technologii na poziomie standardów międzynarodowych;
- wdrożenie norm ISO oraz EMAS z zakresu zarządzania jakością i zapewnienia jakości;
- zorganizowanie lub udział w działalności parków technologicznych bądź klastrów;
- zdobycie informacji z zakresu techniczno-organizacyjnego know-how;
- stworzenie multilokalnej sieci dystrybucji;
- uzyskanie dostępu do strategicznych surowców deficytowych;
- podpisanie długoterminowych kontraktów;
- uzyskanie nisko oprocentowanych funduszy na rozwój.

Na tym tle pojawiają się bariery konkurencyjności przedsiębiorstwa, w tym wysoki koszt kapitału, brak kapitału obrotowego, ograniczenia prawno-podatkowe etc. Elementem, który jest ważnym czynnikiem dla rozwoju konkurencyjności a relatywnie słabo wykorzystywanym w Polsce, okazuje się być działalność innowacyjna. Niska innowacyjność jest skutkiem niskich nakładów na badania i rozwój, co jest związane z czynnikami ekonomicznymi przedsiębiorstw oraz ograniczeniami budżetu państwa. Mechanizm tworzenia konkurencyjności przedsiębiorstwa i jej analiza zaczyna się od oceny odbiorców. Odbiorcy porównują m.in. takie cechy ofert różnych przedsiębiorstw, jak jakość i funkcjonalność produktu lub usługi, cena, nowość i nowoczesność, różnorodność oferty, kompleksowość i komplementarność, możliwość wpływu odbiorcy na produkt, dostępność towaru, miejsce i łatwość nabycia, intensywność i jakość promocji, możliwość serwisu, czas dostawy i inne<sup>55</sup>.

Zewnętrzne determinanty konkurencyjności przedsiębiorstw – składające się na konkurencyjność przedsiębiorstwa z punktu widzenia odbiorców – są uwarunkowane przez takie czynniki jak poziom technologii oraz poziom siły roboczej danego przedsiębiorstwa, organizacja produkcji i zaopatrzenia oraz strategie marketingowe. Te z kolei uwarunkowane są i kształtowane przez wiedzę, umiejętności i dążenia zarządu. Jeżeli przedsiębiorstwo dysponuje specjalnymi zdolnościami (kluczowymi kompetencjami), mogą one wyróżnić go na tle konkurencji. Istnieje więc określony łańcuch zależności przyczynowo-skutkowych, w którym czynniki wynikowe są warunkowane przez kolejne grupy czynników mających źródłowy charakter. Z tego punktu widzenia można podzielić czynniki konkurencyjności przedsiębiorstwa na wynikowe oraz stanowiące źródła przewagi konkurencyjnej w kolejnych ogniwach łańcucha tworzenia wartości. Na końcu tego łańcucha znajdują się pierwotne czynniki wewnętrzne kształtowane z kolei przez zewnętrzne uwarunkowania.

Reasumując, czynnikami wpływającymi na konkurencyjność przedsiębiorstwa są: pozycja konkurencyjna, potencjał przedsiębiorstwa i strategia konkurencyjna. Przewaga konkurencyjna może być uzyskana dzięki tym czynnikom, a w szczególności takim elementom, jak informacje, badania i rozwój, produkcja,

<sup>54</sup> Innowacyjność jako determinanta konkurencyjności przedsiębiorstwa. Naukowy Portal Internetowy, [www.zarzadzanie.net.pl](http://www.zarzadzanie.net.pl).

<sup>55</sup> M. Gorynia: *Luka konkurencyjna na poziomie przedsiębiorstwa a przystąpienie Polski do Unii Europejskiej*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2002, s.69.

zarządzanie jakością, logistyka, dystrybucja, marketing, finanse, organizacja i zarządzanie, zatrudnienie, zasoby niewidzialne. Skonsolidowana prezentacja poszczególnych czynników konkurencyjności według polskich autorów jest przedstawiona w tabeli 2.

**Tabela 2**  
**Charakterystyka instrumentów konkurowania**

Typ/autor	J. Skalik	Z. Pięrcionek	M. Gorynia	A. Stabryła, H. Piekarz	M.J. Stankiewicz
Cena	X	X			X
Jakość produktu	X	X	X	X	X
Jakość obsługi	X	X		X	X
Wąska specjalizacja	X				
Elastyczność	X	X			X
Lokalizacja	X			X	
Nowatorstwo i innowacje, B+R	X	X	X	X	X
Różnorodność (dywersyfikacja)		X			X
Stopień wyróżnienia		X	X		
Dostępność		X	X	X	X
Promocja, informacja		X	X	X	X
Marka i renoma		X	X		
Lojalność odbiorców		X	X	X	X
Wielkość, udział w rynku		X			X

Źródło: Opracowanie własne.

Prezentowany zbiór determinant ukazuje dwa wspólne wymienionym autorom elementy silnie wpływające na konkurencyjność przedsiębiorstwa: jakość produktu oraz nowatorstwo i innowacje (w tym działalność badawczo-rozwojowa przedsiębiorstw).

Istotną klasyfikacją koncepcji konkurencyjności jest podział według wiodących determinant z punktu widzenia odbiorców. Można przyjąć, że odbiorcy podejmują decyzje o wyborze określonej oferty na podstawie następujących czynników: jakość oferowanego produktu lub usługi, nowość oferty i tempo wprowadzania nowości, stopień dostosowania oferty do wymagań odbiorcy, cena oferty oraz warunki płatności, intensywność i jakość promocji, metody sprzedaży, dostępność produktów oraz jakość obsługi, dostępność serwisu, zakres, jakość i ceny usług serwisowych, skala obecności danego przedsiębiorstwa na rynku, lojalność wobec przedsiębiorstwa oraz kraju, kontakty osobiste, przyzwyczajenia i bezwładność, jak również renoma przedsiębiorstwa<sup>56</sup>. Tych czynników jest więc wiele i dlatego można wyodrębnić różne koncepcje konkurencyjności przedsiębiorstw w zależności od wyznaczenia wiodących czynników.

<sup>56</sup> Z. Pięrcionek: *Nowe kierunki w zarządzaniu przedsiębiorstwem – koncepcje przekrojowe*. Prace Naukowe nr 784, AE we Wrocławiu, Wrocław 1998, s.371.

#### 1.4 Metody oceny konkurencyjności przedsiębiorstw

W celu poszukiwania miar konkurencyjności przedsiębiorstw adekwatnych do obecnych i przyszłych warunków gospodarowania, zwłaszcza w odniesieniu do cech otoczenia, w jakich przedsiębiorstwa funkcjonują i będą funkcjonować w przyszłości, należy określić podstawowy podział metod oceny konkurencyjności.

Metody oceny konkurencyjności – z punktu widzenia przedsiębiorstw, można podzielić na:

- **Bazujące na ocenie efektów prowadzonej działalności** przez podmiot gospodarczy. Wykorzystywane są w nich dwa wskaźniki:
  - a) udział przedsiębiorstwa w rynku, który przedstawia stopień dostosowania się przedsiębiorstwa do preferencji odbiorców, w tym także ceny. Im większy udział przedsiębiorstwa w danym segmencie rynku, tym lepsze jego dostosowanie do systemu wartości charakterystycznego dla tego segmentu rynku.
  - b) poziom rentowności mierzony relacją zysku do wartości sprzedaży. Nie można wysoko oceniać pozycji konkurencyjnej przedsiębiorstwa w przypadku wysokiego udziału w rynku (nawet pozycji lidera) i jednocześnie ujemnej lub niskiej rentowności w długim okresie czasu. Wtedy wysoki udział w rynku jest sztucznie podtrzymywany przez dumping. Ujemna lub niska rentowność świadczy także o niedostosowaniu zasobów firmy do konkurencji w danym sektorze. Jednak znacząco wyższa rentowność w długim okresie, mimo znacznie niższego udziału w rynku, może oznaczać silniejszą i bardziej stabilną pozycję konkurencyjną przedsiębiorstwa – w tej sytuacji jest możliwość obniżki cen i wzrostu udziału w rynku.

Zarówno udział w rynku jak i poziom rentowności zazwyczaj rozpatrywane są w ujęciu dynamicznym, co umożliwi ocenę kierunku i tempa zmian jakim podlegają wyniki przedsiębiorstwa. Powinny one być analizowane łącznie – wysoki poziom jednego z nich (np. udziału w rynku), przy niskim poziomie drugiego (rentowność) nie pozwala na pozytywną ocenę pozycji konkurencyjnej takiego przedsiębiorstwa.

Jedną z bardziej popularnych metod wyznaczania pozycji konkurencyjnej przedsiębiorstw przy wykorzystaniu wskaźników analizy finansowej jest metoda wzorca rozwoju<sup>57</sup>.

Osiągnięcie jak najlepszej pozycji konkurencyjnej (wyrażonej rentownością i udziałem w rynku) wydaje się być najważniejszym celem każdego przedsiębiorstwa. Warto podkreślić, że pozycja konkurencyjna jest zawsze określana w stosunku do konkurentów w sektorze lub grupie strategicznej.

- **Bazujące na ocenach porównawczych cech najistotniejszych z punktu widzenia odbiorców** – powstały w oparciu o czynniki decydujące o wyborze oferty przedsiębiorstwa przez klientów i ich wagi w podejmowaniu decyzji.

---

<sup>57</sup> Jest to jedna z powszechnie stosowanych metod taksonomicznych, w której miarę agregatową oblicza się jako syntetyczny wskaźnik taksonomicznej odległości danego obiektu od teoretycznego wzorca rozwoju. Metoda wzorca rozwoju pozwala uporządkować zbiór obiektów  $P_i$  (gdzie:  $i = 1, 2, \dots, n$ ), z których każdy jest opisany zbiorem  $m$  cech diagnostycznych, mających charakter stymulant lub de stymulant. Idea tej metody sprowadza się do powołania na zmienne objaśniające takich zmiennych, które są mocno skorelowane ze zmienną objaśnianą i jednocześnie słabo skorelowane między sobą. Punktem wyjścia jest zatem oszacowanie macierzy współczynników korelacji między potencjalnymi zmiennymi objaśniającymi („kandydatkami”) oraz wektora współczynników korelacji między zmienną objaśnianą a potencjalnymi zmiennymi objaśniającymi.

Jeżeli założymy, że w danym segmencie rynku i w danym okresie najistotniejsze dla wyboru ofert są np. jakość lub cena oraz serwis – to ocena konkurencyjności danej jednostki strategicznej będzie polegała na porównaniu jakości, cen i serwisu danego przedsiębiorstwa z tymi samymi elementami oferty przedsiębiorstw konkurencyjnych. Metoda ta ocenia nie tyle konkurencyjność samego produktu lub usługi lecz przyczyny tej konkurencyjności. Konkurencyjność jest tu bowiem skutkiem odpowiedniego kształtowania czynników decydujących o wyborze przez odbiorców określonej oferty, a rezultatem konkurencyjności jest udział danego przedsiębiorstwa w rynku.

- **Metody bazujące na ocenach czynników produkcji przedsiębiorstwa (na ocenie zasobów)** – polegają na poddaniu ocenie czynników produkcji istniejących w danym przedsiębiorstwie. Analizy porównawcze dotyczą umiejętności pracowników danego przedsiębiorstwa, ich umiejętności technologicznych, marketingowych i zarządzania oraz uzbrojenia technicznego, zasobów finansowych, lokalizacji, kontaktów itd. Są one szczególnie właściwe do oceny potencjalnej konkurencyjności poszczególnych przedsiębiorstw. Określają zdolność firmy do śledzenia zmian preferencji rynku oraz zdolności dostosowania się do tych zmian, czyli wprowadzania nowych produktów, promocji, zmian w zarządzaniu. Firma, która reprezentuje odpowiedni, bardziej zrównoważony portfel produktów i rynków (w oparciu o analizę portfela produktów BCG), reprezentuje wyższą konkurencyjność.
- **Metody mieszane** – bazują na ocenie efektów działań konkurencyjnych przedsiębiorstwa oraz na ocenach porównawczych cech istotnych dla odbiorców, jak też na ocenach czynników produkcji (zasobów). Przykładem metod mieszanych są metody portfolio, a także metody kluczowych czynników sukcesu firmy. W modelu BCG siła konkurencyjna oceniana jest w porównaniu do pozycji lidera. Jest to stosunkowo ostre kryterium – w ustabilizowanym oligopolu druga, lub trzecia pozycja na liście zapewnia wysoką stopę zysku i stabilną, wysoką pozycję konkurencyjną. Metoda kluczowych czynników sukcesu pozwala na syntetyzowanie wielu parametrów i określenie ich wagi<sup>58</sup>.

Oceniając pozycję konkurencyjną przedsiębiorstwa względem całej gospodarki mogłoby się bowiem okazać, że wszystkie przedsiębiorstwa funkcjonujące w ramach sektora o wysokiej atrakcyjności (łącznie z przedsiębiorstwami najgorszymi w tym sektorze) są konkurencyjne (co może, ale nie musi być prawda). Znając średni poziom podstawowych wyznaczników pozycji konkurencyjnej w danym sektorze możemy ocenić pozycję danego przedsiębiorstwa poprzez porównanie jego wyników z wartościami średnimi lub wobec największych konkurentów. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że informacje służące do oceny pozycji konkurencyjnej

---

<sup>58</sup> Jedną z metod analizy potencjału strategicznego organizacji. W przeciwieństwie do innych metod, koncentruje się ona tylko na tych zasobach organizacji, które przyczyniają się do jej rozwoju i konkurencyjności względem innych organizacji. Te zasoby są określane mianem kluczowych czynników sukcesu. To one wskazują silne i słabe strony organizacji, a także warunkują jej możliwości rozwojowe. Metoda ta opiera się w dużym stopniu na „zasadzie 20-80” sformułowanej przez V. Pareto. Według tej zasady, nie należy badać wszystkich czynników sukcesu, a jedynie wybrać 20% tych czynników, bo tylko te będą w decydujący sposób, bo aż w 80%, odpowiadać za sukces czy porażkę. To właśnie te czynniki powinny stać się przedmiotem dokładnej analizy.



przedsiębiorstw (m.in. wolumen sprzedaży czy – będąca pochodną zysku – rentowność) są niechętnie udostępniane przez przedsiębiorstwa, a tym samym dokonanie porównań z innymi przedsiębiorstwami lub średnimi wynikami osiąganymi w sektorze może okazać się bardzo trudne a niekiedy niemożliwe.

Wymienione narzędzia można określić jako metody oceny konkurencyjności przedsiębiorstwa ze względu na zakres analizy. W literaturze przedmiotu wyróżnia się również metodę badania pełnego (wyczerpującego) oraz metodę szacunkową, które mogą być wykorzystane przy ocenie konkurencyjności podmiotów gospodarczych. Metoda badania wyczerpującego (pełnego) ma statystyczny charakter i obejmuje wszystkie jednostki badanej zbiorowości statystycznej (wszystkie podmioty w danym sektorze gospodarczym). Natomiast metoda szacunkowa jest stosowana wówczas, gdy uzyskanie danych o zbiorowości statystycznej metodą badania wyczerpującego lub metodą reprezentacyjną jest niemożliwe. Polega ona na ustaleniu liczbowym nieznanymi cech zbiorowości na podstawie innych znanych cech tej samej zbiorowości oraz cech nieznanymi cech zbiorowości na podstawie znajomości tych samych cech innej znanej zbiorowości.

W ocenie konkurencyjności przedsiębiorstw istotną rolę odgrywają metody analizy otoczenia bliższego, zwanego konkurencyjnym. Wśród metod analizy otoczenia konkurencyjnego można wyróżnić:

- krzywą doświadczeń,
- analizę „pięciu sił” M.E.Portera,
- mapę grup strategicznych,
- ocenę atrakcyjności sektora,
- analizę grzebieniową,
- punktową ocenę czynników zewnętrznych,
- ocenę profilu konkurencyjnego.

Metody oceny konkurencyjności można również podzielić jakościowe i ilościowe. Do metod jakościowych zaliczyć można między innymi metodę kwestionariuszową, metody ocen eksperckich oraz studia przypadków.

Konkurencyjność wybranych przedsiębiorstw, sektorów, regionów oraz czynników produkcji badana jest również z makroekonomicznego punktu widzenia. Celem badań przeprowadzonych przez rząd i agendy rządowe jest opracowanie i realizacja odpowiedniej polityki gospodarczej, służącej stymulowaniu wzrostu gospodarczego czy też wzrostu konkurencyjności przedsiębiorstw.

Badanie makrootoczenia polega przede wszystkim na wyselekcjonowaniu czynników, które w sposób istotny wpływają lub będą wpływać na funkcjonowanie przedsiębiorstwa.

Jedną z metod analizy makrootoczenia jest *analiza PEST*, która opiera się na ocenie wpływu czterech grup czynników, tj., politycznych, ekonomicznych, społecznych oraz technologicznych na środowisko działania przedsiębiorstwa. Dla każdego z wymienionych elementów określa się siłę oddziaływania w umownej skali punktowej oraz trend, a następnie szacuje się prawdopodobieństwo wystąpienia analizowanego zjawiska.

Kolejną, równie często wykorzystywaną metodą analizy makrootoczenia przedsiębiorstwa jest *metoda scenariuszy stanów otoczenia*. Ma ona charakter jakościowy i polega na wyodrębnieniu z otoczenia procesów i zjawisk, które znacząco

będą wpływały na badane przedsiębiorstwo. Zaletą omawianej metody jest przyjęte założenie o zmienności kierunku oddziaływania każdego z czynników otoczenia.

Do badania makrootoczenia, oprócz analizy scenariuszowej można stosować *konceptę wielorakich możliwości* (metody bezscenariuszowe), która odnosi się przede wszystkim o rozpatrywania procesów zmieniających się ewolucyjnie i możliwych do przewidzenia. Metoda oparta jest na dedukcji wniosków ze zmian otoczenia, które już nastąpiły, a nie na *prognozach*. *Wśród metod bezscenariuszowych wyróżnia się ekstrapolację trendów, metodę delficką oraz metodę luki strategicznej.*

*Ekstrapolacja trendów* jest metodą, w której wykorzystuje się matematyczne modele do prognozowania, zakładając, że badane zjawisko będzie w przyszłości zmieniało się podobnie jak dotychczas. Najczęściej jest wykorzystywana do analizy ryzyka inwestycyjnego w poszczególnych sektorach gospodarki, analizy stanu koniunktury i sporządzania prognoz makroekonomicznych. Wadą tej metody jest nieuwzględnianie nagłych zmian, które mogą wystąpić, zakłócając przyjęty liniowy charakter rozwoju zjawisk.

*Metoda delficka* bazuje głównie na opinii ekspertów co do obecnego i przyszłego kształtowania się procesów w otoczeniu. Wadą tej metody jest duży subiektywizm, wysokie koszty i długi czas prowadzenia analizy i ryzyko związane z właściwym doбором ekspertów i ocena ich kompetencji. Jednak pozytywny fakt zebrania wielu niezależnych opinii, co do przyszłego przebiegu zdarzeń, umożliwia dostrzeżenie szans i zagrożeń, którzy analitycy pracujący na co dzień w przedsiębiorstwie mogliby nie dostrzec.

Stosując metodę luki strategicznej, dąży się do identyfikacji zgodności strategii z wymogami otoczenia i prognozowanymi w otoczeniu zmianami. Metoda pozwala na ustalenie przyczyn i sposobów niwelowania luk poprzez doskonalenie produktu, ograniczenie kosztów, zwiększenie jakości, dywersyfikację, wejście na inne rynki.

Badanie potencjału strategicznego przedsiębiorstwa natomiast, pozwala na ustalenie kierunku działania, w celu osiągnięcia korzystnej pozycji na rynku. Celem analizy strategicznej jest określenie, czy przedsiębiorstwo jest w stanie działać skutecznie w sektorze i jakie rodzaje strategii są dla niego najbardziej optymalne.

Diagnoza potencjału strategicznego powinna zatem umożliwiać zidentyfikowanie słabych i silnych stron przedsiębiorstwa, co pozwoli na ustalenie kierunku działania, w celu osiągnięcia korzystnej pozycji na rynku. Analiza wewnętrzna obejmuje swym zakresem ogólną charakterystykę przedsiębiorstwa i profil jego działalności, majątek oraz źródła finansowania, strukturę produktów i sprzedaży, analizę ekonomiczno-finansową, poziom zatrudnienia, wiedzę oraz sprawność w wytwarzaniu.

Końcowym etapem analizy strategicznej jest ocena pozycji strategicznej przedsiębiorstwa, która przedstawia, czy dane przedsiębiorstwo ma wystarczający potencjał, aby przetrwać i rozwijać się w otoczeniu, w którym funkcjonuje. Określenie pozycji strategicznej polega na zestawieniu wyników analizy otoczenia potencjału strategicznego przedsiębiorstwa. Najczęściej wykorzystywaną w tym celu metodą jest analiza SWOT. Za jej pomocą można przeanalizować dwa podzbiory czynników, z których jeden odnosi się do otoczenia, a drugi do wnętrza przedsiębiorstwa. Taka dwukierunkowość oddziaływań prowadzi do wyróżnienia w literaturze przedmiotu dwóch podejść do formułowania strategii:

- podejście z zewnątrz do wnętrza firmy (TOWS), gdzie strategię kształtuje otoczenie poprzez tkwiące w nim szanse i zagrożenia. Bazuje ono na założeniu, że przedsiębiorstwo jest zdolne do adaptacyjnego lub kreatywnego reagowania na zmiany w otoczeniu,
- podejście od wewnątrz na zewnątrz (SWOT), gdzie strategię kształtują mocne i słabe strony przedsiębiorstwa.

Podejścia te są komplementarne, stąd stosując pierwsze z nich należy znaleźć odpowiedzi na pytania, czy zagrożenia osłabiają siły a sposobności potęgują siły oraz czy zagrożenia potęgują słabości a sposobności pozwalają przezwyciężyć słabości. Wykorzystując drugie podejście, doszukuje się informacji o tym, czy:

- siły pozwalają wykorzystać rodzaje się sposobności,
- słabości nie pozwalają wykorzystać sposobności,
- siły pozwalają dać opór zagrożeniom,
- słabości wzmocniają niekorzystne oddziaływanie zagrożeń.

Określenie potencjalnych szans i zagrożeń, generowanych przez otoczenie zewnętrzne, oraz słabych i mocnych stron przedsiębiorstwa służy przede wszystkim ocenie sytuacji strategicznej, w jakiej znajduje się organizacja. Wariant strategiczny determinuje sformułowaną strategię i plany taktyczne przedsiębiorstwa. Możliwe jest wystąpienie jednej z czterech sytuacji strategicznych:

- SO – maxi-maxi (strategia agresywna), która charakteryzuje się przewagą mocnych stron, a w otoczeniu – szans. W związku z tym przedsiębiorstwo powinno przygotować strategię silnej ekspansji i zdywersyfikowania rozwoju, gdyż działa w bardzo sprzyjających warunkach, na przykład gdy firma dysponuje nowoczesną technologią i dużym potencjałem produkcyjnym, przy wzrastającym rynku może jednocześnie inwestować w nowe produkty i zdobywać kolejne segmenty.
- WO – mini-maxi (strategia konkurencyjna) to sytuacja, w której w przedsiębiorstwie występuje przewaga słabych stron nad jej atutami, jednak otoczenie wciąż jest sprzyjające. Stąd też w strategii można zakładać wykorzystywanie pojawiających się okazji, przy jednoczesnym poprawianiu niedociągnięć wewnętrznych w firmie, na przykład w przypadku słabej kondycji finansowej przedsiębiorstwo dąży do aliansu z silniejszym partnerem, by wykorzystać szanse związane z otwieraniem się nowych rynków zbytu.
- ST – maxi-mini (strategia konserwatywna) występuje, kiedy mamy do czynienia z przedsiębiorstwem o silnej pozycji konkurencyjnej, działającym w niekorzystnym otoczeniu. Funkcjonowanie w tych warunkach ukierunkowane zostanie na wykorzystanie mocnych stron tak, aby zmniejszyć zagrożenia, które niesie ze sobą rynek, na przykład w warunkach malejącego popytu przedsiębiorstwo, wykorzystując swój potencjał, dąży do wykupienia konkurenta, by przejąć dodatkowe udziały w rynku.
- WT – mini-mini (strategia defensywna) to najmniej korzystny wariant zakładający, iż w otoczeniu dominują zagrożenia, a przedsiębiorstwo nie dysponuje zasobami, które pomogłyby przezwyciężyć kryzys. Działania wówczas podejmowane mają na celu likwidację przedsiębiorstwa lub przetrwanie przez połączenie się z inną firmą.

### **1.5. Działalność uzdrowiskowa jako element rozwoju społeczno-gospodarczego**

Z punktu widzenia podejmowanej problematyki omówienia wymaga pojęcie wzrostu gospodarczego, które rozumiane jest jako proces zwiększania zasobów dóbr i usług konsumpcyjnych. W makroekonomicznym jest to taki wzrost ilościowy, który zapewnia zwiększenie strumieni dóbr i usług konsumpcyjnych, przypadających na mieszkańca danego kraju. Interpretuje się to jako wzrost w wyrażeniu realnym, fizycznym, mierzony w sposób, który eliminuje zniekształcający wpływ zmian cen i procesów inflacyjnych.

Syntetycznym miernikiem dynamiki wzrostu gospodarczego jest roczna stopa wzrostu produktu krajowego brutto w cenach stałych. W ujęciu mikroekonomicznym chodzi o wzrost produkcji, sprzedaży czy zatrudnienia w przedsiębiorstwie.

Procesy wzrostu gospodarczego są uwarunkowane społecznie, odbywają się w społeczeństwach o określonej strukturze, dysponujących instytucjami politycznymi, normami prawnymi, wzorcami zachowań itp. Oznacza to, że wzrost gospodarczy nie jest możliwy bez postępu społecznego, bez zmian w postawach jednostek i grup społecznych oraz w funkcjonowaniu urzędzeń i instytucji społecznych. Ta jedność i wzajemne uwarunkowanie wzrostu gospodarczego i postępu społecznego znajduje wyraz w pojęciu rozwoju społeczno-gospodarczego jako kategorii jakościowej. Rozwój społeczno-gospodarczy jest w zasadzie pojęciem makroekonomicznym, jednakże ważną kwestią jest również rozwój przedsiębiorstwa w wyniku zmian strukturalnych (np. restrukturyzacja organizacyjna, dywersyfikacja produkcji, zdobywanie nowych rynków zbytu).

Rezultatem rozwoju społeczno-gospodarczego jest poprawa jakości życia społeczeństwa jako całości, jego grup społecznych i poszczególnych jednostek. Mówiąc o jakości życia mamy na myśli nie tylko dostępność i rozmiary konsumpcji dóbr i usług materialnych i niematerialnych, ale także takie zjawiska jak stan środowiska naturalnego, funkcjonowanie środowiska pracy, środowiska domowego, stopień aktywności i współpracy ludzi w zachowaniu i przyswajaniu dotychczasowego oraz tworzeniu nowego dorobku materialnego i kulturalno-naukowego, stopień wolności ludzi, system ochrony zdrowia raz stan zdrowia psychicznego i fizycznego mieszkańców. W naukach społecznych podejmowane są od dłuższego czasu wysiłki zmierzające do skonstruowania mierników, które w ocenie rozwoju społeczno-gospodarczego wychodziłyby poza tradycyjne wskaźniki wielkości dochodu narodowego na mieszkańca, odzwierciedlałyby zjawiska poziomu życia i jego jakość. Należy podkreślić, że wzrost gospodarczy i przyrost dochodu narodowego może także dokonywać się na drodze bezinwestycyjnej. Decydują o tym wszelkie usprawnienia organizacyjno-techniczne w procesie produkcji, nie wymagające nakładów inwestycyjnych. Szczególnie duża w tym względzie jest rola pozytywnych zmian w dziedzinie organizacji i zarządzania na wszystkich szczeblach procesu gospodarowania – od przedsiębiorstwa po najwyższe szczeble kierowania gospodarką narodową.

W teorii ekonomii poprawa i wzmocnienie zdrowia są rozpatrywane podobnie jak w socjologii – poprzez pryzmat społeczny. Zdrowie jest składnikiem kapitału ludzkiego, stąd ma wpływ na kondycję rodziny, podmiotu gospodarczego, gospodarki i społeczeństwa.

Usługi uzdrowiskowe to dobra społeczne, które powstają w wyniku kombinacji rynkowych i nierynkowych reguł gry, a władze publiczne przyjmują odpowiedzialność za ich dostarczenie<sup>59</sup>. Współcześnie dostrzega się, że udział mechanizmu rynkowego w tej sferze działalności rośnie. Ze względu na znaczenie usług zdrowotnych dla rozwoju zarówno jednostki, jak i społeczeństwa, obowiązkiem państwa jest zagwarantowanie, przynajmniej na poziomie podstawowym, świadczeń w tym zakresie.

Gdy bezpośrednio użytkownikowi świadczeń uzdrowiskowych poprawiony zostanie stan jego zdrowia, to korzyści odnosi pracodawca, mający pracownika zdolnego realizować obowiązki służbowe i nie ponosząc kosztów niewykorzystanego czasu pracy. Korzyści odnosi również ubezpieczyciel, który nie musi wypłacać odszkodowania za utracone zdrowie oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych, od którego nie wymaga się pokrywania kosztów niezdolności do pracy, a także społeczeństwo, ponieważ zdrowi obywatele to swego rodzaju zdolność i czynnik rozwoju społeczno-gospodarczego. Warto zauważyć, że przeznaczenie części zasobów na inwestowanie w kapitał ludzki służy zwiększeniu zdolności produkcyjnych człowieka a tym samym przyczynia się do rozwoju społeczno-gospodarczego w przyszłości. Wydatki na zdrowie mają więc swój koszt alternatywny w zmniejszaniu produkcji i konsumpcji dóbr w czasie obecnym. Wartość zdrowia rośnie w czasie, a Polacy są skłonni przeznaczać coraz więcej środków finansowych na jego zachowanie.

Z obserwacji i badań zachowań konsumentów na rynku usług uzdrowiskowych wynika, że kuracjusz oczekuje poprawy zdrowia nie tylko dzięki korzystaniu z usług medycznych, ale również dzięki usługom wypoczynkowym, relaksacyjnym, poprawy wyglądu zewnętrznego, dzięki przebywaniu w czystym i pięknym środowisku naturalnym<sup>60</sup>. Kuracjusz chciałby także zdobyć nową prozdrowotną wiedzę (np. jak zmienić styl życia, aby dłużej zachować zdrowie, jak gotować potrawy, aby służyły zdrowiu). Uzdrowisko ma więc maksymalizować korzyści z konsumpcji produktu uzdrowiskowego dostarczanego kuracjuszom.

Historia pokazuje, że rządy państw, bez względu na poziom rozwoju społeczno-gospodarczego, już od dawna akceptują swą odpowiedzialność za rozwój i poprawę opieki zdrowotnej swoich obywateli, a zdrowie jest uznawane za dobro ogólnospołeczne. Zachodzące pod koniec XX wieku zmiany dotyczące głównie sfery polityki gospodarczej (np. wahania koniunktury, zmiany demograficzne, rosnące koszty opieki zdrowotnej, procesy globalizacji) przyniosły nowe wyzwanie dla zdrowia jako dobra wspólnego. Istotą tych zmian było zakwestionowanie roli państwa w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i zapewniania opieki zdrowotnej. W dyskusjach padały argumenty odwołujące się do podejść liberalnych i neoliberalnych, które w mechanizmie rynkowym upatrują rozwiązania istniejących trudności, a nie w regulacyjnej funkcji państwa. Z kolei ostatni kryzys gospodarczy na Zachodzie i jego echa w Polsce powodują zwiększone oczekiwania wobec polityki

---

<sup>59</sup> A. Rapacz, M. Januszewska: *Relacje menedżer-lekarz w lecznictwie uzdrowiskowym*. Katedra Marketingu i Zarządzania Gospodarką Turystyczną Wydziału Gospodarki Regionalnej i Turystyki Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2010, s.112.

<sup>60</sup> Tamże, s.113.

gospodarczej państwa – w tym porozumień międzynarodowych – oraz akceptację dla poszerzenia zakresu interwencjonizmu rządowego.

Należy dodać, że rozwój lecznictwa uzdrowiskowego oraz turystyki uzdrowiskowej stanowi odpowiedź na proces starzenia się społeczeństwa i jest właściwą formą wykorzystania naturalnego potencjału Polski. Rozwój ten bazuje przede wszystkim na endogenicznych zasobach regionu, w zgodzie z obowiązującymi standardami i normami, w tym ochrony środowiska. Na pozór wydawać by się mogło, że problemy rozwoju społeczno-gospodarczego gmin uzdrowiskowych są takie same jak i innych gmin niemających na swoim terenie uzdrowisk. Można też sądzić, że problem funkcjonowania podmiotów uzdrowiskowych wiąże się nierozdzielnie ze świętym prawem popytu i podaży, a nie z żadnymi innymi szczególnymi zasadami, czy prawami wyróżniającymi je od innych podmiotów. Tymczasem gmina uzdrowiskowa to obszar, na którym z racji posiadania na swoim terenie uzdrowiska obowiązują inne reguły gospodarowania niż w pozostałych gminach. Gminy uzdrowiskowe i działające na ich terenie podmioty uzdrowiskowe napotykają w swoim działaniu na wiele barier prawnych, które nie pozwalają im właściwie funkcjonować. O ile wiele z nich jest słusznych i celowych, gdyż bez nich nie można sobie wyobrazić ochrony wartości uzdrowiskowych, o tyle niektóre z nich są wyjątkowo sztuczne i hamujące rozwój gminy a tym samym rozwój społeczno-gospodarczy regionu.

Gminy uzdrowiskowe podlegają daleko idącym ograniczeniom swojego rozwoju, a ustawowa swoboda prowadzenia działalności gospodarczej gwarantowana wszystkim podmiotom gospodarczym nie dotyczy gmin uzdrowiskowych. Na obszarze uzdrowiska, ustawowo wprowadza się określone ograniczenia lub nakłada obowiązki dla gmin i podmiotów gospodarczych. Te zakazy i obowiązki powodują, że swoboda aktywności gospodarczej mieszkańców gmin uzdrowiskowych jest mocno ograniczona. Ich obszar został poddany daleko idącym ograniczeniom rozwoju przede wszystkim po to, aby chronić walory uzdrowiskowe, które są podstawą bytu uzdrowisk. Dlatego branżowe ustawodawstwo polskie szczegółowo reguluje kwestie określonych nakazów i zakazów obowiązujących w gminie uzdrowiskowej. Uzupełnia je prawo miejscowe, które bądź to doprecyzowuje niektóre nakazy czy zakazy, bądź też w procesie realizacji zadań ustawowych tworzy nowe przepisy wprowadzające określone zasady czy reguły postępowania, na ogół mające jeszcze spotęgować istniejące formy ochrony. Warto tu dodać, że ewentualny opór deweloperów i innych grup biznesowych w gminach uzdrowiskowych jest zwykle mniej skuteczny niż w innych gminach.

Działalność gospodarcza prowadzona na terenie uzdrowisk jest ponadto specyficzna i niosąca ze sobą określone problemy. Na terenie uzdrowisk działają podmioty gospodarcze, które zaliczane są z reguły do sektora małych przedsiębiorstw. Ich pozycja ekonomiczna jest z reguły słabsza i często zamiast aktywnie rozwijać się, same szukają pomocy w formie zwolnienia lub obniżenia podatków. To właśnie słaba kondycja finansowa tych podmiotów zdecydowała, że wystąpiły one o obniżenie stawek podatku od nieruchomości. O ile zabieg ten z punktu widzenia celów doraźnych uznać należy za słuszny (bo nastąpiła pewna poprawa sytuacji ekonomicznej tych podmiotów), to z punktu widzenia systemu i ze względów strategicznych nie przyniesie on oczekiwanych rezultatów, bowiem gmina pozbawiona

tych dochodów docelowo musi zmniejszyć nakłady na rozwój infrastruktury, na poprawę dostępności komunikacyjnej i na promocję uzdrowiska. To przy postępującej komercjalizacji usług, w skumulowanym efekcie objawić się musi zmniejszeniem atrakcyjności uzdrowiska na skutek pogorszenia jego zewnętrznego wizerunku.

W Polsce największym problemem jest przede wszystkim generowanie nowych miejsc pracy i temu powinno być podporządkowane myślenie i działanie rządu i samorządów terytorialnych. Nie wystarczy natomiast rozważanie tylko o wzroście PKB jako jednym z czynników powodujących rozwój przedsiębiorczości, a w konsekwencji zmniejszającym bezrobocie oraz o usuwaniu barier hamujących rozwój tej przedsiębiorczości i uruchomianiu środków unijnych wspierających jej rozwój.

Problemy rozwoju społeczno-gospodarczego uzdrowisk – które wpływają z kolei na rozwój społeczno-gospodarczy Polski – koncentrują się głównie na rozdzwieńku pomiędzy ustalonymi prawnie zasadami funkcjonowania uzdrowisk, a istniejącą rzeczywistością, która daleko wyprzedziła obowiązujące prawo i to raczej w sensie negatywnym. Na stan i kondycję gospodarczą polskich uzdrowisk ma wpływ przede wszystkim przeszłość, która po stronie suwerena, a więc Państwa, pozostawiła wszelkie instrumenty, które decydowały o następujących elementach:

- rozwój ilościowy ale i jakościowy polskich uzdrowisk,
- stan środowiska naturalnego w uzdrowiskach,
- standard bazy leczniczej i hotelowej w skali kraju oraz w uzdrowiskach,
- infrastruktura techniczna i komunalna oraz społeczna,
- infrastruktura uzdrowiskowa i turystyczna,
- procesy urbanizacji i zagospodarowania przestrzennego,
- estetyzacja uzdrowisk,
- wielkość i struktura oraz źródła środków finansowych na prowadzenie lecznictwa uzdrowiskowego,
- poziom kadr medycznych w uzdrowiskach.

Gospodarka uzdrowiskowa w Polsce jest przykładem najbardziej scentralizowanego systemu, w którym o tym, jakie działania można podejmować, nie decyduje się w samym uzdrowisku. Pomimo, iż brakuje środków na leczenie uzdrowiskowe, a także niektóre obiekty a nawet całe uzdrowiska muszą zmienić swoją funkcję, trudno jest samorządom czy przedsiębiorstwu pozyskać inwestora, bo ten doskonale wie, że na przykład nie uzyska zgody na zmianę funkcji nieczynnego już sanatorium na hotel czy pensjonat, bo obiekt jest położony w strefie A. Mimo, że w pionie lecznictwa uzdrowiskowego nie tworzymy jak na razie dodatkowych miejsc pracy – bo tej pracy niekiedy zaczyna brakować już zatrudnionych – to poprzez istniejący system prawny lub jednostronną wolę urzędników nie pozwala się wprowadzać do uzdrowisk nowych obiektów typu *spa*, a przedsiębiorcy rezygnują z wielu inwestycji, ponieważ pojawiają się pewne nowe koszty, które czynią je nieopłacalnymi. Powoduje to zahamowanie rozwoju społeczno-gospodarczego obszarów uzdrowiskowych.

Omawiana sytuacja wymusza na polskich przedsiębiorcach konieczność wzrostu jakości oferowanych produktów, podnoszenia standardu obiektów uzdrowiskowych i turystycznych, zmiany sposobu i warunków żywienia, a także zwiększenia różnorodności oferowanych świadczeń uzdrowiskowych oraz

zapewnienia bezpieczeństwa. Jednocześnie z każdym rokiem zauważa się wzrost konkurencji wśród krajów europejskich w pozyskiwaniu coraz bardziej wymagającego zamożnego i komercyjnego klienta. Jego wymagania i oczekiwania stanowić powinny podstawę kształtowania oferty uzdrowiskowej i turystycznej oraz budowania przyjaznych relacji z klientem – kuracjuszem – turystą. Polska ma duże szanse sprostać tej konkurencji, m.in. z uwagi na dobrze wykształconą kadre i oferowane po korzystnych cenach usługi oraz wykorzystywanie w zabiegach naturalnych surowców leczniczych.

Współcześnie należy myśleć o uzdrowiskach jako efektywnie prosperujących przedsiębiorstwach, które wspierają gospodarkę kraju, stymulując rozwój lokalny i regionalny. Istotną rolę w tej kwestii powinno odegrać wykorzystanie bogatych zasobów surowców naturalnych do rozwijania innowacyjnych i kompleksowych usług turystyki zdrowotnej i rekreacyjnej, stanowiących podstawę polskiej marki uzdrowiskowej. Należy podkreślić, że miejscowości i gminy uzdrowiskowe mają znacznie więcej atutów niż inne miejscowości turystyczne, stąd też nie trzeba budować oferty produktowej od podstaw, lecz należy ją unowocześniać, wzbogacać i poszerzać. Ważnym zagadnieniem w realizacji tego celu jest szeroka współpraca przedsiębiorstw uzdrowiskowych, ośrodków naukowych i badawczo-rozwojowych, szkół wyższych, instytucji okołobiznesowych z lokalnymi i regionalnymi samorządami oraz organizacjami turystycznymi w formach opartych na zasadach kooperacji konkurencyjnej współpracy oraz powiązaniach sieciowych, zwanych *klastrami*.



## 2. Zasady i specyfika funkcjonowania uzdrowisk w Polsce

### 2.1. Rys historyczny rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego

Leczenie uzdrowiskowe ma bardzo długą tradycję, gdyż od najdawniejszych czasów uważane było za pełnowartościową, a nawet uprzywilejowaną formę leczenia. Powstanie i rozwój uzdrowisk miał ścisły związek z występowaniem na ich terenie wód mineralnych, peloidów, gazów leczniczych, a także odpowiednich warunków klimatycznych i krajobrazowych<sup>61</sup>. Wyjazdy do uzdrowisk praktykowano już w odległej starożytności, gdzie spędzano przyjemnie czas, spotykano ciekawych ludzi. Jednak historia polskich uzdrowisk sięga XI-XII wieku<sup>62</sup>. Pierwsze polskie zapisy leczenia uzdrowiskowego dotyczą żony Władysława Hermana – Judyty, która w XI w. leczyła się u źródeł w Inowłodzi nad Pilicą z powodu niepełności. Skutkiem tego leczenia było przyjscie na świat Bolesława Krzywoustego. Królowa Marysieńka Sobieska wyjeżdżała do Cieplic w 1687 roku (obecnie dzielnica Jeleniej Góry), a król Zygmunt przeprowadzał kuracje w Dusznikach w 1669 roku<sup>63</sup>.

W epoce Odrodzenia działali w Polsce wybitni lekarze: Wojciech Oczko, uważany za ojca balneologii polskiej, nadworny lekarz Stefana Batorego, jak również autor pierwszych dzieł o uzdrowiskach w języku polskim, w których określił wskazania i przeciwwskazania do leczenia uzdrowiskowego; Erazm Sixtus, uznawany za pierwszego balneochemika w Polsce, który podał sposób używania wód mineralnych i kąpeli błotnych (peloidowych) oraz Jan Innocenty Petrycy. Na terenie Polski pierwsze termy odkryto w Cieplicach, z których to już w XIII w. korzystali książęta świdniccy z rodu Piastów. W XVI i XVII w. Cieplice wraz z okolicami górskimi cieszyły się coraz większą popularnością i znane były już w całej Europie<sup>64</sup>. Popularność leczniczych źródeł nie zmalała nawet w okresie rozbiorów Polski. Cieplice, wraz z innymi sudeckimi uzdrowiskami, były licznie odwiedzane przez Polaków. Z leczenia uzdrowiskowego korzystało wielu sławnych polityków, pisarzy, poetów i muzyków. Joahann W. Goethe leczył się w Łądku w 1799 r., na kuracji przebywali Fryderyk Chopin, Wincenty Pol, Seweryn Goszczyński. Księgi gości prowadzone wówczas w kurortach wykazały, iż Polacy stanowili ¼ ogółu kuracjuszy, a największe nasilenie datuje się na pierwszą połowę XIX wieku<sup>65</sup>.

Wiek XVIII daje początek uzdrowiskom w Krzeszowicach oraz Swoszowicach. Na znaczeniu zaczęło zyskiwać uzdrowisko Krynica, dając początki balneologii, kiedy to Józef Dietl – profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego uważany za twórcę naukowej balneologii – rozsławia kurort<sup>66</sup>. Przeprowadził on szerokie badania nad leczniczymi wartościami źródeł krynickich, ustalając metody leczenia. Wspomnieć należy także o innych wybitnych uczonych, którzy stworzyli podstawy balneologii polskiej. Otóż pierwszą znaną rozprawą o wodolecznictwie jest traktat napisany przez Marcina

---

<sup>61</sup> I. Ponikowska: *Lecznictwo uzdrowiskowe. Poradnik dla chorych*. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1996, s.10.

<sup>62</sup> W. S. Gomułka, W. Rewelski (red.): *Encyklopedia zdrowia*. PWN, Warszawa 2001, s.512.

<sup>63</sup> I. Ponikowska, D. Ferson: *Nowoczesna medycyna uzdrowiskowa*. Medi-Press, Warszawa 2009, s.16.

<sup>64</sup> A. Madeyski (red.): *Uzdrowiska polskie*. Informator. Izba Gospodarcza „Uzdrowiska Polskie”, Warszawa 1999, s. 14-16.

<sup>65</sup> Z. Kruczek, A. Wesel: *Uzdrowiska karpackie*. Krajowa Agencja Wydawnicza, Kraków 1987, s. 10-14.

<sup>66</sup> B. Małecka, J.T. Marcinkowski: *Rys historyczny rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego*. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, „Problemy Higieny Epidemiologicznej”, 2007, nr 88(2), s. 140-141.

z Miechowa w 1522 roku. W 1555 r. dr Józef Struś z Poznania ogłosił sławną pracę omawiającą wpływ kąpieli na zachowanie się tętna. W 1578 roku ukazało się w Krakowie pierwsze dzieło w języku polskim o wodach mineralnych pt. „Cieplice”, napisane przez Wojciecha Oczko, a w 1617 r. drugie autorstwa Erazma Syxtusa o lecznictwie uzdrowiskowym. Lekarz przyboczny króla Stanisława Augusta, Jakub Moneta ogłosił w 1776 r. pracę o leczeniu zimną wodą nieżytych górnych dróg oddechowych.

Szybki rozwój Krynicy nastąpił również za sprawą otwarcia linii kolejowej z Muszyny. W 1800 r. leczyło się w niej 70 osób, w 1850 r. 131 kuracjuszy, natomiast w 1880 r. liczba korzystających z uzdrowiska wzrosła do 3 tys. a w 1911 r. aż do 11 tys. osób<sup>67</sup>. W XIX wieku szybko popularność zyskała Szczawnica, rozbudowana w XIX w. przez jej właścicieli, węgierską rodzinę Szalayów. Rozwój tego uzdrowiska w owych latach ilustrują liczby: w 1847 r. gościło w nim 49 kuracjuszy, a 18 lat później już blisko 3 tys. Wprowadzenie komunikacji autobusowej spotęgowało ponownie jej rozkwit w latach trzydziestych XX w., a następnie po II wojnie światowej. Również na terenie Królestwa Kongresowego powstało kilka uzdrowisk ze źródłami mineralnymi w Busku Zdroju i Solcu oraz najbardziej popularne w Ciechocinku i Nałęczowie. Dogodne połączenia kolejowe z Warszawą spowodowały duże zainteresowanie mieszkańców stolicy tym ostatnim uzdrowiskiem, gdzie przebywali na leczeniu m.in. Bolesław Prus, Stefan Żeromski, Henryk Sienkiewicz.

W celu opracowania naukowo-lekarskich podstaw lecznictwa uzdrowiskowego powołano w Krakowie w 1905 r. Polskie Towarzystwo Balneologiczne. Podobną rolę w Warszawie pełnił Wydział Uzdrowisk Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego. Natomiast właściciele uzdrowisk Rymanowa, z inicjatywy Jana Potockiego, założyli Związek Uzdrowisk Polskich z siedzibą we Lwowie, a następnie w Warszawie. Po zakończeniu I wojny światowej uzdrowiska polskie były zdewastowane. Odzyskanie niepodległości stworzyło jednak możliwość szybkiej ich rozbudowy. W 1922 r. wydano pierwszą ustawę uzdrowiskową, która uległa nowelizacji w 1928 roku. Określała ona warunki porządkowania gospodarki uzdrowiskowej w sprawach komunalnych oraz budownictwa. Po raz pierwszy wpływ na politykę uzdrowiskową miały ubezpieczenia społeczne – Kasy Chorych i Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Powstały pierwsze sanatoria ZUS w Krynicy, Inowrocławiu oraz Iwoniczu. Kasa Chorych zapewniała ubezpieczonym bezpłatną kurację uzdrowiskową, obejmującą niezbędne zabiegi i pomoc lekarską<sup>68</sup>. Jednakże liczba kuracjuszy kierowanych wówczas do uzdrowisk na koszt społeczny była zdecydowanie mniejsza od potrzeb. Taka polityka ubezpieczeń społecznych nie przyczyniała się do rozwoju uzdrowisk. Zahamowanie rozwoju uzdrowisk spowodowane było również kwestią ich sezonowości. Z kurortów górskich korzystano jedynie w sezonie letnim przez okres 4-5 miesięcy, natomiast uzdrowiska nadmorskie zapełniali kuracjusze jedynie przez 3 miesiące latem. W okresie międzywojennym 6 uzdrowisk było własnością państwa: Busko, Druskienniki (obecnie na Litwie), Ciechocinek, Krynica, Inowrocław, Szkoło (osiedle typu miejskiego obecnie na Ukrainie, na Płaskowyżu Tarnogrodzkim,

<sup>67</sup> B. Małecka, J.T. Marcinkowski: *Rys historyczny rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego*, op. cit., s. 139-142.

<sup>68</sup> Z. Kruczek, A. Wesel: *Uzdrowiska karpackie*, op. cit., s. 10-14 oraz I. Ponikowska, *Medycyna uzdrowiskowa*, Watext'S, Warszawa 1995, s. 7-10, s. 145-230.

w obwodzie lwowskim). Statut użyteczności publicznej uzyskało 15 kurortów, pozostałe 23 były w rękach prywatnych.

Po II wojnie światowej uzdrowiska stały się własnością społeczną, rolę Związku Uzdrowisk Polskich natomiast przejęła administracja państwowa poprzez Zjednoczenie Uzdrowisk<sup>69</sup>. Trudna wówczas sytuacja polityczna i gospodarcza zmusiła do opracowania nowych zasad organizacji uzdrowisk. W konsekwencji reform nastąpiło uspołecznienie ochrony zdrowia w Polsce, co dało możliwość powszechnego wykorzystania uzdrowisk na działalność profilaktyczno-leczniczą. Okres powojenny to czas odbudowy zakładów przyrodoleczniczych oraz przekształcanie pensjonatów na sanatoria i domy wczasowe. Bezpłatne leczenie usunęło istniejące bariery społeczne i finansowe w lecznictwie uzdrowiskowym i już w 1948 r. liczba osób skierowanych do kurortów przekroczyła 100 tys., a w 1952 r. zbliżyła się do 178 tys. odwiedzających uzdrowiska<sup>70</sup>. Kolejne lata, obok intensywnego wzrostu kuracjuszy, powodowały jednocześnie zwiększenie i unowocześnienie bazy zabiegowej oraz hotelowej w uzdrowiskach.

Szybki rozwój lecznictwa uzdrowiskowego stworzył potrzebę działalności naukowej w dziedzinie medycyny uzdrowiskowej. Powołano szereg ośrodków naukowo-leczniczych, których pracownicy publikowali prace o tematyce nowoczesnego profilowania uzdrowisk oraz metodyki postępowania leczniczego. Przełomowym działaniem procesu naukowego było wprowadzenie w 1962 roku nowej formy leczenia w postaci rehabilitacji poszpitalnej i specjalistycznej. Powstały wówczas szpitale uzdrowiskowe, w których proces rehabilitacji przebiegał bezpośrednio bądź w niedługim czasie po leczeniu szpitalnym. W skutkach umożliwiała to efektywną rehabilitację i przywracało znacznie szybciej powrót pacjenta do zdrowia. Ważną rolę w lecznictwie uzdrowiskowym zaczęła stanowić działalność profilaktyczna z wyznaczonym celem przeciwdziałania i zapobiegania powstawaniu i rozwojowi chorób. Dała ona początek lecznictwu ambulatoryjnemu w formie zorganizowanych wczasów leczniczych, profilaktycznych lub indywidualnych. Lecznictwo ambulatoryjne stało się zatem popularną formą wypoczynku, stąd nastąpił dynamiczny rozwój zakładów przyrodoleczniczych i baz hotelowych, a uzdrowiska zaczęły funkcjonować przez cały rok.

Intensywny rozwój uzdrowisk spowodował w 1966 r. potrzebę wprowadzenia w życie nowej ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym. Według niej, lecznictwo uzdrowiskowe stanowi „działalność zorganizowaną służby zdrowia w zakresie jak najszerszego zapobiegania chorobom i ich leczenia przy wykorzystaniu warunków naturalnych, a w szczególności klimatu i krajobrazu, naturalnych zasobów leczniczych, jak wody lecznicze, gazy lecznicze, peloidy, właściwości leczniczych morza oraz innych czynników środowiskowych, mających korzystny wpływ na wyniki świadczeń zapobiegających i leczniczych”<sup>71</sup>.

Wzmógłony czas rozbudowy uzdrowisk przypadł na lata 1962-1978; powstają wówczas nowoczesne obiekty sanatoryjne jako inwestycje podejmowane przez

<sup>69</sup> S. Kubiak: *Ciechocinek. Dzieje uzdrowiska*, WTN, Włocławek 2001, s. 200-201 oraz J. Zieliński: *Z przeszłości Uzdrowiska Ciechocinek*. „Problemy Uzdrowiskowe” 1988, nr 5-6, s. 135-194.

<sup>70</sup> D. Iwanowska-Jeske: *Uzdrowisko Ciechocinek, Zarys monograficzny*. Wyd. Sport i Turystyka, Warszawa 1983, s.129.

<sup>71</sup> *Ustawa z dnia 23.06.1966 o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych*. Dz. U. 1966, nr 23, poz.150.

ministerstwa i inne centralne instytucje, zakłady pracy oraz związki zawodowe. Główne inwestycje zrealizowano w Krynicy, Kołobrzegu, Ciechocinku, Szczawnicy, Busko-Zdroju, Iwoniczu, Ustroniu Śląskim. Z uwagi na wzmożone zapotrzebowanie na leczenie w kurortach, wzrastała liczba statutowych uzdrowisk. W 1974 roku decyzją Rady Ministrów aż 26 miejscowości – posiadających naturalne złoża oraz odpowiednie walory klimatyczne – otrzymało miano uzdrowisk. Jednakże z początkiem lat 80-tych pojawiło się znaczne ograniczenie środków na inwestycje i wszelkie modernizacje. Stąd kolejne lata nie wniosły większych zmian w infrastrukturze uzdrowisk. Przełom polityczno-gospodarczy w 1989 r. i transformacja ustrojowa zapoczątkowała niezwykle trudny okres w funkcjonowaniu gospodarki Polski, w tym także lecznictwa uzdrowiskowego. Finansowanie uzdrowisk z budżetu państwa zostało ograniczone do minimum<sup>72</sup>. Nowa sytuacja wymagała przekształceń własnościowych i restrukturyzacji. W początkowej fazie liczne uzdrowiska ograniczały swoją działalność poprzez likwidację wybranych obiektów sanatoryjnych. Po kilku latach działalności w nowej rzeczywistości ekonomicznej, kierownictwa uzdrowisk oraz sanatoriów zmuszone były dostosować się do zasad wolnego rynku usług medycznych, a zdobyte doświadczenia pozwoliły na wypracowanie nowych form funkcjonowania, w tym również zabiegania o klientów w warunkach konkurencji.

## 2.2. Definicyjne aspekty uzdrowisk w literaturze polskiej i zagranicznej

Wyjazdy do uzdrowisk mają bardzo długą historię, stąd sposób ich definiowania ulegał zmianom. *Uzdrowisko* w zależności od etapu jego rozwoju można określać w trzech następujących aspektach<sup>73</sup>:

- Historycznym – jako miejsce występowania źródeł wody mineralnej, która przynosi ulgę i leczy różne dolegliwości chorobowe;
- Tradycyjnym – jako centrum leczenia i rehabilitacji oparte na hydroterapii i innych metodach leczenia wykorzystujących fizyczne właściwości kopaliny leczniczych oraz klimatu i będące pod medycznym nadzorem. Rekreacja, relaksacja i rozrywka mają tu znaczenie drugorzędne i są obok podstawowych funkcji po to, by zachęcać do korzystania z uzdrowisk;
- Współczesnym – jako urządzenia oparte na wykorzystaniu wód leczniczych i innych naturalnych zasobów leczniczych, a przeznaczonych dla poprawy fizycznej i emocjonalnej kondycji człowieka. Uzdrowisko wykorzystuje naturę jako podstawę terapii leczniczej i kuracyjnej. Naturalne tworzywa lecznicze przeznaczone są do niesienia ulgi w chorobie, rehabilitacji i leczeniu chorób poprzez opiekę integrującą medycznie. Są to komplementarne względem siebie zabiegi, a także inne usługi usuwające stres, przynoszące relaks, służące odnowie biologicznej, upiększaniu i w końcu „rozpieszczające” konsumentów. Uzdrowiska kreują unikatowe środowisko, które musi respektować ich naturalne atuty.

<sup>72</sup> B. Małecka, J.T. Marcinkowski: *Rys historyczny rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego*, op. cit., s.139-142.

<sup>73</sup> M. Januszewska, E. Nawrocka, S. Opoka: *Turystyka uzdrowiskowa, turystyka w uzdrowiskach – problemy definicyjne*. W: A.R. Szromek (red.): *Uzdrowiska i ich znaczenie w gospodarce turystycznej*. PROKSENIA, Kraków 2010, s.91.

W anglojęzycznej literaturze amerykańskiej i zachodnioeuropejskiej zagadnienie uzdrowisk jest nieco inaczej ujmowane niż w Polsce. W USA występuje łagodniejszy pogląd na temat komponentów tworzących uzdrowisko („spa”, health resort) niż w krajach Europy Zachodniej. Według Międzynarodowego Związku Uzdrowisk i Fitness (ISPA) z przedstawicielstwem w USA (International Spas & Fitness Association), naturalne źródła mineralne i inne kopaliny nie są warunkiem koniecznym dla istnienia uzdrowiska, bowiem pozwalają zdefiniować „spa” jedynie w kontekście miejsca, gdzie stosuje się aktywne i długotrwałe wykorzystanie naturalnych i prozdrowotnych elementów w określonym środowisku przez jakiś okres czasu. Natomiast ISPA w Stanach Zjednoczonych promuje szerszą definicję, ujmując doświadczenie „spa” jako „czas, kiedy można się zrelaksować, rozluźnić, odnowić pod względem fizycznym i psychicznym oraz dobrze się bawić”<sup>74</sup>. Dlatego można oceniać, że w USA w zasadzie nie występują uzdrowiska (i sanatoria) będące typowymi odpowiednikami „klasycznych” uzdrowisk w Polsce czy w Niemczech.

Przedstawicielka Washington University zaprezentowała model typów uzdrowisk wyróżnionych ze względu na rodzaje usług tam świadczonych (rys.1). W ramach turystyki uzdrowiskowej uzdrowisko może przybierać dwojaką postać i być określane jako<sup>75</sup>:

- uzdrowisko jako miejsce przeznaczenia – „destination spa resort” – bądź na jego terenie może znajdować się ośrodek, w którym dokonywane są jedynie różnorodne zabiegi bez zakwaterowania („day spa”);
- uzdrowisko z usługami dla przyjemności, („amenity spa resort”).

W ramach pierwszego typu („destination spa resort”) wyróżnia się kolejne cztery typy uzdrowisk:

- klasyczne (classic),
- luksusowe (luxury),
- nowej ery (new age),
- zorientowane medycznie (medically oriented), które specjalizują się głównie w takich usługach, jak całościowa odnowa psychofizyczna, zabiegi odchudzające czy hydroterapia.

W przypadku uzdrowiska z usługami dla przyjemności, komponent zdrowotny stanowi uzupełniającą cechę usług oferowanych w uzdrowisku, w przeciwieństwie do uzdrowiska jako miejsca przeznaczenia, gdzie ten sam komponent jest cechą dominującą. „Amenity spa resort” to uzdrowisko, w którym świadczone usługi czy proponowane aktywności ruchowe pozwalają klientom czerpać z nich przyjemność. Programy fitness (poprawiające sylwetkę poprzez ćwiczenia fizyczne) stanowią dodatkowy element uzupełniający grę w golfa czy tenis. Tego typu miejscowości uzdrowiskowe dają możliwość spędzenia wakacji, w najbardziej swobodnej formie, szczególnie podróżującym rodzinom. Każdy z członków rodziny odpoczywa i regeneruje siły według własnego uznania, począwszy od aktywnego udziału w różnego rodzaju sportach po stosowanie odpowiedniej diety. Uzdrowiska tej

---

<sup>74</sup> Ch. Smith, P. Jenner: *Health Tourism in Europe*. “Travel and Tourism Analyst” 2000, nr 1, s.42.

<sup>75</sup>S. E. Spivack: *Health spa development in the US: A burgeoning component of sport tourism*. “Journal of Vacation Marketing” 1998, vol. 4, nr 1, s. 65-77.

kategorii odwiedzane są również przez inne grupy turystów, wśród których dają się wyróżnić podróżujący w celach służbowych bądź naukowych.

W uzdrowisku określanym mianem „klasycznego” oferowane usługi skupiają się wokół programów fitness, zabiegów odprężających i odchudzających. Na terenie tych sanatoriów zabrania się picia alkoholu i palenia tytoniu. Uzdrowiska „luksusowe” położone są zazwyczaj w pięknym i spokojnym otoczeniu, dostarczając swoim gościom wszystkiego co najlepsze w najdrobniejszych szczegółach. Ten rodzaj uzdrowisk zaspakaja głównie potrzeby kobiet, kładąc szczególny nacisk na zabiegi kosmetyczne i różnego rodzaju terapie. Z kolei uzdrowiska *nowej ery* skupiają uwagę na potrzebach indywidualnego klienta. Realizuje się w nich przede wszystkim programy „wellness”, a więc programy związane z całościową odnową psychofizyczną człowieka oraz programy o charakterze zdrowotnym, w których brany jest pod uwagę stosunek człowieka do jego całego życia. Tego typu uzdrowiska kładą szczególny nacisk na ćwiczenia dotyczące zarówno ciała, jak i umysłu.

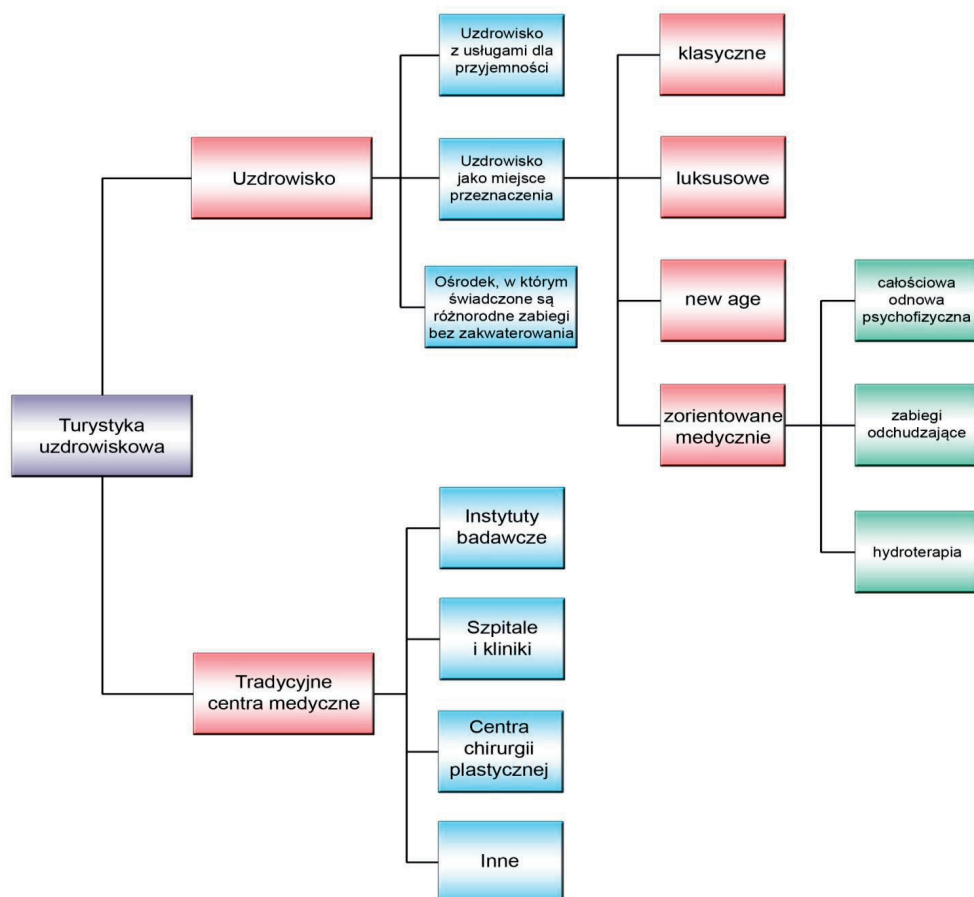
W grupie uzdrowisk *zorientowanych medycznie* kuracje wodami mineralnymi i termalnymi wyróżniają się spośród stosowanych tam metod leczniczych. Ośrodki typu „day spa” – w których dokonywane są jedynie różnorodne zabiegi bez zakwaterowania – znajdują się głównie w metropoliach oferując różnorodność profesjonalnych usług w ciągu dnia, głównie dla ludności miejscowej, a zwłaszcza kobiet pracujących zawodowo. Jest to jeden z kierunków rozwoju m.in. uzdrowiska w krakowskich Swoszowicach.

Model turystyki uzdrowiskowej oraz podział uzdrowisk ze względu świadczone przez nich usługi prezentuje schemat 4.

Wymienia się jeszcze uzdrowisko na statku (cruise ship spa) oraz uzdrowisko z mineralną wodą leczniczą (mineral spring spa). Pierwszy to rodzaj uzdrowiska znajdującego się na pokładzie statku, które dostarcza różnego typu usługi, jak sauna, aerobik, masaż, gimnastyka, fitness, aromatoterapia. Druga kategoria uzdrowisk świadczy usługi oparte na naturalnych źródłach mineralnych, termalnych i słodkiej wodzie oferując zabiegi z zakresu hydroterapii<sup>76</sup>.

---

<sup>76</sup> I. Ponikowska: *Kompendium balneologii*. Rekomendacje krajowego konsultanta. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2004, s. 23-24.



**Schemat 4. Model turystyki uzdrowskowej i podział uzdrowsk ze względu na świadczone w nich usługi.**

Źródło: S. E. Spivack: *Health spa development in the US: A burgeoning component of sport tourism* „Journal of Vacation Marketing” 1998, vol.4 nr 1, s. 70.

Europejski Związek Uzdrowsk ESPA (The European Spas Association) podaje precyzyjną definicję słowa „spa” jako źródło wód mineralnych i miejsce bądź miejscowość, gdzie tego typu źródło zostało znalezione<sup>77</sup>. Samo określenie „spa” pochodzi od nazwy małego miasta Spa, położonego blisko Liège w Belgii, gdzie znajduje się źródło wód mineralnych, bądź jak mówią inni – od słów łacińskich „solus per aqua”, czyli zdrowie dzięki wodzie. W nomenklaturze statystycznej ESPA, słowo „spa” oznacza zarówno miasto, gdzie istnieją naturalne źródła mineralne, jak i przedsiębiorstwo czy grupę przedsiębiorstw oferujących zabiegi oparte na źródłach mineralnych. Historycznie rzecz ujmując, spa były usytuowane w przepięknej scenerii otaczającej je natury, gdzie panował wyjątkowy klimat i czyste powietrze oraz znajdowała się imponująca zabudowa architektoniczna. Ścisłe mówiąc uważa się,

<sup>77</sup> Ch. Smith, P. Jenner: *Health Tourism in Europe*, op. cit. s. 42.

że owe źródła wód mineralnych powinny mieć lecznicze właściwości istotne w kuracji uzdrowiskowej.

Spośród krajów europejskich, Niemcy jako jedyni wprowadzili pełną klasyfikację uzdrowisk a także normy i standardy lecznicze. Uzdrowisko określane jest tam mianem *kurortu*. Etymologicznie „kur” w słowie *kurort* pochodzi z łacińskiego „cura” względnie „curatio”, „ort” – w języku niemieckim – miejsce. Pierwotnie słowo to oznaczało zarówno leczenie się samemu, jak i leczenie przez lekarza. Obecnie (według słownika wyrazów obcych) oznacza leczenie przez lekarza uzdrowiskowego<sup>78</sup>. Stosowanie określenia „kurort” jest unormowane prawnie i możliwe tylko wtedy, kiedy miejscowość spełnia określone warunki. Podstawę stanowią definicje ustawy o kurortach z 21 czerwca 1983 r. i Niemieckiego Zrzeszenia Uzdrowisk oraz Niemieckiego Związku Turystyki<sup>79</sup>. Określają one kurorty jako obszary (miejscowości lub części miejscowości) wykazujące szczególne i naturalne właściwości - posiadanie naturalnych środków leczniczych pochodzenia kopalnego, morskiego lub klimatycznego, wyposażone w odpowiednie urządzenia (infrastrukturę) do leczenia, łagodzenia i zapobiegania chorobom. W Niemczech rozróżnia się kurorty: termalne, klimatyczne, wodolecznicze (Kneippa) oraz talassoterapeutyczne.

Chcąc precyzyjnie rozróżnić kurorty, należy posłużyć się zasadami sformułowanymi przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Balneologiczno-Klimatologiczne (FITEC). Określają one następujące, niezbędne warunki, jakie miejscowość musi spełnić, aby uzyskać status kurortu<sup>80</sup>:

- naturalne czynniki leczące i uznane naukowo,
- urządzenia dostosowane do profilu leczenia i wypoczynku,
- krajobraz właściwy dla danego regionu turystycznego,
- rozwinięta infrastruktura techniczna i społeczna, zapewniająca zaopatrzenie w wodę i energię, właściwe odprowadzanie nieczystości, właściwa ochrona środowiska naturalnego i społecznego,
- urządzenia lecznicze i rekreacyjne, obiekty uzdrowiskowe odpowiednio ukształtowane i wkomponowane w miejscowy krajobraz,
- usługi medyczne o wysokiej jakości,
- higiena, wygoda, bezpieczeństwo pobytu w uzdrowisku,
- norma żywieniowa i odpowiednia dieta skonsultowana nie tylko z odpowiednim dietetykiem ale także z lekarzem.

Najbardziej rygorystyczne prawo w zakresie spełniania określonych wymogów przez miejscowości o statusie uzdrowiska występuje w Austrii, Niemczech i Szwajcarii. Przy ocenie kurortów bierze się tam pod uwagę nie tylko lecznicze zasoby naturalne, ale też klimat, czystość powietrza, stan środowiska naturalnego, stan infrastruktury w miejscowościach uzdrowiskowych, standard bazy noclegowej,

---

<sup>78</sup> Natomiast słowo „kuracjusz”, oznacza osobę korzystającą z zabiegów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego w zakładach leczniczych. A. Jagusiewicz: *Infrastruktura turystyki uzdrowiskowej w Polsce*. Instytut Turystyki, Warszawa 2002, s.46.

<sup>79</sup> *Standardy jakościowe i definicje klasyfikacji kurortów, miejscowości wypoczynkowych i źródeł leczniczych*, op. cit., s. 27.

<sup>80</sup> I. Jędrzejczyk (red.): *Rozwój funkcji turystycznej i rekreacyjnej polskich obszarów górskich*. AWF w Katowicach, Katowice 2002, s. 58-59.



warunki ekologiczne, możliwości komunikacyjne<sup>81</sup>. Dlatego Niemieckie Zrzeszenie Uzdrowisk i Niemiecki Związek Turystyki definiują uzdrowiska jako obszary i miejscowości uprzywilejowane pod względem krajobrazowym i klimatycznym, które służą przede wszystkim wypoczynkowi w celu wspomagania zdrowia i mają własny charakter. W grupie miejscowości turystycznych o charakterze wypoczynkowym na czoło wysuwają się uzdrowiska, które<sup>82</sup>:

- stanowią szczególne dobro ogólnonarodowe pełniąc istotną funkcję w systemie opieki zdrowotnej,
- dysponują naturalnymi tworzywami leczniczymi,
- oferują tzw. produkt uzdrowiskowy, obejmujący obok typowych usług bytowych, takich jak nocleg i wyżywienie, także usługi kulturalne oraz pakiet świadczeń,
- przyjmują osoby korzystające z usług leczniczych i pozostających pod sanatoryjną opieką lekarską,
- grupują różnorodne podmioty działające w uzdrowisku, w tym współdziałające z nimi władze samorządowe.

W literaturze polskiej spotyka się słowo „kurort”, ale częściej miejscowość taką określamy mianem uzdrowisko. Zatem uzdrowisko – podobnie jak w Niemczech – oznacza „miejscowość (lub jej część) mającą klimat oraz warunki środowiskowe o właściwościach leczniczych (klimatoterapia, przyrodolecznictwo), zasobną w naturalne tworzywa lecznicze (np. borowiny), wyposażoną w budynki i urządzenia czyli infrastrukturę umożliwiającą działalność leczniczą i wypoczynkowo-turystyczną”<sup>83</sup>. Zbliżona jest definicja Polskiego Komitetu Normalizacyjnego, która uznaje za uzdrowisko obszar mający złoża naturalnych surowców leczniczych, dostęp do wody morskiej i klimat o właściwościach leczniczych (albo jeden z tych czynników) oraz zakłady urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego, jak również sprzyjające warunki środowiskowe i sanitarne, w którym prowadzone jest metodyczne leczenie określonych chorób oraz może być prowadzona działalność wypoczynkowo-turystyczna<sup>84</sup>. W literaturze występują również inne ale bardzo podobne określenia, gdzie uzdrowisko to miejscowość lub jej część, w której istnieją udokumentowane warunki do lecznictwa poprzez wykorzystanie leczniczych właściwości złóż mineralnych i źródeł wód leczniczych oraz gazów, peloidów, klimatu, powietrza i wód morskich<sup>85</sup>.

Analizę charakteru miejscowości uzdrowiskowej należy podejmować z uwzględnieniem takich pojęć, jak region, rejon, obszar uzdrowiskowy i turystyczny. Miejscowość uzdrowiskowa czy turystyczna stanowi bowiem integralną część regionu. Otóż zasięg przestrzenny dóbr i usług uzdrowiskowych oraz turystycznych

---

<sup>81</sup> J. Golba: *Stan prawny uzdrowisk polskich w porównaniu ze stanem prawnym uzdrowisk w krajach Unii Europejskiej-wyzwania, jakie stoją przed Rządem i środowiskiem uzdrowiskowym*. „Biuletyn Informacyjny SGU RP”, Krynica 2003, nr 2-3, s.16.

<sup>82</sup> A.S. Kornak, A. Rapacz: *Zarządzanie turystyką i jej podmiotami w miejscowości i regionie*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2001, s.118.

<sup>83</sup> *Nowa Encyklopedia Powszechna*. PWN, Warszawa 1998, t. 6, s.593.

<sup>84</sup> *Uzdrowiska. Terminologia, klasyfikacja i wymagania ogólne*. PN-2001/Z-11000, s.2.

<sup>85</sup> A.S. Kornak: *Uzdrowiska polskie w systemie rynku i zarządzania marketingowego*. Kujawsko-Pomorskie Studium Edukacyjne, Bydgoszcz 1999, s.18.

jest zazwyczaj regionalny bądź ponadregionalny<sup>86</sup>. Już w planie zagospodarowania turystycznego Polski z 1971 roku wprowadzono pojęcie *obszaru turystycznego*, którym jest jednostka przestrzenna o jednorodnym kompleksie walorów i jednakowej ich randze, mająca dobre potencjalne warunki rozwoju turystyki<sup>87</sup>. Jak już wspomniano, przesłanką merytoryczną do uznania miejscowości za uzdrowisko jest stworzenie warunków niezbędnych do prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego oraz działalności wypoczynkowo-turystycznej. Miejscowością uzyskującą status uzdrowiska może być miasto, gmina lub część gminy. Można przyjąć zatem, iż jest to pewien obszar wykraczający poza granice gminy, miasta czy wsi, stanowiący zarazem część regionu turystycznego. Obszar uzdrowiska nie zawsze mieści się w granicach administracyjnych gminy, lecz zajmuje zwykle mniejszą a czasem większą przestrzeń. Dlatego też terytorialny zasięg polskich uzdrowisk lub obszarów ochrony uzdrowiskowej wyznaczony został granicami stref.

### **2.3. Podstawy prawne funkcjonowania oraz źródła finansowania uzdrowisk**

Problematyka uzdrowiskowa w prawie polskim, w przeważającej mierze, przynależy do prawa publicznego, czyli relacji jednostek i organów państwa władczo rozstrzygających o pewnych prawach i obowiązkach, przy możliwości użycia sankcji i przymusu. Pod pojęciem prawa uzdrowiskowego rozumieć należy zespół norm prawa administracyjnego regulujących zasady oraz kierunki prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego, nadzór nad tymże lecznictwem, zasady nadawania oraz odbierania obszarom – w tym gminom – statusu uzdrowiska lub obszaru ochrony uzdrowiskowej wraz z prawami i obowiązkami z tego wypływającymi.

Warunkiem istnienia uzdrowisk w polskiej rzeczywistości jest konieczność określenia odpowiednich ram prawnych działania tych jednostek organizacyjnych. Ze względu na specyfikę zakładów uzdrowiskowych, podstawy prawne dotyczące ich funkcjonowania powinny być jasne, rzetelne i klarowne. Ustawa z 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych daje podstawę prawną funkcjonowania uzdrowisk, które dzięki wysoko wyspecjalizowanej kadrze i ofercie mogą stać się atrakcyjnym produktem turystycznym.

Ustawa o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych uregulowała status naczelnego lekarza uzdrowiska, zasady nadawania statusu uzdrowiska oraz zasady nadzoru nad lecznictwem uzdrowiskowym i uzdrowiskami. Dzięki tej ustawie uzdrowiska i gminy uzdrowiskowe uzyskały także następujące uprawnienia:

- konstytucyjna ochrona, gdyż lecznictwo uzdrowiskowe stało się integralną częścią systemu ochrony zdrowia,
- potencjalne zwiększenie realnych nakładów na lecznictwo uzdrowiskowe, ponieważ od chwili wejścia w życie przepisów ustawy niemożliwe jest kontynuowanie takich usług leczniczych w obiektach położonych poza uzdrowiskami,

---

<sup>86</sup> W.W. Gaworecki: *Turystyka. PWE*, Warszawa 2003, s.238.

<sup>87</sup> *Plan kierunkowy zagospodarowania turystycznego Polski*. Zakład Zagospodarowania Turystycznego, Wrocław 1971, s.25.

- możliwość ochrony swoich walorów uzdrowiskowych (przepisy karne za naruszenie ustawy),
- swoboda w zakresie pozyskiwania (lub nie) statusu uzdrowiska,
- możliwość lokowania inwestycji turystycznych i innych związanych z działalnością turystyczną i uzdrowiskową w strefie „A”,
- możliwość pobierania opłaty uzdrowiskowej z przeznaczeniem na realizację zadań uzdrowiskowych,
- środki w formie dotacji na realizację specyficznych zadań uzdrowiskowych, niewystępujących w innych gminach,
- możliwość utworzenia obszaru ochrony uzdrowiskowej przez miejscowości niebędące uzdrowiskami,
- prawo do uzyskania nazwy określającej rodzaj miejscowości uzdrowiskowej,
- odrębność ustrojowa gmin<sup>88</sup>.

Zgodnie z zapisami ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych za uzdrowisko uznaje się „obszar, na terenie którego prowadzone jest lecznictwo uzdrowiskowe, wydzielony w celu wykorzystania i ochrony znajdujących się na jego obszarze naturalnych surowców leczniczych, spełniających określone warunki, któremu został nadany status uzdrowiska. Zgodnie z jej artykułem 34 ust. 1 status uzdrowiska może być nadany obszarowi, który spełnia łącznie następujące warunki:

- posiada złoża naturalnych surowców leczniczych o potwierdzonych właściwościach leczniczych na zasadach określonych w ustawie;
- ma klimat o właściwościach leczniczych potwierdzonych na zasadach określonych w ustawie;
- na jego obszarze znajdują się zakłady lecznictwa uzdrowiskowego i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego, przygotowane do prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego;
- spełnia wymagania określone w przepisach o ochronie środowiska naturalnego;
- dysponuje infrastrukturą techniczną w zakresie gospodarki wodno-ściekowej, energetycznej oraz transportu zbiorowego, a także prowadzi gospodarkę odpadami.

Obszar, który nie spełnia jednocześnie wszystkich wymienionych warunków, ale spełnia warunki 1, 2, 4 i 5, może być obszarem ochrony uzdrowiskowej przy założeniu, że nadany został mu status takiego obszaru. Obszary uzdrowiska lub obszary ochrony uzdrowiskowej to strefy ochronne wydzielone w celu ochrony czynników leczniczych i naturalnych surowców leczniczych, walorów środowiska naturalnego i urządzeń uzdrowiskowych. Na obszarze uzdrowiska lub obszarze ochrony uzdrowiskowej wydziela się trzy rodzaje stref ochrony uzdrowiskowej, oznaczone literami „A”, „B”, „C”, jak prezentuje tabela 3. Ustawa o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych reguluje również zakres działalności gospodarczej prowadzonej w poszczególnych strefach. W strefie A zabrania się przede wszystkim lokalizacji zakładów przemysłowych oraz lokalizacji budownictwa wielorodzinnego

---

<sup>88</sup> J. A. Wojnarowski, T. Wołowicz: *Zarządzanie turystyką, hotelarstwem i turystyką uzdrowiskową*. Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości, Nowy Sącz 2008, s.183-184.

i jednorodzinnego z wyjątkiem modernizacji obiektów już istniejących, bez możliwości zwiększenia powierzchni ich zabudowy.

Zabronione jest również uruchamianie pól biwakowych i kempingowych, lokalizacji domków turystycznych i kempingowych, prowadzenia targowisk, z wyjątkiem punktu sprzedaży pamiątek, wyrobów ludowych, produktów regionalnych lub towarów o podobnym charakterze, w formach i miejscach wyznaczonych przez gminę. W strefie tej zabronione jest również prowadzenie działalności rolniczej oraz trzymanie zwierząt gospodarskich w rozumieniu Ustawy z 20 sierpnia 1997 r. o organizacji hodowli i rozrodzie zwierząt gospodarskich. Niemożliwa jest również w tej strefie lokalizacja obiektów mogących znacząco oddziaływać na środowisko naturalne (np. warsztaty samochodowe, wędzarnie ryb, garbarnie, stacje paliw, punkty dystrybucji produktów naftowych, nawozów sztucznych, składowiska odpadów stałych i płynnych, składy opału, a także parkingi w liczbie miejsc postojowych większej niż 10% miejsc sanatoryjnych w obiekcie). Znaczne obostrzenia w ustawie dotyczą również działalności kulturalno-rozrywkowej. Zabronione jest organizowanie imprez masowych w rozumieniu Ustawy z 22 sierpnia 1997 r. o bezpieczeństwie imprez masowych zakłócających proces leczenia uzdrowiskowego i działalności o charakterze rozrywkowym zakłócającej ciszę nocną (z wyjątkiem imprez masowych znajdujących się w harmonogramie imprez gminnych) oraz organizacji rajdów samochodowych i motorowych. W strefie A zabrania się wykonywania wszystkich czynności ujętych w wykazie dla strefy ochronnej B i C.

Obostrzenia dotyczące strefy B nie są tak rygorystyczne, niemniej w strefie tej zabrania się lokalizacji nowych i rozbudowy istniejących zakładów przemysłowych, punktów skupu złomu i punktów skupu produktów rolnych, stacji paliw lub innych urządzeń emitujących fale elektromagnetyczne mogące znacząco oddziaływać na środowisko bliżej niż 500 m od granicy obszaru strefy ochronnej A, uruchamiania punktów dystrybucji składowania środków chemicznych, produktów naftowych i innych artykułów uciążliwych dla środowiska.

**Tabela 3**  
**Strefy ochrony uzdrowiskowej**

<b>Strefa „A”</b>	Obejmuje obszar, na którym są zlokalizowane lub planowane zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego, a także inne obiekty służące lecznictwu uzdrowiskowemu lub obsłudze pacjenta, w zakresie nieutrudniającym funkcjonowanie lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: pensjonaty, restauracje lub kawiarnie, dla której udział terenów zieleni wynosi nie mniej niż 75%.
<b>Strefa „B”</b>	Dla której udział terenów biologicznie czynnych wynosi nie mniej niż 55%, obejmując obszar przyległy do strefy „A” i stanowiąc jej otoczenie, który jest przeznaczony dla niemających negatywnego wpływu na właściwości lecznicze uzdrowiska lub obszaru ochrony uzdrowiskowej oraz nieuciążliwych dla pacjentów obiektów usługowych, turystycznych, w tym hoteli, rekreacyjnych, sportowych i komunalnych, budownictwa mieszkaniowego oraz innych związanych z zaspokajaniem potrzeb osób przebywających na tym obszarze lub objęty granicami parku narodowego lub rezerwatu przyrody albo jest lasem, morzem lub jeziorem.
<b>Strefa „C”</b>	Dla której udział terenów biologicznie czynnych wynosi nie mniej niż 45%, obejmując obszar przyległy do strefy „B” i stanowiąc jej otoczenie, zajmuje obszar mający wpływ na zachowanie walorów krajobrazowych, klimatycznych oraz ochronę złóż naturalnych surowców leczniczych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie strony internetowej Ministerstwa Zdrowia [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) (Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, Wydział Uzdrowisk).

Zabrania się lokalizacji parkingów o wielkości powyżej 50 miejsc postojowych dla samochodów osobowych, dostawczych i autobusów. Nie można w tej strefie

pozyskiwać surowców mineralnych innych niż naturalne surowce lecznicze, prowadzić robót melioracyjnych mających na celu niekorzystną zmianę istniejących stosunków gruntowo-wodnych, a także dokonywać wyciętu drzew leśnych i parkowych, z wyjątkiem cięć sanitarnych.

W strefie C zabronione jest natomiast prowadzenie działań mających wpływ na fizjografię uzdrowiska i jego założenia przestrzenne lub właściwości lecznicze klimatu oraz działań powodujących niekorzystną zmianę stosunków wodnych, lokalizacji nowych uciążliwych obiektów budowlanych, w tym zakładów przemysłowych oraz nieplanowanego wyciętu drzew.

Warunkiem koniecznym otrzymania przez gminę statusu uzdrowiska jest wcześniejsze uzyskanie statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej, a w celu prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego niezbędne jest sporządzenie operatu uzdrowiskowego. Wcześniej gmina musi uzyskać (w formie świadectwa) potwierdzenie spełnienia warunków niezbędnych do otrzymania statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej. W operacie gmina jest zobowiązana przedstawić charakterystykę obszaru, ze szczególnym uwzględnieniem dostępności na tym terenie naturalnych obszarów surowców leczniczych. Operat musi być przedstawiony w dwóch częściach – pisemnej oraz graficznej. W części pisemnej powinny znajdować się wszystkie podstawowe dane dotyczące danej gminy oraz opis warunków. Część graficzna obejmuje mapy obszaru z zaznaczeniem poszczególnych planowanych stref ochronnych. Operat jest przedstawiany właściwemu ministrowi do spraw zdrowia, który po sprawdzeniu i zweryfikowaniu przedstawionych w nim informacji stwierdza spełnienie warunków koniecznych do nadania statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej. Stwierdzenie nadania statusu uzdrowiska następuje w drodze decyzji o potwierdzeniu możliwości prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego. Spełnienie jednak niektórych postulatów przez gminy jest procesem bardzo żmudnym, szczególnie dotyczy to obszarów pozwalających na wyodrębnienie stref ochronnych. Dlatego zdarza się, że gminy przez wiele lat nie są w stanie sprostać odpowiednim wymaganiom.

W myśl ustawy uzdrowiskowej, *lecznictwo uzdrowiskowe* – to zorganizowana działalność, polegająca na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, prowadzona w uzdrowisku przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego przy wykorzystaniu warunków naturalnych, jak właściwości naturalne surowców leczniczych, właściwości lecznicze klimatu oraz mikroklimatu, a także towarzyszące temu zabiegi fizykalne<sup>89</sup>. W skład urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego należy wliczyć: pijalnie uzdrowiskowe, tężnie, parki, ścieżki ruchowe, urządzone odcinki wybrzeża morskiego, lecznicze i rehabilitacyjne baseny uzdrowiskowe.

*Zakład lecznictwa uzdrowiskowego – formalnie przedsiębiorstwo uzdrowiskowe* – jest to zakład opieki zdrowotnej w rozumieniu Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, w ramach kierunków leczniczych i przeciwwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska. Zakładami lecznictwa uzdrowiskowego są: szpitale uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, prewentoria

---

<sup>89</sup> Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych. Dz.U.2005, nr 167, poz.1399.

uzdrowiskowe dla dzieci oraz przychodnie uzdrowiskowe<sup>90</sup>. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przy wykorzystaniu naturalnych surowców leczniczych należy do zadań *zakładu przyrodoleczniczego*, który jest jednostką organizacyjną zakładu lecznictwa uzdrowiskowego.

*Szpital uzdrowiskowy* jest zakładem opieki zdrowotnej przeznaczonym dla chorych hospitalizowanych wymagających codziennej, systematycznej kontroli lekarskiej<sup>91</sup>. Prowadzone leczenie ma charakter kompleksowy, w którym dominującym elementem są zabiegi przyrodolecznicze. Szpital uzdrowiskowy stanowi samodzielną jednostkę lub wchodzi w skład zespołu jednostek, pełni funkcje lecznicze, rehabilitacyjne oraz edukacyjne dla chorych o określonych wskazaniach leczniczych. Do zadań szpitala uzdrowiskowego należy w szczególności zapewnienie pacjentowi udzielania całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych, całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, realizacji przewidzianych programem leczenia zabiegów przyrodolecznicznych i leczenia farmakologicznego, korzystania z naturalnych surowców leczniczych oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego oraz edukacji zdrowotnej.

*Sanatorium uzdrowiskowe* jest zakładem opieki zdrowotnej dla pacjentów przewlekle chorych, którzy wymagają systematycznej obserwacji lekarskiej i pielęgniarskiej. Podstawowymi elementami kompleksowego leczenia w sanatorium jest: dieta, balneokinezyterapia, fizykoterapia, kinezyterapia, farmakoterapia i edukacja zdrowotna. Sanatorium pełni funkcje lecznicze, rehabilitacyjne, edukacyjne i profilaktyczne dla chorych mających określone wskazania. Do zadań sanatorium uzdrowiskowego należy w szczególności zapewnienie pacjentowi udzielania całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych, opieki lekarskiej i całodobowej opieki pielęgniarskiej, realizacji przewidzianych programem leczenia zabiegów przyrodolecznicznych z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego, świadczeń profilaktycznych oraz edukacji zdrowotnej. Świadczenia lecznictwa uzdrowiskowego prowadzonego w sanatorium określone są jako usługa uzdrowiskowa stacjonarna lub usługa sanatoryjna. Termin *usługa sanatoryjna* rozumiany jest podmiotowo jako zespół świadczeń udzielanych przez sanatorium.

Do zadań *przychodni uzdrowiskowej* należy w szczególności zapewnienie pacjentowi ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych, z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych zleconych przez lekarza oraz edukacji zdrowotnej. Szpital uzdrowiskowy i sanatorium uzdrowiskowe udzielają świadczeń opieki zdrowotnej, m.in. osobom objętym obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz zapewniają warunki do prowadzenia również nauczania i wychowania w zakresie i na zasadach określonych w ustawie o systemie oświaty<sup>92</sup>. W tego typu zakładach opieki zdrowotnej prowadzone jest – w ramach gwarantowanych świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego – leczenie stacjonarne w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych oraz leczenie

---

<sup>90</sup> Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Dz.U.2007, nr 14, poz. 89, art. 2 ust.1.

<sup>91</sup> I. Ponikowska: *Kompendium balneologii. Kierunki i wskazania do leczenia uzdrowiskowego*. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2001, s.34.

<sup>92</sup> Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty. Dz. U. 2004, nr 256, poz. 2572, art. 71c, ust 1.

ambulatoryjne prowadzone przez przychodnie uzdrowskowe lub lekarza kwalifikowanego<sup>93</sup>.

Zakłady lecznictwa uzdrowskowego prowadzą również działalność gospodarczą w zakresie świadczenia usług leczniczych oraz innych usług komplementarnych. Działalność ta wyróżniana jest ze względu na podstawowego odbiorcę usług, czyli osobę nieskierowaną na leczenie, ale przebywającą tam komercyjnie, z własnej inicjatywy. Biorąc pod uwagę rodzaj usług świadczonych przez przedsiębiorstwa uzdrowskowe, ich komercyjną działalność można podzielić na podstawową (tj. świadczenia i konsultacje w zakresie leczenia uzdrowskowego) oraz pomocniczą (czyli komplementarną, tj. zakwaterowanie, gastronomia itp.). Dlatego można uznać, iż *przedsiębiorstwa uzdrowskowe* to również podmioty gospodarcze, których działalność jest ściśle związana z organizacją i odpłatnym świadczeniem usług uzdrowskowych pacjentom (kuracjuszom). W tym rozumieniu udzielanie świadczeń lecznictwa uzdrowskowego pełni funkcję niematerialnego elementu produktu uzdrowskowego (usługi). Natomiast biorąc pod uwagę fakt, iż pacjent może być turystą, to realizacja zróżnicowanych potrzeb potencjalnych świadczeniobiorców znacząco poszerza profil działalności przedsiębiorstw uzdrowskowych. W takim ujęciu, poza funkcją społeczną pełnioną przez placówki uzdrowskowe, ujawnia się również *funkcja gospodarcza* współczesnych przedsiębiorstw uzdrowskowych, gdyż ich działalność pozastatutową można zdefiniować jako usługi w zakresie turystyki zdrowotnej w uzdrowskach. Przedsiębiorstwa te funkcjonują zatem jako zakłady opieki zdrowotnej, a zarazem podejmują działalność komercyjną.

Potrzeby rehabilitacji zdrowotnej i tzw. odnowy biologicznej stanowią obok potrzeb leczniczych i opieki długoterminowej dynamicznie rosnącą grupę potrzeb nie tylko w związku ze wzrostem liczebności osób starszych, ale i w związku z koncepcją zdrowego życia i w konsekwencji – *zdrowego starzenia* się całej populacji. Potrzeby te zaspokajane są w różny sposób pod względem organizacyjnym i świadczonych usług. Rozwijają się usługi rehabilitacyjne, coraz częściej organizowane przez zakłady niepubliczne, powstają prywatne placówki typu *spa* oraz restrukturyzowane są tradycyjne sanatoria, oferujące leczenie uzdrowskowe.

Świadczenia zdrowotne w zakładach lecznictwa uzdrowskowego udzielane są pacjentom na podstawie wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego: skierowania na leczenie uzdrowskowe lub zaświadczenia o braku przeciwwskazań do korzystania z danego rodzaju świadczeń zdrowotnych w danym uzdrowsku<sup>94</sup>.

Lekarz wystawiający skierowanie na leczenie uzdrowskowe albo zaświadczenie o braku przeciwwskazań do korzystania ze świadczeń zdrowotnych uwzględnia przebieg choroby będącej podstawą do leczenia uzdrowskowego, przebieg jej leczenia, choroby współistniejące, stan ogólny pacjenta, efekty przebytego w przeszłości leczenia uzdrowskowego, jeżeli pacjent po raz kolejny korzysta z tej formy opieki. W przypadku osób dorosłych zalecana częstotliwość korzystania z leczenia uzdrowskowego wynosi nie więcej niż raz na 12 miesięcy. Wyjątkiem od tej reguły jest leczenie uzdrowskowe polegające na pobycie świadczeniobiorcy

<sup>93</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowskowego. Dz.U. 2009, nr 223, poz. 1793, art. 3.

<sup>94</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lutego 2007 r. w sprawie zasad kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowskowego. Dz. U. 2007, nr 44, poz. 285, art. 1,2.

w szpitalu uzdrowiskowym lub leczenie uzdrowiskowe w formie rehabilitacji uzdrowiskowej. W myśl ustawy leczenie uzdrowiskowe przysługuje ubezpieczonemu na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Okres pobytu na leczeniu uzdrowiskowym dla osób dorosłych wynosi dla leczenia: w szpitalu i sanatorium uzdrowiskowym – 21 dni (okres może być wydłużony na wniosek lekarza zakładu lecznictwa uzdrowiskowego, za zgodą oddziału NFZ), dla leczenia uzdrowiskowego w formie rehabilitacji uzdrowiskowej w szpitalu uzdrowiskowym – 28 dni oraz leczenia ambulatoryjnego – do 18 dni zabiegowych<sup>95</sup>. Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe wymaga potwierdzenia przez oddział wojewódzki NFZ. Kwalifikacji dokonuje zespół lekarzy o specjalizacji balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej.

Pobyt uzdrowiskowy dotyczy również rehabilitacji jako świadczenia z ubezpieczeń społecznych. Zadania związane z kierowaniem na pobyt do ośrodków realizujących usługi rehabilitacyjne formułuje akt wykonawczy do ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych w postaci Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne. Rozporządzenie definiuje szczegółowe zasady i tryb kierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych<sup>96</sup>.

Rozpatrując ubezpieczeniowe aspekty prawne związane z pobytem uzdrowiskowym, należy wspomnieć także o ubezpieczeniu społecznym rolników. Ustawa formułuje koncepcję powiązania ubezpieczenia społecznego rolników z prewencją i rehabilitacją. Wśród działań, jakie podejmuje Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) na rzecz pomocy ubezpieczonym i osobom uprawnionym do świadczeń z ubezpieczenia wyróżnić można: kierowanie na rehabilitację leczniczą, prowadzenie zakładów rehabilitacji leczniczej oraz wspieranie rozwoju rehabilitacji ambulatoryjnej na obszarach wiejskich. Jedną z instytucji kierujących do uzdrowisk na leczenie i rehabilitację jest ponadto Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PEFRON)<sup>97</sup>.

Po wejściu Polski do Unii Europejskiej niektóre zachodnie instytucje ubezpieczeniowe, w tym głównie niemieckie kasy chorych, zaczęły wysyłać pacjentów na pobyty sanatoryjne do uzdrowisk polskich (przede wszystkim nadmorskich i zachodnich).

Artykuł 18 Ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej ustanawia nadzór nad lecznictwem uzdrowiskowym. Sprawuje go właściwy minister do spraw zdrowia. Natomiast nadzór w odniesieniu do lecznictwa uzdrowiskowego prowadzonego w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego utworzonych przez ministra obrony narodowej i ministra spraw wewnętrznych,

---

<sup>95</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz. U. 2004, nr 210, poz. 2135 oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie leczenia uzdrowiskowego. Dz. U. 2004, nr 274, poz. 2724.

<sup>96</sup> Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne. Dz. U. 2001.

<sup>97</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dz. U. 1997, nr 123, poz. 776.



odpowiednio ci ministrowie w porozumieniu z ministrem do spraw zdrowia. Osobą nadzorującą leczenie uzdrowiskowe w imieniu wojewody jest naczelny lekarz uzdrowiska. Realizację zadań ministra zdrowia w zakresie leczenia uzdrowiskowego sprawuje: Ministerstwo Zdrowia, Departament Organizacji Ochrony Zdrowia Wydział Uzdrawisk. Właściwy minister do spraw zdrowia ma za zadanie przede wszystkim dbać o odpowiednie standardy leczenia uzdrowiskowego. Wykaz szczegółowych zadań i uprawnień ministra zdrowia przedstawia tabela 4. Do jego zadań z jednej strony należy wytyczanie kierunków działalności uzdrowisk, kierunków leczenia dla poszczególnych uzdrowisk w oparciu o naturalne zasoby, którymi dysponuje dane uzdrowisko, oraz określanie wymagań dotyczących zakładów leczenia uzdrowiskowego. Natomiast z drugiej zobowiązany jest do uzgadniania planów zagospodarowania przestrzennego dla stref ochronnych oraz ustalania zasad kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów leczenia uzdrowiskowego.

**Tabela 4**

**Wykaz zadań i uprawnień Ministra Zdrowia w zakresie nadzoru nad leczeniem uzdrowiskowym**

Zadania Ministra Zdrowia	Uprawnienia Ministra Zdrowia w ramach nadzoru
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wytyczanie kierunków działalności uzdrowisk w zakresie leczenia uzdrowiskowego;</li> <li>• Ustalanie kierunków leczniczych dla poszczególnych uzdrowisk w oparciu o naturalne surowce o potwierdzonych właściwościach leczniczych i klimat;</li> <li>• Monitorowanie zachowania warunków leczniczych i środowiskowych warunkujących przyznanie i utrzymanie statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej;</li> <li>• Określanie wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady leczenia uzdrowiskowego i urzędzenia leczenia uzdrowiskowego;</li> <li>• Potwierdzanie spełnienia warunków koniecznych do nadania danemu obszarowi statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej na podstawie operatu uzdrowiskowego;</li> <li>• Opracowanie wzorcowego statutu uzdrowiska i wzorcowego statutu obszaru ochrony uzdrowiskowej;</li> <li>• Występowanie do Prezesa Rady Ministrów o nadanie danemu obszarowi statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej lub pozbawianie danego obszaru takiego statusu;</li> <li>• Uzgadnianie planów zagospodarowania przestrzennego dla stref ochrony uzdrowiskowej;</li> <li>• Ustalanie zasad kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów leczenia uzdrowiskowego;</li> <li>• Rozpatrywanie odwołań od decyzji wojewody.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocena zgodności leczenia uzdrowiskowego z kierunkami leczniczymi;</li> <li>• Żądanie udostępnienia dokumentów związanych z działalnością zakładów leczenia uzdrowiskowego oraz zapoznawania się z ich treścią;</li> <li>• Żądanie przekazania wszelkich informacji i wyjaśnień dotyczących działalności zakładów leczenia uzdrowiskowego;</li> <li>• Przeprowadzanie kontroli na terenie zakładów leczenia uzdrowiskowego i żądania wyjaśnień potrzebnych dla oceny ich działalności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz funkcjonowania zakładów leczenia uzdrowiskowego.</li> </ul>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BIP, strony internetowej Ministerstwa Zdrowia [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) (Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, Wydział Uzdrawisk).

Obowiązkiem gminy, na której terenie znajduje się uzdrowisko, jest przedstawienie operatu uzdrowiskowego (nie rzadziej niż na 10 lat) celem potwierdzenia spełnienia wymagań określonych w ustawie uzdrowiskowej. Jeżeli na podstawie złożonego operatu właściwy minister stwierdzi nieprawidłowości, jednocześnie wyznacza termin ich usunięcia, przy czym nie może on być dłuższy niż 5

lat. Jeśli nie nastąpi usunięcie wykazanych nieprawidłowości, to właściwy minister występuje do Rady Ministrów o pozbawienie danego obszaru statusu uzdrowiska.

Zasady finansowania lecznictwa uzdrowiskowego według ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym stanowią, że świadczenia zdrowotne udzielane w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego są finansowane ze środków pochodzących z Narodowego Funduszu Zdrowia, które są jednym z ważniejszych źródeł finansowania pobytów w uzdrowiskach. Niemniej jednak ustawa reguluje również inne formy finansowania lecznictwa uzdrowiskowego. Są nimi:

- wydzielona działalność gospodarcza zakładu lecznictwa uzdrowiskowego, jeżeli jego statut przewiduje prowadzenie takiej działalności;
- darowizny, zapisy, spadki oraz ofiarność publiczna, także pochodzenia zagranicznego;
- inne środki finansowe przekazywane w trybie i na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

Pomimo zwiększania rokrocznie budżetu w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w latach 1999-2010, udział NFZ w finansowaniu działalności uzdrowiskowej był mniejszy, niż we wcześniejszym systemie budżetowym. Należy zauważyć, że co roku zwiększają się również kwoty (poza 2010 rokiem), które NFZ przeznacza na funkcjonowanie uzdrowisk (tabela 5).

Poza wzrostem dopłat do kierowanych pobytów z NFZ, przedsiębiorstwa uzdrowiskowe chcąc chociaż częściowo rozwiązać problem niskiego finansowania lecznictwa uzdrowiskowego ze skierowań, zmuszone zostały do poszukiwania gości komercyjnych, czyli kuracjuszy, a także turystów nierzadko przebywających w uzdrowiskach.

Ustawa o lecznictwie uzdrowiskowym dopuszcza bowiem możliwość świadczenia zorganizowanego lecznictwa uzdrowiskowego osobom innym aniżeli świadczeniobiorcy korzystający z lecznictwa uzdrowiskowego na zasadach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

**Tabela 5**

***Koszty NFZ w zakresie finansowania lecznictwa uzdrowiskowego***

Lata	Kwoty dofinansowania na lecznictwo uzdrowiskowe w tys. zł	Roczne tempo w %
2005	340 402	..
2006	346 363	1,8
2007	375 325	8,4
2008	475 408	26,7
2009	636 473	33,9
2010	536 614	-15,7
2011	573 486 <sup>a)</sup>	6,9

a) Dane szacunkowe na podstawie analiz NFZ.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BIP, strony internetowej Ministerstwa Zdrowia.

W 2007 roku Narodowy Fundusz Zdrowia zwiększył liczbę kontraktowanych usług, jednocześnie spółki uzdrowiskowe podwyższyły ceny swoich usług.

Zwiększona kontraktacja spowodowała znaczny wzrost liczby kuracjuszy, co doprowadziło do poprawy kondycji ekonomiczno-finansowej uzdrowisk i zakładów uzdrowiskowych.

Znacznym dochodem dla spółek uzdrowiskowych przyczyniających się do poprawy ich kondycji finansowej jest tzw. opłata uzdrowiskowa oraz opłata miejscowa. *Opłata uzdrowiskowa* jest pobierana od osób fizycznych przebywających dłużej niż jedną dobę w celach zdrowotnych, turystycznych, wypoczynkowych lub szkoleniowych w miejscowościach ze statusem uzdrowiska za każdy dzień pobytu w takich miejscowościach. Gminy uzdrowiskowe same ustalają i pobierają opłatę uzdrowiskową, której maksimum jest ustalane w kolejnych nowelizacjach ustawy (w roku 2012 wynosiła 3,33 zł za dzień pobytu kuracjusza). Natomiast *opłata miejscowa* jest pobierana od osób fizycznych przebywających dłużej niż dobę w celach turystycznych, wypoczynkowych lub szkoleniowych w miejscowościach posiadających korzystne walory krajobrazowe oraz miejscowościach, którym nadano status obszaru ochrony uzdrowiskowej. Polskie spółki uzdrowiskowe mogą również starać się o różnego rodzaju tzw. dotacje pomostowe.

Ograniczone finansowanie lecznictwa uzdrowiskowego przyczyniło się z jednej strony do upadku lub pogorszenia się sytuacji ekonomicznej wielu jednostek uzdrowiskowych, z drugiej zaś stało się jednym z powodów prywatyzacji spółek uzdrowiskowych. *Prywatyzacja* oznacza proces transformacji własności państwowej we własność niepaństwowych osób prawnych lub fizycznych w następujący sposób<sup>98</sup>:

- udostępnienie osobom trzecim akcji bądź udziałów w spółkach z wyłącznym udziałem Skarbu Państwa, powstałych z przekształcenia przedsiębiorstw państwowych,
- udostępnienie osobom trzecim mienia przedsiębiorstw państwowych,
- likwidacja i sprzedaż przedsiębiorstw państwowych.

Procesy prywatyzacji reguluje ustawa o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych z dnia 30 sierpnia 1996 r.<sup>99</sup>. Zgodnie z przepisami ustawy, prywatyzacja polega na:

- zbywaniu należących do skarbu Państwa akcji lub udziałów spółek powstałych w wyniku komercjalizacji, czyli przekształceniu przedsiębiorstw państwowych – działających według ustawy o przedsiębiorstwach państwowych – w spółki Skarbu Państwa działające na zasadach rynkowych (według Kodeksu handlowego),
- rozporządzeniu wszystkimi składnikami materialnymi i niematerialnymi majątku przedsiębiorstwa państwowego lub spółki powstałej w wyniku komercjalizacji przez sprzedaż przedsiębiorstwa, wniesienie do spółki lub oddanie do odpłatnego korzystania.

Reforma służby zdrowia rozpoczęta w 1999 roku dotyczyła Zakładów Lecznictwa Uzdrowiskowego, które funkcjonowały do tego roku pod nazwą: Państwowe Przedsiębiorstwa Uzdrowiskowe (PPU). Spółki uzdrowiskowe powstały w wyniku przekształcenia uzdrowiskowych przedsiębiorstw państwowych na drodze ustawowej (na podstawie ustawy z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji).

<sup>98</sup> *Leksykon prywatyzacji*. Polskie Wydawnictwa Ekonomiczne, Warszawa 1998.

<sup>99</sup> Ustawa z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji. Dz. U.1996, Nr 118, poz. 561.

Nadzór nad działalnością leczniczą zakładów uzdrowiskowych – jak już podkreślano – pełni Ministerstwo Zdrowia, jednak nadzór właścicielski nad przedsiębiorstwami uzdrowiskowymi ze względu na prywatyzację wybranych zakładów uzdrowiskowych pełni Minister Skarbu. Minister Skarbu Państwa sprawował w 2008 r. nadzór właścicielski wobec 25 spółek uzdrowiskowych, z czego 24 to jednoosobowe spółki Skarbu Państwa, a w jednej Skarb Państwa był udziałowcem mniejszościowym. Tym samym uzgodnienie wielu kluczowych ustaleń w rozwoju przedsiębiorstw uzdrowiskowych wymaga konsensusu obu ministerstw, a czasem również Ministra Sportu i Turystyki jako organu odpowiedzialnego za turystykę.

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Skarbu z dnia 20 lipca 2007 r. *w sprawie wykazu zakładów lecznictwa uzdrowiskowego prowadzonych w formie jednoosobowych spółek Skarbu Państwa, które nie będą podlegać prywatyzacji* (Dz. U. 2007 nr146, poz.1026), dokonano aktualizacji koncepcji prywatyzacji spółek uzdrowiskowych, dokonując ich podziału na trzy następujące grupy<sup>100</sup>:

- przedsiębiorstwa uzdrowiskowe o szczególnym znaczeniu dla państwa, tzw. uzdrowiska narodowe, czyli spółki wyłączone z procesu prywatyzacji (Ciechocinek, Kołobrzeg, Łądek-Długopole, Szczawno, Jedlina, Świnoujście, Rymanów, Polanica, Ustroń, Busko-Zdrój, Krynica-Żegiestów);
- przedsiębiorstwa uzdrowiskowe, co do prywatyzacji których należy zastosować podejście indywidualne ze względu na unikatowe zasoby naturalne oraz położenie i znaczenie dla miejscowości, w których są zlokalizowane (zakłady znajdujące się w uzdrowiskach: Cieplice, Połczyn, Horyniec, Ustka, Świeradów, Wysowa i Inowrocław); podejście indywidualne polega na zachowaniu przez Skarb Państwa większościowego pakietu akcji przez okres co najmniej 5 lat (kontrola nad spółkami, szczególnie nad eksploatacją złóż naturalnych);
- przedsiębiorstwa uzdrowiskowe, przeznaczone do prywatyzacji (pozostałe spółki uzdrowiskowe).

Zgodnie z Ustawą z 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji pierwszym etapem procesu prywatyzacyjnego jest komercjalizacja przedsiębiorstw odbywająca się przez przekształcenie PPU w jednoosobowe spółki Skarbu Państwa, dopiero w drugim etapie następuje właściwa prywatyzacja. Potrzebę prywatyzacji motywuje się chęcią zapewnienia wysokiej jakości usług świadczonych przez spółki i powszechnej dostępności społeczeństwa do świadczeń zdrowotnych lecznictwa uzdrowiskowego. Przewiduje się, iż dokapitalizowane przez prywatnego inwestora spółki będą mogły szybciej się rozwijać i skutecznie konkurować na rynku usług medycznych zapewniając wysoką jakość świadczeń. Zaszeregowanie spółek uzdrowiskowych do poszczególnych grup nastąpiło według następujących kryteriów:

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

---

<sup>100</sup> Informacja o wynikach kontroli realizacji strategii prywatyzacji uzdrowiskowych spółek Skarbu Państwa. NIK, Warszawa 2010, s.19.

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

W Polsce struktura własnościowa uzdrowisk w 2010 roku przedstawiała się następująco: 48% znajdowało się w rękach Skarbu Państwa (uzdrowiskowe spółki akcyjne Skarbu Państwa), 19% należało do związków zawodowych, natomiast 12% do dawnych branżowych służb zdrowia PKP, MON, MSWiA, 17% do zakładów pracy i KRUS, 4% znajdowało się w rękach prywatnych<sup>101</sup>. Ten ostatni wskaźnik w latach 2011-2012 wyraźnie wzrósł. Wobec takiej struktury własnościowej rozwój zdrojownictwa zależy od polityki państwa oraz polityki regionalnej. Prywatyzacja uzdrowisk pociąga za sobą nie tylko wzrost znaczenia w tej dziedzinie prywatnego biznesu, ale także zwiększenie roli samorządów gminnych w rozwoju lokalnym.

W latach 2010-2011 zostały zakończone procesy prywatyzacyjne dotyczące 13 spółek. Łączna kwota uzyskana ze sprzedaży wyniosła ok. 473 mln zł<sup>102</sup>. Sprzedaż akcji i udziałów nastąpiła w trybie artykułu ustawy o komercjalizacji i prywatyzacji, natomiast w roku 2010 sfinalizowano prywatyzację 8 spółek, jak prezentuje tabela 6.

**Tabela 6**  
**Wykaz spółek uzdrowiskowych sprywatyzowanych w 2010 roku**

Nazwa spółki	Udział sprzedanych akcji w %	Kwota sprzedaży w tys. zł	Struktura w %
Uzdrowisko Ustka Sp. z o.o.	92,77	14 028	4,03%
Uzdrowisko Kraków Swoszowice Sp. z o.o.	92,44	18 090	5,19%
Uzdrowisko Inowrocław Sp. z o.o.	92,42	20 527	5,89%
Przedsiębiorstwo Uzdrowiskowe Ustroń Sp. z o.o.	90,77	90 505	25,99%
Uzdrowisko Wieniec Sp. z o.o.	93,00	12 167	3,49%
Uzdrowisko Cieplice Sp. z o.o.	89,71	29 315	8,42%
Zespół Uzdrowisk Kłodzkich S.A.	90,09	138 227	39,69%
Uzdrowisko Połczyn S.A.	89,91	26 426	7,59%
Łączna kwota ze sprzedaży		348 288	100%

Źródło: Opracowanie własne.

W roku 2011 kontynuowano prywatyzację spółek uzdrowiskowych, czego wynikiem było sfinalizowanie sprzedaży 5 spółek (tabela 7).

<sup>101</sup> A. Kaczmarska: *Uwarunkowania i tendencje zmian rozwoju uzdrowisk w Polsce*, W: A.R. Szromka (red): *Uzdrowiska i ich znaczenie w gospodarce turystycznej*. PROKSENIA, Kraków 2010, s. 63-64.

<sup>102</sup> Na podstawie informacji T. Lenkiewicza, Podsekretarza Stanu Ministerstwa Skarbu Państwa – przygotowana dla uczestników XXI Kongresu Uzdrowisk Polskich, Szczawnica 17-19.06.2012 r.

**Tabela 7****Wykaz spółek uzdrowiskowych sprywatyzowanych w 2011 roku**

Nazwa spółki	Udział sprzedanych akcji w %	Kwota sprzedaży w tys. zł	Struktura w %
Uzdrowisko Przerzeczyn Sp. z o.o.	85,72	3 301	2,67%
Uzdrowisko Świeradów-Czerniawa Sp. z o.o.	87,74	21 000	16,96%
Uzdrowisko Kamień Pomorski Sp. z o.o.	89,5	9 291	7,50%
Uzdrowisko Konstancin-Zdrój Sp. z o.o.	95,25	75 000	60,55%
Uzdrowisko Iwonicz S.A.	90,86	15 264	12,32%
Łączna kwota ze sprzedaży		123 856	100%

Źródło: Opracowanie własne.

Zgodnie z zaproponowanym przez Ministra Skarbu Państwa i przyjęty przez Radę Ministrów Planem prywatyzacji na lata 2012-2013 prowadzi się dalsze prace nad prywatyzacją kolejnych spółek uzdrowiskowych: prace dotyczą zbycia akcji bądź udziałów Uzdrowiska Horyniec Sp. z o.o., Uzdrowiska Rabka S.A., Uzdrowiska Szczawno-Jedlina S.A. oraz Uzdrowiska Wysowa S.A. W 2012 roku Minister Skarbu Państwa w porozumieniu z Ministrem Zdrowia podjął działania mające na celu zmianę rozporządzenia z dnia 8 października 2008 r. w sprawie wykazu zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, które nie będą podlegać prywatyzacji<sup>103</sup>. Rozporządzenie zawiera wykaz 7 spółek, które nie podlegają prywatyzacji. Projekt zmieniający rozporządzenie zawierał zapis wyrażający zgodę na prywatyzację kolejnych 6 spółek uzdrowiskowych (Uzdrowisko Busko-Zdrój S.A., Przedsiębiorstwo Uzdrowiskowe Ciechocinek S.A., Uzdrowisko Kołobrzeg S.A., Uzdrowisko Łądek-Długopole S.A., Uzdrowisko Rymanów S.A., Uzdrowisko Świnoujście S.A.). Jediną spółką uzdrowiskową, która nie będzie podlegać prywatyzacji to Uzdrowisko Krynica-Żegiestów S.A.

Za dalszą prywatyzacją spółek uzdrowiskowych według Ministra Skarbu Państwa przemawiają argumenty ekonomiczno – finansowe a w szczególności, iż bez dodatkowych nakładów inwestycyjnych spółki mogą mieć trudności w konkurencji z podmiotami finansowanymi przez prywatnych właścicieli. Nie bez znaczenia jest również to, że spółki uzdrowiskowe nie należą do grupy przedsiębiorstw strategicznych. Takie stanowisko wywołało szereg protestów zarówno związków zawodowych jak również parlamentarzystów oraz władz samorządowych<sup>104</sup>. Rozwiązanie, które może pogodzić strony protestu, to przekazanie spółek uzdrowiskowych samorządom wojewódzkim. Pomysł dotyczy 10 spółek – a 6 spółek uzdrowiskowych, które wcześniej były wyłączone z prywatyzacji: Uzdrowiska Busko-Zdrój, Ciechocinek, Kołobrzeg, Łądek-Długopole, Rymanów, Świnoujście oraz 4

<sup>103</sup> Rozporządzenie z dnia 8 października 2008 r. Ministra Skarbu Państwa w sprawie wykazu zakładów lecznictwa uzdrowiskowego prowadzonych w formie jednoosobowych spółek Skarbu Państwa, które nie będą podlegać prywatyzacji. Dz. U. nr 192, poz. 1186.

<sup>104</sup> SLD i OPZZ przeciwne prywatyzacji uzdrowisk. „Gazeta Prawna”, 25.07.2012 r. oraz Państwo wyprzedaje uzdrowiska. Zostaje tylko jedno. „Gazeta Prawna”, 29.07.2012 r.

spółek w stosunku do których proces prywatyzacji został wszczęty: Uzdrowiska Horyniec, Rabka, Szczawno-Jedlina, Wysowa<sup>105</sup>.

W dniu 18 września 2012 r. odbyło się spotkanie Ministra Skarbu Państwa z marszałkami i członkami zarządów województw, które są zainteresowane przejęciem spółek uzdrowiskowych. Dotyczy to województwa świętokrzyskiego (Uzdrowisko Busko-Zdrój S.A.), województwa kujawsko-pomorskiego (Przedsiębiorstwo Uzdrowiskowe Ciechocinek S.A.), województwa zachodniopomorskiego (Uzdrowisko Kołobrzeg S.A., Uzdrowisko Świnoujście S.A.), województwa dolnośląskiego (Uzdrowisko Łądek-Długopole S.A., Uzdrowisko Szczawno-Jedlina S.A.), województwa małopolskiego (Uzdrowisko Rabka S.A., Uzdrowisko Wysowa S.A.), województwa podkarpackiego (Uzdrowisko Rymanów S.A., Uzdrowisko Horyniec). Obecni na spotkaniu marszałkowie i członkowie zarządów województw zadeklarowali chęć przejęcia spółek uzdrowiskowych działających na terenie ich województw. Ustalono plan tryb dalszych prac i zakres niezbędnych analiz ekonomicznych i prawnych, które muszą poprzedzić zmianę właściciela<sup>106</sup>.

Należy postawić pytanie – czy takie rozwiązanie, to jest przekazanie uzdrowisk samorządom wojewódzkim, będzie korzystne dla spółek i ich przyszłości, dla pracowników, kuracjuszy ale również dla społeczności lokalnej. Do pozytywnych aspektów takiego rozwiązania należy zaliczyć:

- kontynuację działalności podstawowej spółki związanej z lecznictwem uzdrowiskowym i eksploatacją kopalni,
- możliwość pozyskania środków finansowych zewnętrznych w ramach programów operacyjnych,
- wpływ na rozwój społeczności lokalnej – aspekt obywatelski oraz gospodarczy,
- możliwości rozwoju spółki – poszerzenie oferty wypoczynkowej i oferty handlowej.

Do negatywnych aspektów trzeba zaliczyć próby podporządkowania funkcjonowania spółek doraźnym celom politycznym oraz ograniczenie działalności zakresu funkcjonowania przy niskich nakładach na lecznictwo uzdrowiskowe (ze względu na skromne budżety województw). Zakończenie procesu prywatyzacji spółek uzdrowiskowych w zaplanowanym kształcie prawdopodobnie ograniczy dostępność świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego – co byłoby oczywiście niekorzystne – oraz sprawi, iż potencjał lecznictwa uzdrowiskowego będący obecnie w dyspozycji państwa ulegnie znacznemu zmniejszeniu, co z kolei w warunkach deregulacji gospodarki należy uznać za zmianę pozytywną.

#### **2.4. Rozmieszczenie i klasyfikacja uzdrowisk**

Ustawa o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach, gminach oraz obszarach uzdrowiskowych nie dokonuje klasyfikacji uzdrowisk. Ich podział został natomiast przeprowadzony przez Polski Komitet Normalizacyjny. Klasyfikacja uzdrowisk według PKN uwzględnia trzy kryteria i przedstawia się następująco<sup>107</sup>:

- Klasyfikacja według *surowców leczniczych* posiadanych przez uzdrowisko:

<sup>105</sup> Uzdrowiska trafią pod skrzydła samorządowców. „Gazeta Prawna”, 12.09.2012 r.

<sup>106</sup> Komunikat prasowy Ministra Skarbu Państwa z dnia 19 września 2012 r., [www.msp.gov.pl](http://www.msp.gov.pl); Samorządy muszą się spieszyć z uzdrowiskami”. „Gazeta Prawna”, 19.09.2012 r.

<sup>107</sup> *Uzdrowiska*. Terminologia, klasyfikacja i wymagania ogólne. PN-2001/Z-11000, s. 2.

- a) uzdrowisko borowinowe – w którym zabiegi z użyciem borowiny należą do podstawowych w działalności leczniczej,
- b) uzdrowisko klimatyczne – w którym prowadzona jest zorganizowana działalność lecznicza wykorzystująca głównie walory klimatu, potwierdzone badaniami naukowymi i mające terenowe urządzenia do klimatoterapii,
- c) uzdrowisko nadmorskie – w którym do prowadzenia działalności leczniczej wykorzystywane są specyficzne właściwości klimatu nadmorskiego oraz stosowana jest woda morska.
- Klasyfikacja według *kombinacji występujących surowców leczniczych*:
  - a) zdrojowisko<sup>108</sup> klimatyczne,
  - b) uzdrowisko klimatyczne borowinowe,
  - c) zdrojowisko borowinowe,
  - d) zdrojowisko klimatyczne borowinowe.
- Klasyfikacja według *położenia nad poziomem morza*:
  - e) uzdrowisko nizinne – położone na terenie o przeciętnej wysokości bezwzględnej do 300 m n.p.m.,
  - f) uzdrowisko podgórskie – położone na terenie o przeciętnej wysokości bezwzględnej od 300 do 500 m n.p.m.,
  - g) uzdrowisko górskie – położone na terenie o przeciętnej wysokości bezwzględnej od 500 do 700 m n.p.m.,
  - h) uzdrowisko wysokogórskie – położone na terenie o przeciętnej wysokości bezwzględnej powyżej 700 m n.p.m.

Przedstawiona klasyfikacja uzdrowisk ze względu na naturalne surowce lecznicze pozwala na wyodrębnienie profilu leczniczego, a więc rodzaju schorzeń, a w związku z tym produktów leczniczych stosowanych w danym uzdrowisku. Z kolei klasyfikacja przeprowadzona ze względu na położenie uzdrowisk nad poziomem morza daje możliwość określenia produktów turystycznych występujących na danym obszarze. Klasyfikacje uzdrowisk, jakie można spotkać w krajach europejskich, nieznacznie różnią się od polskich, co wiąże się z trochę innym rozumieniem uzdrowisk w Europie. Według danych Ministerstwa Zdrowia, w Polsce funkcjonuje 45 uzdrowisk statutowych<sup>109</sup> (tabela 8), a ponad 70 miejscowości wytypowano jako te, których walory klimatyczne i surowce lecznicze umożliwiają zorganizowanie działalności uzdrowiskowej. Ponadto, niektóre z nich mają w swojej nazwie człon „Zdrój”. Zgodnie z polskim ustawodawstwem do nazwy miejscowości, w której granicach administracyjnych znajduje się obszar uzdrowiska, może zostać dodany wyraz „Zdrój”, jeżeli podstawą leczenia uzdrowiskowego są wody lecznicze<sup>110</sup>.

<sup>108</sup> Zdrojowisko – miejscowość, w której znajdują się naturalne źródła wód leczniczych stosowanych do kuracji pitnych lub kąpeli mineralnych.

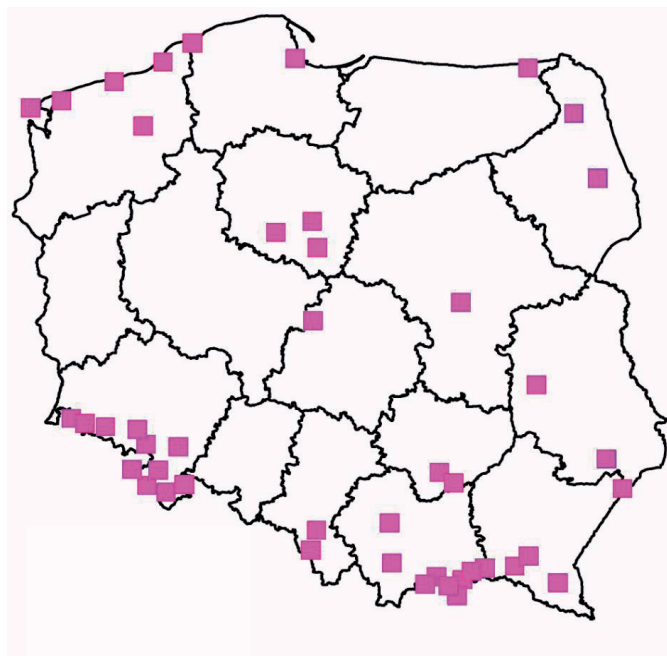
<sup>109</sup> Uzdrowisko statutowe – obszar na terenie którego prowadzone jest lecznictwo uzdrowiskowe wydzielone w celu wykorzystania i ochrony znajdujących się na jego obszarze naturalnych surowców leczniczych, Ustawa z dnia 28 lipca 2005 o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych. Dz.U. 2005, nr 167, poz. 1399.

<sup>110</sup> Ustawa z dnia 28 lipca 2005 o lecznictwie uzdrowiskowym, op. cit., art. 45.



Polska zajmuje siódme miejsce w Europie pod względem liczby uzdrowisk<sup>111</sup>. Uzdrowiska statutowe występują na terenie 12 województw. Jedyne 3 województwa: lubuskie, opolskie oraz wielkopolskie nie mają żadnego uzdrowiska na swoim obszarze. Największą ilością uzdrowisk wykazać się mogą województwa dolnośląskie (11) i małopolskie (9). Uzdrowiska statutowe występują we wszystkich regionach geograficznych Polski, jednak ich rozmieszczenie jest dość nierównomiernie rozłożone w przestrzeni kraju (mapa 1).

Mimo, że zaledwie kilka procent powierzchni kraju stanowią góry i wzgórza, to mieszczą one na swoim terenie najwięcej uzdrowisk statutowych. Bowiem rozmieszczenie naturalnych zasobów leczniczych, jak wody lecznicze, paleoidy czy gazy lecznicze w Polsce powoduje uprzywilejowanie terenów południowych (górskich), co jest wynikiem budowy geologicznej. Historycznie rzecz ujmując, najpierw w górach, a właściwie u ich podnóży powstawały uzdrowiska ze względu na opady, które „przesączając się przez skaliste masyw górski rozpuszczają składniki mineralne, niejednokrotnie podgrzewają się gorącym wnętrza i pod ciśnieniem wpływają na powierzchnię na zboczach lub w dolinach śródgórskich”<sup>112</sup>.



**Mapa 1. Rozmieszczenie uzdrowisk statutowych w Polsce.**

Źródło: Opracowanie własne.

<sup>111</sup> M., R. Łazarkowie: *Uzdrowiska w Europie. Teraźniejszość i rys historyczny*. Wydawnictwo Akademickie Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej im. Wincentego Pola w Lublinie, Lublin 2007, s.41.

<sup>112</sup> Z. Krasieński: *Rynek usług uzdrowiskowych w Polsce*. Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości, Poznań 2001, s.33.

**Tabela 8****Wykaz miejscowości o statusie uzdrowiska w Polsce**

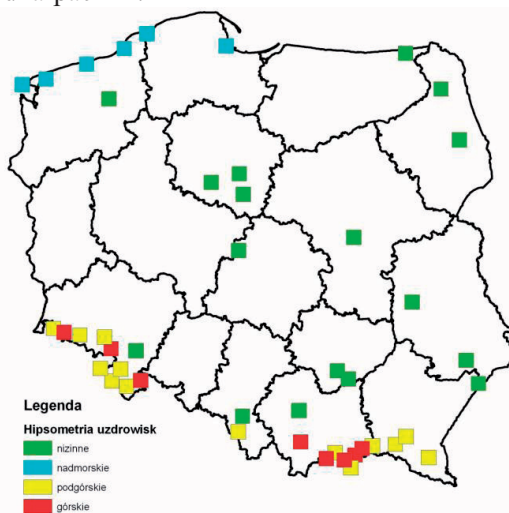
Uzdrowisko	Województwo	Nazwa strefy, w której znajduje się uzdrowisko	Miasto/gmina
Augustów	podlaskie	powiat augustowski	m. Augustów
Busko-Zdrój	świętokrzyskie	powiat buski	m. Busko Zdrój
Ciechocinek	kujawsko-pomorskie	powiat aleksandrowski	m. Ciechocinek
Cieplice Śląskie-Zdrój	dolnośląskie	powiat m. Jelenia Góra	m. Jelenia Góra
Czerniawa Zdrój	dolnośląskie	powiat lubański	m. Świeradów-Zdrój
Dąbki	zachodniopomorskie	powiat sławieński	gm. Darłowo
Długopole-Zdrój	dolnośląskie	powiat kłodzki	gm. Bystrzyca Kłodzka
Duszniki-Zdrój	dolnośląskie	powiat kłodzki	m. Duszniki-Zdrój
Goczałkowice-Zdrój	śląskie	powiat pszczyński	gm. Goczałkowice-Zdrój
Gołdap	warmińsko-mazurskie	powiat gołdapski	m. Gołdap
Horyniec Zdrój	podkarpackie	powiat lubaczowski	gm. Horyniec
Inowrocław	kujawsko-pomorskie	powiat inowrocławski	m. Inowrocław
Iwonicz-Zdrój	podkarpackie	powiat krośnieński	m. Iwonicz-Zdrój
Jedlina-Zdrój	dolnośląskie	powiat wałbrzyski	m. Jedlina-Zdrój
Kamień Pomorski	zachodnio-pomorskie	powiat kamieński	m. Kamień Pomorski
Kołobrzeg	zachodniopomorskie	powiat kołobrzeski	m. Kołobrzeg
Konstancin Jeziorna	mazowieckie	powiat piaseczyński	m. Konstancin Jeziorna
Krasnobród	lubelskie	powiat zamojski	m. Krasnobród
Krynica-Zdrój	małopolskie	powiat nowosądecki	m. Krynica
Kudowa-Zdrój	dolnośląskie	powiat kłodzki	m. Kudowa-Zdrój
Lądek-Zdrój	dolnośląskie	powiat kłodzki	m. Lądek-Zdrój
Muszyna	małopolskie	powiat nowosądecki	m. Muszyna
Nałęczów	lubelskie	powiat puławski	m. Nałęczów
Piwniczna	małopolskie	powiat nowosądecki	m. Piwniczna-Zdrój
Polanica-Zdrój	dolnośląskie	powiat kłodzki	m. Polanica-Zdrój
Polańczyk	podkarpackie	powiat bieszczadzki	gm. Solina
Połczyn-Zdrój	zachodniopomorskie	powiat świdwiński	m. Połczyn-Zdrój
Przerzeczyn-Zdrój	dolnośląskie	powiat dzierzoniowski	gm. Niemcza
Rabka-Zdrój	małopolskie	powiat nowotarski	m. Rabka
Rymanów Zdrój	podkarpackie	powiat krośnieński	gm. Rymanów
Solec Zdrój	świętokrzyskie	powiat buski	gm. Solec Zdrój
Sopot	pomorskie	aglomeracja Trójmiejska	m. Sopot
Supraśl	podlaskie	powiat białostocki	m. Supraśl
Swoszowice – Kraków	małopolskie	aglomeracja Krakowska	m. Kraków

Szczawnica	małopolskie	powiat nowotarski	m. Szczawnica
Szczawnno-Zdrój	dolnośląskie	powiat wałbrzyski	m. Szczawnno-Zdrój
Świeradów-Zdrój	dolnośląskie	powiat lubański	m. Świeradów-Zdrój
Świnoujście	zachodniopomorskie	powiat m. Świnoujście	m. Świnoujście
Uniejów	łódzkie	powiat poddębicki	gm. Uniejów
Ustka	pomorskie	powiat słupski	m. Ustka
Ustroń	śląskie	powiat cieszyński	m. Ustroń
Wapienne	małopolskie	powiat gorlicki	gm. Sękowa
Wieniec Zdrój	kujawsko-pomorskie	powiat włocławski	gm. Brześć Kujawski
Wysowa	małopolskie	powiat gorlicki	gm. Uście Gorlickie
Żegiestów-Zdrój	małopolskie	powiat nowosądecki	gm. Muszyna

Źródło: opracowano na podstawie strony internetowej Ministerstwa Zdrowia [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) (Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, Wydział Uzdrawisk).

Główną grupę uzdrawisk w Polsce tworzą obiekty znajdujące się w granicach administracyjnych miast, najczęściej niewielkich. Pozostałe są miejscowościami wiejskimi. Wyjątek stanowią: Konstancin Jeziorna, Sopot oraz Swoszowice, które położone są w obrębie wielkich aglomeracji miejskich (warszawskiej, trójmiejskiej, krakowskiej). Polskie uzdrawiska to najpiękniejsze krajobrazowo regiony geograficzne kraju.

Rozmieszczenie uzdrawisk nizinnych, w liczbie 23, oraz podgórskich i górskich w liczbie również 22 prezentuje mapa 2. Uzdrawiska nizinne znajdują się jednak w większym rozproszeniu, głównie w województwach północnej Polski i w pasie nadmorskim. Jak wynika z danych tabeli 9, najbardziej gęstą sieć stanowią uzdrawiska górskie (od 500 do 700 m n.p.m.) i podgórskie (od 300 do 500 m n.p.m.), które znajdują się w województwach południowej Polski: dolnośląskim, śląskim, małopolskim oraz podkarpackim.



**Mapa 2. Hipsometria uzdrawisk polskich.**

Źródło: Opracowanie własne.

**Tabela 9**

**Podział uzdrowisk polskich na nizinne, podgórskie i górskie**

Nizinne	Podgórskie	Górskie
do 300 m n.p.m.	300-500 m n.p.m.	500-700 m n.p.m.
Augustów (120-135) Busko-Zdrój (220-250) Ciechocinek (45-50) Dąbki (134) Goczałkowice-Zdrój (250-260) Gołdap (270) Horyniec Zdrój (260) Inowrocław (90-100) Kamień Pomorski (8-25) Kołobrzeg (2-5) Konstancin Jeziorna (95-100) Krasnobród (210-250) Nałęczów (170-200) Połczyn-Zdrój (80-100) Przerzeczyn-Zdrój (240) Solec Zdrój (180) Sopot (2-25) Supraśl (180) Śwoszowice - Kraków (250) Świnoujście (3) Uniejów (109) Ustka (2-7) Wieniec Zdrój (64)	Cieplice Śląskie-Zdrój (350) Czerniawa Zdrój (480) Długopole-Zdrój (400) Iwonicz-Zdrój (380-450) Kudowa-Zdrój (380-400) Łądek-Zdrój <sup>a)</sup> (440-560) Muszyna (450-500) Piwniczna (360-420) Polanica-Zdrój (380-410) Polańczyk (440) Rymanów Zdrój (375-400) Szczawnica <sup>a)</sup> (430-520) Szczawno-Zdrój (400-430) Ustroń (340-450) Wapienne (400) Żegiestów-Zdrój (410-480)	Duszniki-Zdrój (520-575) Jedlina-Zdrój (500) Krynica-Zdrój (560-620) Łądek-Zdrój <sup>a)</sup> (440-560) Rabka-Zdrój (500-560) Szczawnica <sup>a)</sup> (435-520) Świeradów-Zdrój (490-550) Wysowa (510-550)

a) Uzdrowiska Szczawnica i Łądek-Zdrój ze względu na położenie n.p.m. wchodzą w dwie strefy hipsometryczne, więc zakwalifikowano je jako uzdrowiska podgórskie-górskie.

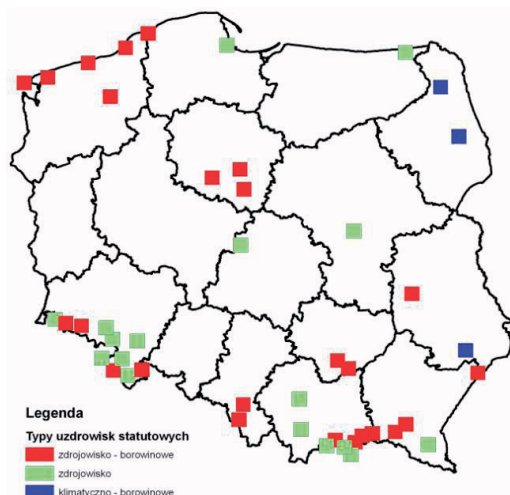
Źródło: Opracowanie własne na podstawie: A. Madeyski (red.): *Uzdrowiska polskie: Informator*. Izba Gospodarcza „Uzdrowiska Polskie”, Warszawa 1999, s. 22.

T. Kozłowska-Szczęsna, K. Błażejczyk, B. Krawczyk, D. Milanówka, *Bioklimat uzdrowisk polskich i możliwości jego wykorzystania w lecznictwie*. PAN, Warszawa 2002, s. 35-583.

Uzdrowiskami najwyżej położonymi w kraju są: Krynica-Zdrój oraz Duszniki-Zdrój, a najniżej uzdrowiska nadmorskie, do których należą: Świnoujście, Kołobrzeg, Ustka, Sopot oraz Kamień Pomorski. Szczególny charakter mają dwa uzdrowiska: Łądek-Zdrój i Szczawnica, które ze względu na wysokość położenia wchodzą w dwie strefy hipsometryczne i zostały zakwalifikowane jako podgórskie i górskie.

Obecnie najwięcej w Polsce jest zdrojowisk borowinowych, w których zabiegi z użyciem borowiny należą do podstawowych w działalności leczniczej (mapa 3). Najwięcej jest ich w Polsce północnej, ze względu na występujące tam złoża borowiny.

Drugie co do ilości są zdrojowiska, czyli uzdrowiska, w których zabiegi z użyciem wody leczniczej należą do podstawowych w działalności leczniczej danej miejscowości. Jedynie Nałęczów (woj. lubelskie) ma charakter zdrojowiska klimatycznego, mimo posiadania wód mineralnych, a uzdrowiska statutowe w Augustowie i Supraślu (woj. podlaskie) oraz w Krasnobrodzie (woj. lubelskie) to uzdrowiska klimatyczno-borowinowe. Typy polskich uzdrowisk statutowych ze względu na kombinację występujących na ich terenie naturalnych surowców leczniczych przedstawia tabela 10.



**Mapa 3. Typy uzdrowisk statutowych w Polsce.**

Źródło: Opracowanie własne.

**Tabela 10**

**Typy uzdrowisk statutowych w Polsce**

Nazwa uzdrowiska	Typ Uzdrowiska	Rok nadania statusu uzdrowiska
Augustów	Uzdrowisko klimatyczno-borowinowe	1993
Busko-Zdrój	Zdrojowisko borowinowe	1967
Ciechocinek	Zdrojowisko borowinowe	1967
Cieplice Śląskie-Zdrój	Zdrojowisko borowinowe	1967
Czerniawa Zdrój	Zdrojowisko	1967
Dąbki	Zdrojowisko borowinowe	2007
Długopole-Zdrój	Zdrojowisko	1967
Duszniki-Zdrój	Zdrojowisko borowinowe	1967
Goczałkowice-Zdrój	Zdrojowisko borowinowe	1967
Gołdap	Zdrojowisko	2000
Horyniec Zdrój	Zdrojowisko borowinowe	1967
Inowrocław	Zdrojowisko borowinowe	1967
Iwonicz-Zdrój	Zdrojowisko borowinowe	1967
Jedlina-Zdrój	Zdrojowisko	1967
Kamiień Pomorski	Zdrojowisko borowinowe	1967
Kołobrzeg	Zdrojowisko borowinowe	1967
Konstancin Jeziorna	Zdrojowisko	1967
Krasnobród	Uzdrowisko klimatyczno-borowinowe	2002
Krynica-Zdrój	Zdrojowisko borowinowe	1067
Kudowa-Zdrój	Zdrojowisko	1967

Lądek-Zdrój	Zdrojowisko borowinowe	1967
Muszyzna	Zdrojowisko	1967
Nałęczów	Zdrojowisko klimatyczne	1967
Piwniczna	Zdrojowisko borowinowe	1967
Polanica-Zdrój	Zdrojowisko	1967
Polańczyk	Zdrojowisko	1999
Połczyn-Zdrój	Zdrojowisko borowinowe	1967
Przerzeczyn-Zdrój	Zdrojowisko	1997
Rabka-Zdrój	Zdrojowisko	1967
Rymanów Zdrój	Zdrojowisko borowinowe	1967
Solec Zdrój	Zdrojowisko borowinowe	1967
Sopot	Zdrojowisko	1999
Supraśl	Uzdrowisko klimatyczno-borowinowe	2002
Swoszowice - Kraków	Zdrojowisko	1967
Szczawnica	Zdrojowisko	1967
Szczawno-Zdrój	Zdrojowisko	1967
Świeradów-Zdrój	Zdrojowisko borowinowe	1967
Świnoujście	Zdrojowisko borowinowe	1967
Uniejów	Zdrojowisko	2012
Ustka	Zdrojowisko borowinowe	1988
Ustroń	Zdrojowisko borowinowe	1967
Wapienne	Zdrojowisko borowinowe	1967
Wieniec Zdrój	Zdrojowisko borowinowe	1967
Wysowa	Zdrojowisko borowinowe	1967
Żegiestów-Zdrój	Zdrojowisko	1967

Źródło: J. A. Wojnarowski, T. Wołowicz: *Zarządzanie turystyką, hotelarstwem i turystyką uzdrowiskową*. Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości, Nowy Sącz 2008, s. 190-191.

Dane Ministerstwa Zdrowia: Departament Organizacji i Ochrony Zdrowia: Wydział Uzdrowisk, Warszawa 2009.

## 2.5. Formy świadczonych usług w lecznictwie uzdrowiskowym

Z korzyścią dla jakości świadczonych usług powinno się wyodrębnić cztery poziomy referencyjne różniące się poziomem usług a co za tym idzie i kosztami. Parametrami jakości usług na odpowiednim poziomie referencyjnym jest stan wykształcenia kadry medycznej, w tym zwłaszcza kierowniczej, dobra organizacja pracy oraz odpowiednie zaopatrzenie w surowce lecznicze, aparaturę i sprzęt leczniczo-diagnostyczny<sup>113</sup>.

Pierwszy poziom referencyjny powinien być zastrzeżony dla klinik i szpitali klinicznych uzdrowiskowych. Kierownikiem powinien być profesor, który reprezentuje prowadzoną przez klinikę dyscyplinę medyczną podstawową oraz

<sup>113</sup> I. Ponikowska: *Kompendium balneologii. Kierunki i wskazania do leczenia uzdrowiskowego*, op. cit., s.29.

balneologiczną. Jednostki te prowadzą działalność usługowo-leczniczą, naukowo badawczą oraz dydaktyczną. Poszerzają wiedzę w zakresie medycyny uzdrowiskowej oraz opracowują i wdrażają nowe metody lecznicze. Drugi poziom referencyjny obejmuje szpitale uzdrowiskowe, w tym prowadzące wczesną rehabilitację uzdrowiskową. Jednostki te spełniają funkcje usługowo-lecznicze na wysokim poziomie, zapewniają fachową opiekę chorych z zaawansowanymi chorobami i różnego typu niepełnosprawnościami. Ordynatorem oddziału szpitalnego powinien być specjalista z balneologii i medycyny fizykalnej oraz dziedziny klinicznej odpowiadającej kierunkowi oddziału. Trzeci poziom referencyjny obejmuje usługę sanatoryjną. W sanatorium wykonywane są usługi lecznicze i profilaktyczne dla osób sprawnych lub o niedużym stopniu niepełnosprawności. Opieka lekarska i pielęgniarska jest mniej intensywna, dostosowana do rodzaju skierowanych pacjentów. Rzadziej prowadzone są badania diagnostyczne. Lekarz, ordynator oddziału sanatoryjnego, powinien również mieć specjalizację z balneologii i medycyny fizykalnej oraz specjalizację kliniczną odpowiadającą kierunkowi oddziału. Czwarty poziom referencyjny obejmuje najtańszą usługę uzdrowiskową, tj. ambulatoryjną.

Rodzaje świadczeń i usług udzielanych przez lecznictwo uzdrowiskowe można podzielić na formy zamknięte (stacjonarne) oraz formy otwarte (ambulatoryjne). Usługa uzdrowiskowa stacjonarna w szpitalu uzdrowiskowym obejmuje pacjentów z zaawansowanymi chorobami przewlekłymi, u których istnieją wskazania do stosowania zabiegów balneofizykalnych w warunkach stacjonarnych<sup>114</sup>. Chorzy ci mają zachowaną podstawową samoobsługę, wymagają całodobowego nadzoru lekarsko-pielęgniarskiego, a w sanatorium uzdrowiskowym codziennej opieki lekarsko-pielęgniarskiej. Lecznictwo uzdrowiskowe zamknięte obejmuje trzy formy, tj. wczesną rehabilitację uzdrowiskową, leczenie szpitalne oraz leczenie sanatoryjne. Natomiast 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.

Pobyty uzdrowiskowy jest związany ze świadczeniem różnych usług, spośród których usługi z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego należą do podstawowych. Współcześnie, wyznaczono medycynie uzdrowiskowej kilka następujących istotnych zadań:

- stymulacja naturalnych procesów samoleczenia, rozumianego głównie jako naprawa uszkodzeń oraz odzyskanie optymalnej równowagi immunologicznej,
- pobudzanie mechanizmów obronnych w celu wyeliminowania zagrożeń infekcyjnych oraz zwiększenie odporności,
- rehabilitacja po urazach, a także po operacjach chirurgicznych, dotyczących szczególnie narządu ruchu,
- utrwalanie efektów leczenia szpitalnego,

---

<sup>114</sup> I. Ponikowska: *Kompendium balneologii. Rekomendacje krajowego konsultanta*, op. cit., s.29-30.

- czasowe odizolowanie od szkodliwych czynników związanych z miejscem pracy<sup>115</sup>.

Leczenie uzdrowiskowe ma charakter kompleksowy, co oznacza, że równocześnie obejmuje kilka metod wzajemnie się wzmacniających w zakresie działania leczniczego. Do klasycznych metod uzdrowiskowych należą te, w których wykorzystuje się naturalne surowce i produkty lecznicze, czynniki przyrodolecznicze i fizyczne. Obok metod specyficznych dla tej dziedziny, stosuje się równolegle inne metody stosowane w medycynie, np. dietę, leki farmakologiczne czy psychoterapię.

To, że dane uzdrowisko jest najlepiej przygotowane do prowadzenia leczenia uzdrowiskowego, określają tzw. *profile lecznicze uzdrowisk*. Profil leczniczy (kierunek) oznacza specjalizowanie się w leczeniu określonych grup chorobowych. Profile lecznicze ustala się dla całego uzdrowiska. Wszystkie zakłady lecznicze usytuowane w danym uzdrowisku zobowiązane są do prowadzenia działalności leczniczej tylko w zakresie ustalonych profili leczniczych dla tego uzdrowiska. Minister Zdrowia po analizie przedstawionych przez prezydentów, burmistrzów i wójtów gmin uzdrowiskowych operatach uzdrowiskowych, biorąc pod uwagę świadectwa wód i borowin leczniczych oraz klimatu leczniczego, wydanych przez uprawnione jednostki naukowe, a także posiadaną specjalistyczną kadrę medyczną i osiągnięcia w leczeniu danego profilu w uzdrowisku, wydaje decyzje potwierdzające możliwości prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego w danym uzdrowisku w następujących kierunkach leczniczych: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby układu nerwowego, choroby reumatologiczne, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby naczyń obwodowych, choroby górnych dróg oddechowych, choroby dolnych dróg oddechowych, choroby układu trawienia, cukrzyca, otyłość, choroby endokrynologiczne, osteoporoza, choroby skóry, choroby kobiece, choroby nerek i dróg moczowych, choroby krwi i układu krwiotwórczego oraz choroby oka i przydatków oka.

Lecznictwo uzdrowiskowe powinno ukierunkować się na leczenie chorób, celem którego jest zmniejszenie śmiertelności, chorobowości, niepełnosprawności powstałych zwłaszcza z powodu chorób układu ruchu. Leczenie tych chorób w połączeniu z działalnością profilaktyczną może w istotny sposób wpłynąć na poprawę zdrowotności społeczeństwa. Obecnie w większości uzdrowisk wprowadzane są dodatkowe nowe profile, co znacznie poszerza zakres świadczonych przez nie usług. Tendencje te w dużej mierze stymulowane są przez NFZ, kontraktującą świadczenia zdrowotne. Największe zapotrzebowanie jest na leczenie chorób reumatycznych, ortopedyczno-urazowych, neurologicznych, kardiologicznych oraz diabetologicznych. Wprowadzenie do poszczególnych uzdrowisk nowych profili leczniczych jednak nie zawsze łączy się z odpowiednim przygotowaniem uzdrowiska. Poprzez pośpieszne wprowadzanie nowych profili może dojść do znacznego obniżenia poziomu usług świadczonych przez uzdrowisko. Każdy kierunek leczniczy wymaga bowiem odrębnych warunków, odpowiedniego przygotowania fachowego personelu i organizacyjnego. Ponadto wiadomo, że leczenie niektórych chorób uwarunkowane jest cechami klimatycznymi. W związku z tym w celu zapobiegnięcia obniżenia poziomu usług zdrowotnych i jednocześnie rozszerzenia profili leczniczych dla

---

<sup>115</sup> W. Kasprzak, A. Mańkowska: *Fizykoterapia, medycyna uzdrowiskowa i spa*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, s. 268-269.



większości uzdrowisk, opracowano podstawowe wymogi, jakie muszą być spełnione, aby można prowadzić leczenie w zakresie określonego profilu leczniczego.

Tradycyjne formy lecznictwa uzdrowiskowego są dużą zaletą polskich uzdrowisk. Dzięki temu zakłady lecznictwa uzdrowiskowego o kilku stopniach referencyjności pozwalają leczyć chorych w różnych stopniach rozwoju choroby. *Uzdrowiskowe metody lecznicze* są zgrupowane w zespoły, które cechuje zbliżone działanie i zastosowanie lecznicze. Do specyficznych metod zalicza się następujące sposoby leczenia uzdrowiskowego<sup>116</sup>:

- balneoterapia i peloidoterapia – leczenie wodami mineralnymi, gazami leczniczymi i peloidami;
- klimaterapia – leczenie czynnikami klimatycznymi i przyrodolecznicznymi;
- hydroterapia – leczenie wodą;
- termoterapia – leczenie energią cieplną;
- kinezyterapia – leczenie ćwiczeniami fizycznymi;
- fitoterapia – leczenie ziołami;
- fizykoterapia – leczenie energiami.

Metody niespecyficzne w uzdrowisku to: dieta, psychoterapia, edukacja zdrowotna, farmakoterapia. W każdym uzdrowisku najważniejszymi metodami leczniczymi są procedury balneologiczne, w których wykorzystuje się naturalne zasoby (surowce) lecznicze, takie jak woda lecznicza, gaz leczniczy, peloid.

Spośród naturalnych wód, które występują w przyrodzie, jedynie niewielka część zalicza się do *wód leczniczych*. W Polsce występuje 60 złóż wód podziemnych uznanych za lecznicze, z których większość występuje w uzdrowiskach na obszarach górskich ze względu na budowę geologiczną kraju<sup>117</sup>. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Ochrony Środowiska, Zasobów Naturalnych i Leśnictwa z 1994 r. wodami o właściwościach leczniczych są wody wykazujące stabilność cech fizycznych i składu chemicznego oraz zawierające w 1 dm<sup>3</sup> co najmniej 1 000 mg składników stałych lub wykazujące radoczynność o wartości co najmniej 2 nanocurie na dm<sup>3</sup> bądź mające na wypływie temperaturę co najmniej 20°C lub zawierające w 1 dm<sup>3</sup> jeden z następujących składników: co najmniej 10 mg jonu żelazowego, 1g jonu fluorkowego, 5 mg jonu bromkowego, 1 mg jonu jodkowego, 1 mg siarki dającej się oznaczyć jodometrycznie, 0,7 mg arsenu w postaci związanej, 5 mg kwasu metaborowego, 10 mg kwasu metakrzemowego albo 1 000 mg wolnego dwutlenku węgla.

Wody lecznicze dzieli się na mineralne i swoiste. Wody *swoiste*, o mniejszej mineralizacji, są to wody odznaczające się określoną zawartością farmakologiczną czynnych pierwiastków, bądź zawartością gazów, radoczynnością lub temperaturą powyżej 20°C. *Szczawy* natomiast są to wody zawierające co najmniej 1g dwutlenku węgla w 1 litrze, cieplicami zaś nazywane są wody, których woda przekracza 20°C. Wody uważane za mineralne muszą zawierać co najmniej 1000 mg składników mineralnych w litrze. Nie każda woda mineralna jest lecznicza! O właściwościach

---

<sup>116</sup> I. Ponikowska, D. Ferson: *Nowoczesna medycyna uzdrowiskowa*, op. cit., s. 97.

<sup>117</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2001 r. w sprawie złóż wód podziemnych zaliczonych do solanek, wód leczniczych i termalnych oraz złóż innych kopalin leczniczych, a także zaliczenia kopalin pospolitych z określonych złóż lub jednostek geologicznych do kopalin podstawowych, Dz. U. 2001 r., nr 156, poz. 1815.

leczniczych decyduje rodzaj i stężenie aktywnych składników biochemicznych. Najczęściej spotykane w uzdrowiskach w Polsce są wody chlorkowo-sodowe, wodorowęglanowe, siarczkowo-siarkowodorowe, radoczyste i termalne (wody posiadające temperaturę wyższą niż 20°C). *Wody mineralne* stosuje się do zabiegów balneologicznych, zwłaszcza kąpiele leczniczych w wannach i basenach (solankowe, kwasowęglowe, siarczkowo-siarkowodorowe, radoczyste), do inhalacji, płukań oraz kuracji pitnej (krenoterapii). Stosowane w balneologii kąpiele i kuracje pitne mają lecznicze, relaksujące i upiększające zalety, co doceniali już starożytni Grecy i Rzymianie, u których obowiązywał kult wody.

Następnymi surowcami leczniczymi wykorzystywanymi w lecznictwie uzdrowiskowym są *gazy lecznicze*. Występują one naturalnie w przyrodzie w formie rozpuszczonej w wodzie lub też samodzielnie w formie gazowej. Spośród gazów leczniczych, najszerzej w lecznictwie uzdrowiskowym stosowany jest dwutlenek węgla, zwłaszcza na terenie Dusznik Zdroju i Krynicy. Gaz ten wykorzystywany jest do zabiegów noszących nazwę kąpiele w gazowym dwutlenku węgla, potocznie określanym jako sucha kąpiel kwasowęglowa<sup>118</sup>. Spośród innych gazów leczniczych wymienia się również tlen, siarkowodór, radon i ozon.

Ostatnim podstawowym surowcem naturalnym są *peloidy* (borowiny, gytie, muły, szlamy, glinki, fango). Spośród peloidów najbardziej popularne w polskich uzdrowiskach statutowych są borowiny, czyli torfy lecznicze. W Polsce jest 18 złóż torfu leczniczego, którym przypisano status kopaliny leczniczych, z czego siedem zlokalizowanych jest na terenie miast i gmin uzdrowiskowych. Najbardziej zasobne w złoża torfu borowinowego są miasta i gminy uzdrowiskowe położone na północy i północnym wschodzie kraju. Znajdujące się tu uzdrowiska dysponują własnymi dużymi złożami borowinowymi (Kamień Pomorski, Kołobrzeg, Ustka, Świnoujście, Połczyn-Zdrój, Gołdap). Własne złoża borowiny mają również Brześć Kujawski oraz Horyniec i Krasnobród na Lubelszczyźnie. Najczęściej stosowane zabiegi borowinowe to: zawijania, kąpiele częściowe i całkowite, zabiegi ginekologiczne.

*Klimatoterapia* stanowi uzdrowiskową metodę leczniczą wykorzystującą walory środowiska przyrodoleczniczego kurortów, które determinują leczenie niektórych chorób w uzdrowiskach. Jednym z najważniejszych czynników kształtujących klimat, a zatem i bioklimat, jest położenie geograficzne, które sprawia, że nad Polską ścierają się wpływy oceaniczne Europy Zachodniej z wpływami kontynentalnymi Europy Wschodniej, co decyduje o przejściowym charakterze klimatu naszego kraju<sup>119</sup>. Klimat i bioklimat w Polsce jest zróżnicowany, co stwarza duże możliwości zarówno lecznicze jak i turystyczne. Bioklimat danej miejscowości uzdrowiskowej, zależny od rzeźby terenu, rodzaju podłoża, szaty roślinnej, stosunków wodnych i użytkowania terenu, wpływa korzystnie lub niekorzystnie na organizm człowieka w postaci bodźców klimatycznych o zmiennym natężeniu. Występują regiony bioklimatyczne silnie bodźcowe, umiarkowanie bodźcowe, łagodnie bodźcowe i słabo bodźcowe<sup>120</sup>.

<sup>118</sup> P. Kalmus: *Lecznictwo w funkcjonowaniu uzdrowisk* W: *Uzdrowiskowy produkt turystyczny*. Centrum Edukacji Kadr Turystycznych w Krakowie, Kraków 1998, s.79.

<sup>119</sup> T. Kozłowska-Szczęśna, K. Błażejczyk, B. Krawczyk, D. Milanówka: *Bioklimat uzdrowisk polskich i możliwości jego wykorzystania w lecznictwie*. PAN, Warszawa 2002, s. 601.

<sup>120</sup> T. Kozłowska-Szczęśna: *Bioklimat polskich uzdrowisk*, W: A. Madeyski (red.): *Uzdrowiska polskie*. Informator. Izba Gospodarcza „Uzdrowiska polskie”, Warszawa 1999, s.20.

Uzdrowiska położone w pasie Wybrzeża Bałtyckiego (region I) cechują się przewagą czynników o silnie bodźcowym oddziaływaniu na organizm człowieka. Do czynników tych należą przede wszystkim silne bodźce radiacyjne (promieniowanie słoneczne), termiczne (temperatura powietrza), wilgotnościowe (wilgotność powietrza), mechaniczne (wiatr) i akustyczne (szum fal morskich i wiatru). W uzdrowiskach położonych na pojezierzach (region II) panuje bioklimat umiarkowanie bodźcowy i łagodnie bodźcowy. Najlepszym okresem do pełnego wykorzystania możliwości leczniczych uzdrowisk położonych w łagodnym bioklimacie pojeziernym są miesiące od marca do października. Miejscowości położone na północnym wschodzie kraju (region III) odznaczają się warunkami łagodnie i słabo bodźcowymi chociaż w miesiącach zimowych następuje wzrost bodźcowości ze względu na niskie temperatury powietrza. Okres korzystny dla leczenia klimatycznego trwa od maja do września. Uzdrowiska znajdujące się na nizinnych obszarach Polski (region IV) i na południowym wschodzie kraju (region V) cechują się łagodnymi warunkami bioklimatycznymi, które są szczególnie korzystne od kwietnia do października. Jednak w okresie letnim następuje wzrost bodźcowości w regionie V wskutek wysokich temperatur powietrza. Uzdrowiska podgórskie i górskie charakteryzują się dużym zróżnicowaniem warunków bioklimatycznych i silną bodźcowością (region VI). Większość uzdrowisk znajduje się w regionie bioklimatycznym VI „podgórskim i górskim” (w Polsce nie ma uzdrowisk wysokogórskich). Pozostałe uzdrowiska leżą na nizinach, w czterech regionach bioklimatycznych: II „pojeziernym”, III „północno-wschodnim”, IV „środkowym” i V „południowo-wschodnim” oraz nad morzem, w regionie bioklimatycznym „nadmorskim”. Warunki bioklimatyczne odznaczają się odmiennym okresem przydatności w różnych formach klimatoterapii. W większości uzdrowisk z helioterapii (leczenie promieniami słonecznymi) można korzystać tylko w czasie wybranych dni lata. Jedynie w niektórych miejscowościach uzdrowiskowych w Karpatach (Rabka, Krynica, Muszyna) można korzystać z helioterapii przez dłuższy okres. Z kolei aeroterapia (leczenie przebywaniem na świeżym powietrzu), może być stosowana we wszystkich uzdrowiskach przez większość roku. Bez ograniczeń, przez cały rok można korzystać kinezyterapii (leczenie ruchem), której specjalną formą jest terenoterapia (spacery, marsze, marszobiegi) i talassoterapii, która jest szczególnym rodzajem klimatoterapii, wykorzystującym naturalne walory lecznicze morza (kąpiele słoneczne, inhalacje aerozolu, kąpiele w wodzie morskiej, gimnastyka, spacer nad brzegiem morza).

Uzupełnieniem klimatoterapii są walory krajobrazowe uzdrowisk, w których bezwzględnie dominują elementy środowiska naturalnego, istniejące bez ingerencji człowieka, takie jak osobliwości przyrodnicze (osobliwości flory i fauny, skałki i grupy skał, wąwozy, doliny i przełomy rzeczne, wodospady źródła i wywierzyska, jaskinie i grotty, głązy narzutowe i głązowiska, inne obiekty geologiczne), walory powstałe przy niewielkim wpływie człowieka: parki narodowe, parki krajobrazowe, obszary „Natura 2000”, punkty widokowe, rzeki i akweny, jak również walory ukształtowane przez człowieka (parki zabytkowe, zbiory przyrodnicze, ogrody botaniczne, ogrody zoologiczne). Nieodłącznymi elementami krajobrazu uzdrowisk są parki zdrojowe stanowiące miejsce terenoterapii połączonej z wdychaniem świeżego powietrza. Obok ogólnej sieci ścieżek i deptaków istnieją również trasy znakowane

o różnych stopniach trudności, którymi kuracjusze odbywają regularne spacery. Współczesne parki mają układ swobodny, bez symetrycznego podziału<sup>121</sup>. Parki zdrojowe są jednocześnie obszarem, na którym koncentruje się życie kulturalne i towarzyskie, wskutek lokalizacji na ich terenie gmachu łaźni, sal koncertowych, sal koncertowych i teatralnych oraz pijalni wód. Parki i lasy, stanowiące często otulinę (strefa „C” uzdrowiska), spełniają ważną rolę jako „płuca” tych terenów. Leczenie naturalnymi surowcami leczniczymi w warunkach bezpośredniego kontaktu z przyrodą to swoiste medium, podnoszące efekty kuracji.

Specyficzną metodą leczniczą należącą do grupy metod klimatoterapeutycznych, jest *subterraneoterapia*. Wykorzystuje ona naturalne właściwości mikroklimatu komór podziemnych, najczęściej wyrobisk solnych lub kopalni innych minerałów. Do najważniejszych czynników kształtujących specyficzne warunki mikroklimatyczne należą: parametry termiczno-wilgotnościowe, skład chemiczny powietrza, jonizacja powietrza, stężenie i skład aerozolu, stan mikrobiologiczny powietrza. Wykorzystanie wody do celów leczniczych nazywa się *hydroterapią*. Wodę w różnych postaciach, o różnej temperaturze i pod różnym ciśnieniem stosuje się do zabiegów wodnych. Zabiegi te mają zastosowanie do leczenia, profilaktyki oraz diagnostyki balneologicznej. Głównymi zabiegami z zakresu hydroterapii realizowanymi w uzdrowiskach są: natryski, kąpiele wirowe, masaż podwodny, kąpiele perełkowe.

W *termoterapii* podstawowym czynnikiem leczniczym jest energia cieplna, która może być do organizmu dostarczana lub z niego odbierana. Stąd termoterapię dzieli się na ciepłolecznictwo i zimnolecznictwo. Ciepłolecznictwo polega na przekazywaniu energii cieplnej ze źródła ciepła do organizmu drogą przewodzenia, przenoszenia lub promieniowania. Zimnolecznictwo zgodnie z medycyną uzdrowiskową to terapia polegająca na zastosowaniu metod polegających na odbieraniu ciepła z organizmu przez ciało o niższej temperaturze niż ciepłota skóry. Do zabiegów nazywanych *krioterapeutycznymi* stosuje się bardzo niskie temperatury, zawsze poniżej zera w skali Celsjusza. Zastosowanie tej metody ma działanie stymulacyjne, wykorzystywane do leczenia wielu chorób przewlekłych w uzdrowisku i gabinetach fizjoterapii.

Poza wymienionymi zabiegami, duże znaczenie w leczeniu uzdrowiskowym mają czynniki fizyczne pod postacią różnych form energii (*fizykoterapia*) występującej w otaczającym człowieka środowisku. Należy podkreślić, że w leczeniu uzdrowiskowym fizykoterapia stanowi jedynie element uzupełniający dla metod podstawowych (klimatoterapia, balneoterapia). W metodzie tej wykorzystywane są różne formy energii występującej w przyrodzie. Do zabiegów z zakresu fizykoterapii zalicza się światłolecznictwo, elektrolecznictwo, magnetoterapię, ultradźwięki i inne. W uzdrowisku *masaż leczniczy* jest zabiegiem uzupełniającym lub też przygotowującym do innych zabiegów. Najczęściej stosowane są następujące rodzaje masażu: klasyczny, segmentarny, okostnowy, łącznotkankowy, podwodny, wirowy, wibracyjny. *Kinezyterapia*, należy do metod fizjoterapeutycznych a jej istotę stanowi leczenie poprzez aktywność ruchową o określonym wysiłku fizycznym tzw. leczenie ruchem. Wysiłek fizyczny ma wielokierunkowe działanie na organizm ludzki, dlatego

---

<sup>121</sup> E. Kaczmarek: *Uzdrowisko i jego przestrzeń społeczna*. Zeszyty Naukowe Politechniki Krakowskiej nr 47, Kraków 2002, s.47.

stanowi temat zainteresowań wielu dyscyplin wiedzy medycznej. Jest naturalnym czynnikiem kształtującym wiele funkcji ustrojowych.

Leczenie z wykorzystaniem ziół nazywamy *ziołolecznictwem* lub *fitoterapią*. Współczesne ziołolecznictwo zajmuje w wielu krajach pełnoprawne miejsce z farmakoterapią. W pewnych jednostkach chorobowych może ono zastępować leczenie farmakologiczne. Metoda ta ma zastosowanie w wielu chorobach przewlekłych, u osób w wieku podeszłym, dzieci, rekonwalescentów. Zioła działają nie tylko na chory narząd, ale również na cały organizm. Niektóre z nich cechują się działaniem stymulującym (biostymulatory), regenerującym, aktywizującym cały organizm oraz antybiotycznym. Ponadto uzupełniają niedobory witamin, biopierwiastków, enzymów, soli mineralnych. W Polsce wykorzystuje się w lecznictwie około 100 gatunków ziół, chociaż fitoterapia niestety jest w Polsce rzadko stosowana.

Niektóre z metod, chociaż są nieswoiste dla leczenia uzdrowiskowego, są potrzebne do stosowania podczas pobytu chorego w uzdrowisku. Do metod tych należy:

- leczenie dietetyczne lub zdrowe, racjonalne żywienie (dieta podstawowa i diety lecznicze),
- psychoterapia – uzdrowisko powinno sprzyjać wytworzeniu właściwego klimatu środowiskowego do prowadzenia leczenia różnymi sposobami,
- psychoterapia jest działaniem psychologicznym, polegającym na wzajemnym oddziaływaniu człowieka na człowieka; dodatkowymi formami psychoterapii są: biblioterapia, muzykoterapia, choreoterapia,
- farmakoterapia – leczenie farmakologiczne powinno być wkomponowane w program leczenia uzdrowiskowego; dotyczy to rodzaju leków, dawki i pory ich przyjmowania w stosunku do zabiegu.

Uzdrowisko jest miejscem nie tylko leczenia i wypoczynku, ale również *szkołą wychowania zdrowotnego*. Podstawowym celem edukacji zdrowotnej jest kształtowanie prawidłowych nawyków żywienia i aktywności fizycznej oraz porzucenie nałogów. Każde uzdrowisko i prawie każdy zakład lecznictwa uzdrowiskowego prowadzi systematyczne szkolenia dla pacjentów uzdrowiskowych, obejmujące podstawowe zasady prozdrowotnego stylu życia. Program edukacji zdrowotnej obejmuje tematykę dostosowaną do kierunku leczniczego danego ośrodka, ogólną z zakresu profilaktyki chorób cywilizacyjnych oraz uzdrowiskową.

## **2.6. Funkcja uzdrowiskowa jako forma turystyki zdrowotnej**

Turystyka uzdrowiskowa, zwana często zdrowotną czy leczniczą lub określana jako jej forma, jest zjawiskiem charakterystycznym na współczesnym rynku turystycznym Europy i Ameryki Północnej. Jej sens należy rozpatrywać w kontekście zdrowia i turystyki zdrowotnej.

Turystyka medyczna to zjawisko przemieszczania się ludzi do innych państw (na inny kontynent) w celu nabycia usług zdrowotnych wysokiej jakości po konkurencyjnej cenie<sup>122</sup>.

---

<sup>122</sup> J. Klich: *Globalizacja usług zdrowotnych*. „Gospodarka Narodowa”, 2008, nr 4.

Turystyka zdrowotna, jak może wskazywać sama jej nazwa, jest ściśle związana ze zdrowiem człowieka. Dlatego definiowanie zdrowia ma istotny wpływ na jej rozumienie. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) traktuje zdrowie jako pełnię fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu człowieka. Dobrostan psychofizyczny jest rezultatem łączenia fizycznego zdrowia jednostki z poczuciem szczęścia, jakością życia i życiowej satysfakcji. Zatem turystyka zdrowotna jest to wyodrębniona część usług i obszarów turystycznych przyciągających turystów celowo prowadzoną promocją zdrowia i zdrowego stylu życia jako dodatku do pozostałych turystycznych usług<sup>123</sup>. Oznacza ona wyjazdy czasowe ludzi poza stałe miejsce zamieszkania, których celem jest między innymi: chęć poprawy stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, przygotowanie organizmu do zwiększonego wysiłku fizycznego czy psychicznego, chęć zapobiegania chorobom, utrwalanie i utrzymanie prawidłowej kondycji fizycznej i psychicznej. Często eksponowane są typologie przyjmujące za kryterium podziału turystyki zdrowotnej stosowane terapie, a mianowicie wyróżniamy: turystykę medyczną, turystykę stomatologiczną, turystykę rehabilitacyjną, uzdrowiskową oraz „spa i wellness”<sup>124</sup>.

Poza grupą ludzi, których stan zdrowia wymaga leczenia uzdrowiskowego, wzrasta zapotrzebowanie na wypoczynek umożliwiający poprawę kondycji psychofizycznej i zapobieganie chorobom, jakie pociąga za sobą współczesna cywilizacja. Ten rodzaj działalności określa się mianem turystyki zdrowotnej, która znajduje szczególnie dogodne warunki na terenach uzdrowiskowych<sup>125</sup>. W dobie współczesnej, uzdrowiska mają do spełnienia doniosłe zadania jako ośrodki służące nie tylko kuracjom leczniczym, ale również poprawie ogólnego stanu zdrowia człowieka.

Pod pojęciem *turystyki leczniczej* rozumie się pobyt w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych, związane z leczeniem chorób przewlekłych, rehabilitacją, profilaktyką wtórną i edukacją zdrowotną, a pod pojęciem *turystyki zdrowotnej* – zmianę stałego miejsca pobytu na pobyt w miejscowości klimatycznej z zadaniem fizycznej i psychicznej poprawy zdrowia, a w szczególności drogą wypoczynku i profilaktyki<sup>126</sup>. Do głównych motywów uprawiania turystyki zdrowotnej zalicza się: odnowę sił jako główny cel, któremu podporządkowany jest tryb życia w miejscowości turystycznej; stan zdrowia uczestnika turystyki zdrowotnej oraz aktywny charakter wypoczynku. Stan zdrowia uczestnika turystyki zdrowotnej jest zwykle określany jako stan wyczerpania lub przemęczenia, powodujący potrzebę spędzenia urlopu we wskazany przez lekarza sposób, w miejscu i porze roku najbardziej odpowiednich oraz aktywny wypoczynek, którego formy powinny być dostosowane do indywidualnych możliwości turysty.

Zgodnie z zarysowaną definicją i motywami uprawiania turystyki zdrowotnej można w jej ramach wyodrębnić różne rodzaje turystyki realizujące funkcję turystyczną uzdrowisk. *Turystyka wypoczynkowa* (wczasy, kolonie, zimowiska, pobyty weekendowe, zielone szkoły) realizuje potrzeby związane z odnową sił psychofizycznych w postaci pobytu w miejscowościach uzdrowiskowych, gdzie

<sup>123</sup> W.W. Gaworecki: *Turystyka*, op. cit., s.37.

<sup>124</sup> M. Januszewska, E. Nawrocka, S. Oparka: *Turystyka uzdrowiskowa*, op. cit., s.95-96.

<sup>125</sup> J. Wolski: *Funkcja wypoczynkowo-turystyczna uzdrowisk polskich*. „Problemy Uzdrowiskowe”, 1986, Zeszyty 7-9, s.51.

<sup>126</sup> A. Jagusiewicz: *Funkcje turystyczne uzdrowisk polskich*. Instytut Turystyki, Warszawa 2001, s.10.

wykorzystuje się czynniki naturalne, takie jak woda, klimat. Przemiany cywilizacyjne związane z postępowaniem technicznym, eliminują wysiłek fizyczny i czynią pracę coraz lżejszą, jednocześnie ograniczając aktywność ruchową człowieka. Dlatego też coraz częściej preferowany jest aktywny wypoczynek, którego formą jest *turystyka kwalifikowana* (specjalistyczna). Jest ona „czasową, dobrowolną, wymagającą przygotowania kondycyjnego i zawodowo-turystycznego, częstą zmianą miejsca w przestrzeni, połączoną ze zmianą codziennego trybu życia, zaspokojeniem potrzeb ruchu i wysiłku fizycznego, osobistego kontaktu z innym środowiskiem społecznym, przyrodniczym i kulturowym oraz potrzeb informacyjno-poznawczych”<sup>127</sup>. Turystykę kwalifikowaną jako nowoczesną formę wypoczynku dzieli się na: pieszą, wodną, narciarską, kolarską, motorową, speleologiczną. Inne definicje turystyki zdrowotnej zwracają uwagę na to, iż jest to odnowa sił w miejscowości turystycznej, charakteryzującej się mikroklimatem i możliwością leczenia wodami leczniczymi. Oznacza to dobrowolny wyjazd z miejsca zamieszkania, w celu regeneracji sił fizycznych i psychicznych<sup>128</sup>. Najczęściej, korzystają z niej osoby przemęczone, wyczerpane, zestresowane ale fizycznie zdrowe, pragnące jedynie zmienić otoczenie, poznać nowych ludzi, skorzystać z odnowy biologicznej.

Turystyka uzdrowiskowa w Polsce ma solidne podstawy w uzdrowiskach statutowych oraz licznych miejscowościach o walorach uzdrowiskowych, których umiejscowienie koncentruje się przede wszystkim w południowej i w północnej części Polski. Ich rozmieszczenie determinuje m.in. sprzyjająca występowaniu wód leczniczych budowa geologiczna terenów górskich, jak również silnie bodźcowe warunki klimatyczne obszarów nadmorskich i pojezierzy. Dlatego o rozwoju turystyki uzdrowiskowej przesądzają nie tylko jej walory naturalne, ale również rozwój bazy leczniczej uzdrowisk, a ponadto walory antropogeniczne obszaru recepcji, odpowiednia jego infrastruktura turystyczna i paraturystyczna<sup>129</sup>.

Turystyka uzdrowiskowa jest definiowana również jako wyjazd wypoczynkowy do uzdrowisk, gdzie wykorzystuje się do regeneracji organizmu czynniki naturalne, takie jak woda, klimat itp., bądź jako całość stosunków, działań i zjawisk, które wynikają z podróży i pobytów osób udających się w celach leczniczych do uzdrowisk<sup>130</sup>. W najszerszym ujęciu, turystykę uzdrowiskową określa się jako świadome i dobrowolne udanie się na pewien okres poza miejsce zamieszkania w czasie wolnym od pracy do miejsca, w którym istnieją udokumentowane warunki do leczenia poprzez lecznicze wykorzystanie właściwości złóż mineralnych i źródeł wód leczniczych oraz gazów, peloidów, klimatu, powietrza i wód morskich w celu regeneracji sił fizycznych i psychicznych. Zatem turystykę uzdrowiskową wiąże się z podróżami w celach zdrowotnych i leczniczych. Jednakże pobyt w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych związany z leczeniem chorób przewlekłych, rehabilitacją, profilaktyką wtórną i edukacją zdrowotną zalicza się do turystyki leczniczej, odróżniając ją od turystyki zdrowotnej.

<sup>127</sup> W.W. Gaworecki: *Ekonomika i organizacja turystyki*. PWN, Warszawa 1982, s. 63.

<sup>128</sup> M., R. Łazarkowie: *Uzdrowiska w Europie. Teraźniejszość i rys historyczny*. Wydawnictwo Akademickie Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej im. Wincentego Pola w Lublinie, Lublin 2007, s.41.

<sup>129</sup> A. Jagusiewicz: *Infrastruktura turystyki uzdrowiskowej w Polsce*. Instytut Turystyki, Ministerstwo Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2003, s. 9.

<sup>130</sup> G. Gołembski: *Kompendium wiedzy o turystyce*. PWN, Warszawa 2002, s.29; A. S. Kornak: *Turystyka i uzdrowiska w gospodarce gmin i powiatów u początków XXI wieku*. WSHiT, Częstochowa 2004, s.33.

Traktując o turystyce uzdrowiskowej warto zwrócić uwagę na kilka charakterystycznych cech tej formy ruchu turystycznego. Wśród nich wymienia się: niski wskaźnik sezonowości (turnusy kontraktowane przez cały rok), dłuższy średni okres pobytu w zakładach uzdrowiskowych – powyżej 14 dni, wyższe średnie przychody ze względu na świadczenie dodatkowych usług niż w ramach kuracji oraz wysoki mnożnik zatrudnienia – 100 stanowisk pracy tworzonych w turystyce uzdrowiskowej generuje ponad 200 nowych miejsc pracy w innych sferach gospodarowania<sup>131</sup>. Turystyka uzdrowiskowa nabiera więc coraz większego znaczenia gospodarczego.

Nie należy pominąć również kilku charakterystycznych cech turystyki uzdrowiskowej, które determinują działalność podmiotów uzdrowiskowych, a są nimi<sup>132</sup>:

- ograniczony zasięg rynku usług uzdrowiskowych (korzystający z usług uzdrowiskowych to głównie kuracjusze ubezpieczeni w nfz, zus i krus);
- warunki finansowania pobytów w uzdrowisku zależne są od wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne, polityki nfz, zus i ministra zdrowia, natomiast w mniejszym stopniu od kosztów i polityki cenowej przedsiębiorstw uzdrowiskowych i decyzji kuracjusza; w ostatnich latach wzrasta jednak udział kuracjuszy z pełną odpłatnością za usługi sanatoryjne i zaczynają oni w coraz większym stopniu korzystać z usług turystycznych;
- silne niesprawności rynku usług uzdrowiskowych (asymetria informacji, nieracjonalność zachowań kuracjuszy, efekty zewnętrzne, reglamentacja);
- coraz wyższa konkurencja ze strony innych zakładów opieki zdrowotnej i podmiotów gospodarki turystycznej oraz konieczność budowania konkurencyjności zewnętrznej;
- presja na prywatyzację, a w konsekwencji na poprawę efektywności funkcjonowania obiektów sanatoryjnych;
- silne związki lecznictwa uzdrowiskowego z turystyką, co powoduje, że turysta porównuje jakość usług otrzymanych w przedsiębiorstwie uzdrowiskowym z jakością usług innych przedsiębiorstw turystycznych;
- wirtualizacja podmiotów gospodarki uzdrowiskowej, potrzeba budowania organizacji sieciowych i współpracy terytorialnej oraz wdrażania nowych koncepcji zarządzania.

Definicje turystyki uzdrowiskowej i zdrowotnej wskazują, że różnica między tymi formami turystyki polega głównie na sprecyzowaniu w drugim przypadku miejsca wypoczynku, specjalizacji, czasu pobytu, stałej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa. *Turystyka uzdrowiskowa* charakteryzuje się następującymi cechami:

- wyjazdy długoterminowe;
- miejscowości i gminy muszą mieć status uzdrowiska;
- wymagana stała opieka lekarska i pielęgniarstwa;
- niski wskaźnik sezonowości;

---

<sup>131</sup> A. Lewandowska: *Turystyka uzdrowiskowa. Materiały do studiowania*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2007, s. 20.

<sup>132</sup> M. Januszewska, E. Nawrocka, S. Oparka: *Turystyka uzdrowiskowa, turystyka w uzdrowiskach*, op. cit., s.99.



- ukierunkowanie głównej działalności na leczenie schorzeń i rehabilitację leczniczą;
- obowiązek stosowania zabiegów leczniczych standardowych, w tym 2 zabiegi dziennie z naturalnych surowców leczniczych.

Natomiast *turystyka zdrowotna* charakteryzuje się nieco innymi cechami:

- krótkie wyjazdy weekendowe, wyjazdy pobytowe, wczasowe;
- obszarem działania może być terytorium całego kraju;
- wysoki wskaźnik sezonowości;
- ukierunkowanie głównej działalności na rekreację;
- brak wymagań prawnych w zakresie rodzajów i ilości zabiegów.

W lecznictwie uzdrowiskowym różnego rodzaju choroby decydują również o popycie na leczenie uzdrowiskowe, natomiast czynnikiem rozwoju działalności turystycznej jest rosnące zapotrzebowanie na regenerację sił fizycznych, psychicznych i duchowych, które zostały zużyte poprzez niekorzystne warunki życia współczesnego człowieka uczestniczącego w rozwoju cywilizacyjnym, utrudnianym przez zanieczyszczenie środowiska, napięcia, stresy itp. Coraz więcej osób, które nie mają jeszcze utrwalonych 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 zatem *profilaktykę pierwotną* obejmującą ludzi zdrowych, lecz zagrożonych czynnikami szkodliwymi oraz *profilaktykę wtórną*, którą stosuje się u ludzi już przewlekle chorych, aby zapobiec dalszemu postępowi choroby.

W dzisiejszych czasach widoczne są zmiany potrzeb konsumentów i nowe, profilaktyczne podejście do zagadnień związanych ze zdrowiem wynikające z chęci utrzymania atrakcyjnego wyglądu i wydłużania życia. Większość proponowanych produktów w uzdrowiskach krajów Europy Zachodniej i Ameryki oparta jest na programach „wellness” będących filozofią czy stylem życia, które pozwalają osiągnąć równowagę psychofizyczną. Pojęcie „*wellness*” (dobrostan) stworzył amerykański lekarz Methvin J. Trivisa w 1959 r., który w swojej teorii po raz pierwszy połączył dwa pojęcia „*fitness*” (zdatność, dobra kondycja) i „*well*” (dobre samopoczucie)<sup>133</sup>. Otóż „*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. *Wellness* jest niemającym końca procesem, rozwijającą się świadomością tego, że zdrowie i szczęście możliwe są do osiągnięcia w każdym momencie życia, tu i teraz. „Wellness” mieści w sobie aktywności, zachowania i nastawienia, które poprawiają jakość życia i przyczyniają się do jego przedłużenia. Wnioskuje się zatem, że połączenie turystyki leczniczej i turystyki zdrowotnej wraz z innymi rodzajami turystyki występującymi na terenie uzdrowisk znajduje swoje odzwierciedlenie w turystyce uzdrowiskowej (schemat 5). Zatem turystyka uzdrowiskowa składa się zarówno z produktów uzdrowiskowych, jak i turystycznych. W ramach turystyki uzdrowiskowej realizowane są zabiegi uzdrowiskowe, czyli zarówno różnego rodzaju zabiegi lecznicze związane z lecznictwem poszpitalnym dla

<sup>133</sup> Tamże, s.99.

osób cierpiących na choroby przewlekłe i profilaktyką wtórną (tradycyjne leczenie uzdrowiskowe) oraz zabiegi zdrowotne, które dotyczą osób zdrowych, stosujących profilaktykę pierwotną (wellness) w połączeniu z turystyką wypoczynkową i kwalifikowaną.

Jednak coraz częściej turystyka uzdrowiskowa jest postrzegana inaczej niż zdrowotna, gdyż określa się ją jako medycznie dozorowaną aplikację naturalnych środków leczniczych oraz zabiegów medycyny leczniczej lub rehabilitacyjnej w celu utrzymywania bądź poprawy stanu zdrowia i jakości życia, a także zapobiegania chorobom<sup>134</sup>. Obecnie przyszłość wielu uzdrowisk leży w odchodzeniu od wyłącznie tradycyjnego profilu leczniczego. Perspektywę stanowi dla nich przejście na różnorodne, niekonwencjonalne i innowacyjne rozwiązania, łączące nowoczesne sposoby leczenia uzdrowiskowego i profilaktyki zdrowotnej z wypoczynkiem turystycznym, zwłaszcza aktywnym.

Uzdrowiska w klasycznym polskim ujęciu, w których świadczone są głównie zabiegi leczenia uzdrowiskowego, występują jedynie w państwach byłego bloku wschodniego oraz na terenie Austrii, Niemiec, Szwajcarii i Austrii oraz częściowo Francji<sup>135</sup>. Uzdrowiska w Polsce i Europie przeszły różną historycznie drogę. Ich wspólną cechą jest jednak to, że zawsze były miejscem leczenia w oparciu o naturalne surowce lecznicze lub klimat.

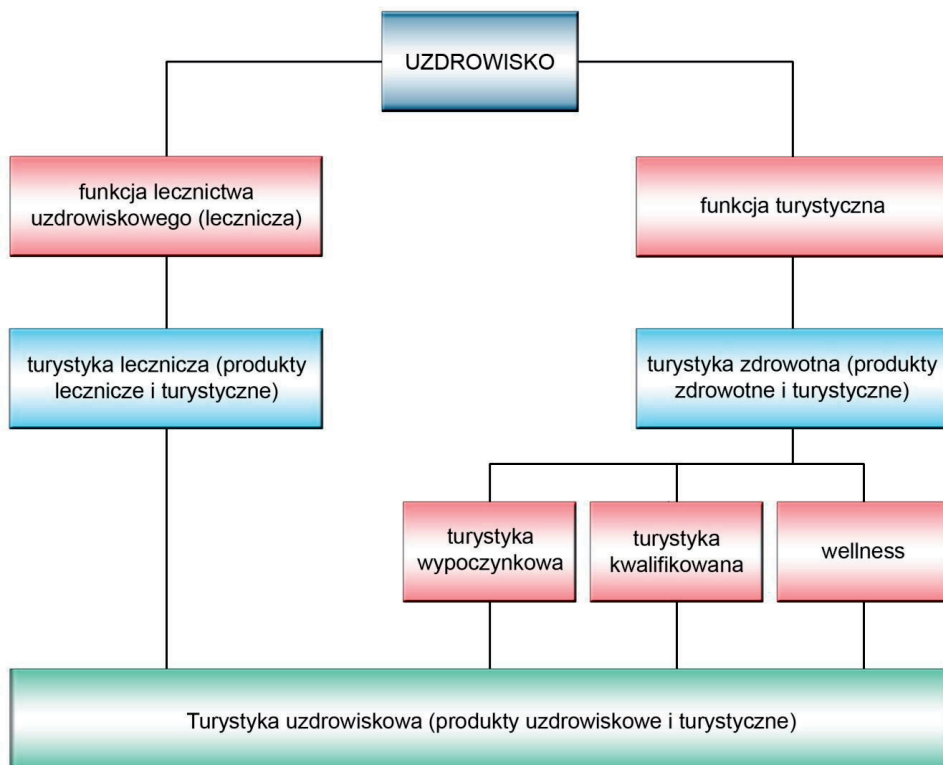
Jednakże coraz częściej tradycyjne pojęcie uzdrowiska ustępuje miejsca w Europie – zwłaszcza w Austrii, Czechach, Niemczech i na Węgrzech – pojęciu uzdrowiska, stosującego programy związane z odnową psychofizyczną (wellness) bez opierania się na naturalnych surowcach leczniczych, a jedynie na produktach stworzonych przez człowieka czy zabiegami wykorzystującymi wodę zarówno leczniczą jak i zwykłą o różnej temperaturze i ciśnieniu (spa).

Otóż w Polsce i w innych krajach miejscowości uzdrowiskowe z ośrodkami, w których stosuje się wszelkiego rodzaju zabiegi lecznicze przy wykorzystaniu wody, zaczyna określać się mianem „spa”. Zalicza się do nich zarówno zabiegi związane z wodą leczniczą (balneoterapia) jak i zabiegi stosujące zwykłą wodę o różnej temperaturze i różnym ciśnieniu (hydroterapia).

---

<sup>134</sup> M. Januszewska, E. Nawrocka, S. Oparka: *Turystyka uzdrowiskowa, turystyka w uzdrowiskach*, op. cit., s. 98.

<sup>135</sup> J. Golba: *Stan prawny uzdrowisk polskich w porównaniu ze stanem prawnym uzdrowisk w krajach UE*, op. cit., s. 13.



**Schemat 5. Rodzaje i struktura funkcji uzdrowisk.**

Źródło: Czynniki wpływające na jakość i konkurencyjność usług turystycznych w miejscowościach turystycznych. Instytut Turystyki w Krakowie, Stowarzyszenie Gmin Uzdrowiskowych RP, Kraków 2005, s.54.

W Europie funkcjonuje dziś zarówno lecznictwo uzdrowiskowe w klasycznym pojęciu, które na ogół przeżywa kryzys, oraz *turystyka zdrowotna*, powiązana z lecznictwem uzdrowiskowym i działająca na jego bazie, która wykazuje dynamikę rozwoju. Według autorów zagranicznych turystyka uzdrowiskowa koncentruje się wokół dwóch obszarów: odprężenie i „wellness”<sup>136</sup>. Pierwszy z nich oferuje turystom usługi, po których czują się zrelaksowani i rozluźnieni, jak masaż, fitoterapia itp. Drugi z kolei pomaga zdrowym ludziom pozostać w dobrej kondycji zarówno psychicznej jak i fizycznej. Mimo, że europejskie uzdrowiska mają długą tradycję, to przewiduje się, że w najbliższym czasie zaczną funkcjonować na wzór uzdrowisk amerykańskich, nastawionych głównie na odnowę sił psychofizycznych i poprawę urody (wellness). Uzdrowiska nie ograniczają się więc do przyjmowania osób przyjeżdżających w celach leczniczych i pozostających pod szpitalną i sanatoryjną opieką lekarską, realizującą funkcję lecznictwa uzdrowiskowego. Bowiern formą lecznictwa uzdrowiskowego – zbliżoną do pobytu turystycznego – jest ambulatoryjne indywidualne leczenie uzdrowiskowe, które daje duże możliwości połączenia aktywności turystycznej z klasycznymi metodami leczenia uzdrowiskowego. Forma ta

<sup>136</sup> Spivack S. E.: *Health spa development in the US*, op. cit., s.65-68.

ułatwia objęcie leczeniem osób, które nie korzystają z noclegów w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, co sprzyja korzystaniu przez nich z urządzeń turystycznych, w odróżnieniu od kuracjuszy pozostających w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych.

Należy podkreślić, zgodnie z definicją turysty<sup>137</sup>, że każdy kuracjusz, z wyjątkiem ludności miejscowej i zamieszkującej w pobliżu uzdrowiska, jest turystą. Jednakże nie każdy turysta odwiedzający uzdrowisko, lecz pozostający poza bezpośrednią opieką lekarską, zyskuje miano kuracjusza<sup>138</sup>. Musi on bowiem pozostawać pod kontrolą lekarza, nawet wtedy, gdy przyjechał prywatnie w celach profilaktycznych czy rekreacyjnych. Kuracjusz ma szereg obowiązków i korzysta z pewnych przywilejów w przeciwieństwie do „zwykłego” turysty, który pragnie w krótszym czasie odzyskać pełnię sił fizycznych i psychicznych czy też poddać się specyficznym zabiegom sprzyjającym poprawie samopoczucia (np. zabiegi kosmetyczne, kuracje odchudzające itp.), bądź przebywa w uzdrowisku z zupełnie innych powodów, na przykład jako osoba towarzysząca osobie korzystającej z kuracji leczniczej.

Występująca niejednoznaczność definiowania turystyki uzdrowiskowej wpływa na brak dokładnego określenia zarówno produktu uzdrowiskowego jak i konsumentów tego produktu, chociaż osoby przyjeżdżające do uzdrowisk w celach leczniczych i pozostające pod sanatoryjną opieką lekarską są głównymi odbiorcami turystyki uzdrowiskowej. W literaturze wskazuje się na kilka ich klasyfikacji. Biorąc pod uwagę źródła i sposoby finansowania leczenia wymienia się osoby skierowane na leczenie w sanatorium przez Narodowy Fundusz Zdrowia (pobyty finansowane w całości lub częściowo w ramach kontraktów), osoby korzystające z programu rehabilitacji leczniczej finansowanej przez ZUS oraz klientów prywatnych, którzy sami pokrywają koszty swojego leczenia. Okazuje się, że polskie uzdrowiska odwiedzane są coraz częściej przez kuracjuszy komercyjnych i już w 2005 r. komercyjna sprzedaż usług lecznictwa uzdrowiskowego w ujęciu wartościowym stanowiła 50% kontraktów z NFZ<sup>139</sup>.

Biorąc pod uwagę cel przyjazdu do uzdrowiska, przyjmuje się typologię odbiorców turystyki uzdrowiskowej wyodrębniając kuracjuszy, turystów oraz kuracjuszy-turystów<sup>140</sup>. W efekcie okazuje się, że obie funkcje: lecznictwa uzdrowiskowego i turystyczna wzajemnie się przenikają i stają się komplementarne w stosunku do siebie. Bowiem sama kuracja lecznicza jest nieodłączna od atrakcji turystycznych, jakie dostarcza uzdrowisko: zmiana środowiska, uprawianie sportu, wycieczki turystyczne i imprezy kulturalne, które w dużym stopniu sprzyjają powodzeniu kuracji. O wyborze miejscowości uzdrowiskowej przez wymienione grupy odbiorców decydują podobne składniki produktu turystycznego uzdrowisk.

---

<sup>137</sup> Turysta to odwiedzający, który w miejscu odwiedzanym pozostaje przynajmniej na jedną noc, korzystając z usług publicznej lub prywatnej bazy noclegowej; *Terminologia turystyczna*. Zalecenia WTO, ONZ-WTO, UKF i T, Instytut Turystyki, Warszawa 1995, s. 5.

<sup>138</sup> Z. Krasieński: *Kondycja turystyki uzdrowiskowej w Polsce a reformy społeczne*. W: *Rozwój usług turystycznych u progu XXI wieku*. AE, Poznań 1999., s. 93.

<sup>139</sup> J. Mirek: *Turystyka jako czynnik rozwoju polskich uzdrowisk*, W: W. Peluga (red.): *Turystyka we współczesnej gospodarce*. Wydawnictwo Politechniki Koszalińskiej, Koszalin 2009, s.182.

<sup>140</sup> D. Dryglas: *Kształtowanie produktu turystycznego uzdrowisk w Polsce*. Wydawnictwo UJ, Kraków 2006, s.102.

Zarówno kuracjusz, kuracjusz-turysta, jak i turysta wymagają z reguły tych samych walorów turystycznych czy infrastruktury turystycznej na terenie uzdrowisk dla spełnienia ich oczekiwań i potrzeb. Różnicę stanowi jedynie stopień ważności poszczególnych produktów. Osoby podróżujące głównie w celach leczniczych i profilaktycznych użytkują przede wszystkim produkty uzdrowiskowe, ale chętnie korzystają z produktów turystycznych preferowanych przez grupę odbiorców – turystów.

Istotnym problemem jest zdiagnozowanie profilu demograficznego odbiorców turystyki uzdrowiskowej. Analiza taka pozwala zauważyć, że wśród klientów uzdrowisk dominują kobiety; mężczyźni stanowią mniej niż połowę liczebności kobiet. Zbiorowość tę charakteryzują głównie osoby w wieku od 45 do 65 roku życia. Osoby w wieku powyżej 65 lat to przede wszystkim kuracjusze podróżujący do uzdrowisk w celach leczniczych. Z kolei jako turyści stanowią oni blisko 18% odbiorców produktu turystycznego gmin uzdrowiskowych, przybywających wyłącznie w celach turystycznych. Podstawę tworzenia typologii odwiedzających uzdrowisko stanowi ich podział zaproponowany przez Aleksandra Stefana Kornaka i Andrzeja Rapacza, gdzie autorzy uzależniają zakwalifikowanie gościa do określonej grupy od pozostawania lub niepozostawania pod opieką lekarza uzdrowiskowego oraz celu pobytu w uzdrowisku, jak prezentuje tabela 11.

Zaprezentowany w tabeli 12 profil demograficzny klientów turystyki uzdrowiskowej pozwala wnioskować o rozwoju tej formy ruchu turystycznego. Wynika to również z następujących okoliczności: ma miejsce rozwój chorób cywilizacyjnych, ujawnia się nadmiar stresów, nadmiar pracoholizmu, a z drugiej strony obserwuje się modę na „długotrwały, młody wygląd” i odnowę biologiczną, (głównie wśród osób w wieku produkcyjnym), a nade wszystko, najbardziej istotnym czynnikiem – oprócz wzrostu zamożności – okazuje się starzenie się społeczeństw.

**Tabela 11**  
**Typologia osób odwiedzających uzdrowisko**

Tabela klasyfikacyjna badanych		Podstawowy cel pobytu w uzdrowisku	
		zdrowotny	turystyczny
Pozostawanie pod opieką lekarza uzdrowiskowego	tak	kuracjusz (typowy kuracjusz)	paraturysta (spa-turysta)
	nie	parakuracjusz	turysta (typowy turysta)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie A. R. Szromek: *Typologia turystów a typologia odwiedzających uzdrowisko – Przegląd typologii*. Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, Organizacja i Zarządzanie, Gliwice 2010, s. 9-10.

**Tabela 12**  
**Segmentacja rynku odbiorców produktu turystycznego gmin uzdrowiskowych ze względu na cele: profilaktyczny, leczniczy i wypoczynkowy**

CEL	PROFILAKTYCZNY	LEECZNICZY	WYPOCZYNKOWY
Segment	Kuracjusz-turysta	Kuracjusz	Turysta
Profil geodemograficzny	Większość osób w tej grupie pochodzi z Polski, w największym stopniu z woj. mazowieckiego (21,9%), w dalszej kolejności woj. śląskiego (15,4%), woj. dolnośląskiego (11,5%), woj. małopolskiego (10%), i pozostali; dominują kobiety (69,3%). Ponad połowę stanowią osoby znajdujące się w przedziale wiekowym od 45 do 65 roku życia (55,4%), następnie osoby powyżej 65lat (21,2%) i osoby w wieku od 35 do 44 lat (11,7%).	Są to osoby pochodzące głównie z Polski, a w szczególności z woj. śląskiego (14,6%), następnie w kolejności z woj. mazowieckiego (12,6%), dolnośląskiego (11,5%), małopolskiego (10%), lubelskiego i łódzkiego (miewiele ponad 7%) i z pozostałych województw w ilości poniżej 7%. Wśród ankietowanych przeważają kobiety (68,1%). Dominują osoby w przedziale wiekowym od 45-65 roku życia (58,1%) i powyżej 65 roku życia (23,5%).	Osoby te pochodzą głównie z Polski, najczęściej z woj. śląskiego (17,1%), następnie w kolejności z woj. mazowieckiego (15%), woj. małopolskiego (12,1%), woj. dolnośląskiego (10,8%) i innych województw, których wskaźnik nie przekracza 7%. W przeważającej części są to kobiety (67,7%). Największą liczbę stanowią respondenci wywodzący się z grup wiekowych: od 45-65 roku życia (50,4%) i powyżej 65 roku życia (17,7%) i osoby w wieku od 35-44 roku życia (14,2%)
Profil społeczno-ekonomiczny	W większości o wykształceniu wyższym (43,1%) i średnim (42,6%). Do uzdrowisk przyjeżdżają w większości przypadków sami (64%) i z rodziną (22,1%). Uwzględniając sytuację finansową kuracjuszy i turystów podróżujących do uzdrowisk w celu profilaktycznym, największą grupę (61,5%) stanowią osoby o przeciętnej sytuacji finansowej i będące w dobrej sytuacji finansowej 25%. Osoby te wydają w miejscowości uzdrowiskowej średnio na osobę 765zł. W przeważającej większości pobyt w uzdrowisku finansowany jest przez NFZ 36,5%, 17% osób pokrywa pobyt ze środków własnych, 15,4% uzyskało dopłaty indywidualne do skierowania NFZ, 13,4% dysponowało środkami własnymi na usługi dodatkowe w uzdrowisku.	Respondenci charakteryzują się głównie wykształceniem średnim (43,3%) i wyższym (40,2%). Do uzdrowisk przyjeżdżają w większości przypadków sami (70,1%) i z rodziną (18%). Uwzględniając sytuację finansową kuracjuszy i turystów podróżujących do uzdrowisk w celu leczniczym, największą grupę (63,3%) stanowią osoby o przeciętnej sytuacji finansowej i będące w dobrej sytuacji finansowej 22,6%. Ich średni koszt pobytu na osobę wyniósł 737 zł. W przeważającej większości pobyt w uzdrowisku finansowany był przez Narodowy Fundusz Zdrowia 41,6%, 16% ankietowanych uzyskało dopłaty indywidualne do skierowania NFZ, 12,7% pokrywało pobyt ze środków własnych, 11,8% posiadało środki własne na usługi dodatkowe w uzdrowisku.	Większość ma wyższe wykształcenie (46%), w nieznacznie mniejszym stopniu średnie (43,1%). Przebywali w uzdrowisku głównie sami (49,4%) i w towarzystwie rodziny (29,2%) i znajomych (14%). Uwzględniając sytuację finansową kuracjuszy i turystów podróżujących do uzdrowisk w celu wypoczynkowym, największą grupę (57,9%) stanowią osoby o przeciętnej sytuacji finansowej i będące w dobrej sytuacji finansowej 30,6%. Średnie wydatki na osobę w czasie pobytu w uzdrowisku kształtowały się na poziomie 838 zł. W przeważającej większości pobyt w uzdrowisku finansowany był przez Narodowy Fundusz Zdrowia 29,5%, 24,4% ankietowanych pokrywało pobyt ze środków własnych, 15,2% posiadało środki własne na usługi dodatkowe w uzdrowisku, 13% uzyskało dopłaty indywidualne do skierowania NFZ.

<p>Profil psychograficzny</p>	<p>Srednia dlugosc pobytu ankietyowanych w tej grupie wynosi 18, 5 dnia i sa to dla wikszości pierwsze (44,4%) i zdecydowanie mniejszej ilosci drugie (7%) odwiedziny uzdrowiska. Na nocleg zatrzymuja się przede wszystkim w sanatorium (36,8%) i szpitalu uzdrowiskowym (16,10%). Wikszość z nich przyjezdza samochodem (48%), znacznie mniej autobusem (26,8%) i pociągiem (19,8%). O uzdrowisku dowiedzieli się w przewazajacej czesci od lekarza (18,8%), znali wczesniej uzdrowisko (10,3%), ze stron internetowych (10,3%) oraz krewnych i znajomych (9,3%). Dla wikszości osob podrozujacych do uzdrowisk w celu profilaktycznym organizatorem pobytu byl NFZ (60,9%), natomiast 22,8% osob we własnym zakresie zorganizowalo pobyt w uzdrowisku. Wikszość kuracjuszy-turystów- (131 respondentów, 63,8%) odwiedzala wczesniej inne uzdrowiska. Dla przewazajacej czesci osob (67%) byl to pierwszy wyjazd turystyczny w 2005 r., 19,1% bylo na wyjezdzie turystycznym po raz drugi w ciagu roku. Do najbardziej preferowanych aktywnosci w miejscu zamieszkania mozna zaliczyć w kolejności: spacer (23,8%), czytanie prasy (14,1%), wporównywalnym stopniu oglądanie telewizji i chodzenie do kina, prowadzenie życia towarzyskiego, jak i chodzenia na działki (niewiele ponad 11%). Głównym celem (po profilaktycznym) ich przyjazdu do uzdrowiska jest cel leczniczy (23%) i wypoczynkowy (16,6%).</p>	<p>Ankietyowani w tej grupie przyjezdza na dlugie pobyty, trwajace srednio 19 dni. Wikszość z nich przyjechala do miejscowosci uzdrowiskowej po raz pierwszy (63,6%), zdecydowanie rzadziej po raz drugi (9,2%). Grupę tę tworzą osoby korzystajace z uslug noclegowych oferowanych głównie przez sanatoria (51,8%) i szpitale uzdrowiskowe (25,5%). Przemieszcaja się przede wszystkim prywatnymi środkami lokomocji (48%), w znacznie mniejszym stopniu autobusami (26,4%) i pociągami (20,1%). Dla tej grupy respondentów dominujacym źródłem informacji o uzdrowisku jest lekarz (29,9%) oraz w porównywalnym stopniu wczesniejsza znajomosc uzdrowiska (12,8%) i strony internetowe (12,3%) oraz wiedza od krewnych i znajomych (10,3%). Dla wikszości osob podrozujacych do uzdrowisk w celu leczniczym organizatorem pobytu byl NFZ (68,1%), natomiast 15,3% osob we własnym zakresie zorganizowalo pobyt w uzdrowisku. Wikszość respondentów (63,1%) odwiedzala wczesniej inne uzdrowiska. Dla przewazajacej czesci osob (70,4%) bylo to pierwszy wyjazd turystyczny w 2005 r., 18,1% bylo na wyjezdzie turystycznym po raz drugi w ciagu roku. Do najbardziej preferowanych aktywnosci w miejscu zamieszkania mozna zaliczyć w kolejności: spacer (24,9%), czytanie prasy (14,8%), w porównywalnym stopniu, oglądanie telewizji i chodzenie do kina, jak i chodzenia na działki (niewiele ponad 11%). Podstawowym (po leczniczym) celem podrozy jest wypoczynek polaczony z poznaniem uzdrowiska i jego otoczenia.</p>	<p>Badani z tej grupy przebywaja w uzdrowisku srednio 16,5 dnia i jest to dla wikszości pierwszy (29,1%) i dla znacznie mniejszej liczby drugi raz(6%). Najczesciej turyści nocuja w sanatoriach (22,5%) pensjonatach, szpitalach uzdrowiskowych (8,6%). Wikszość ankietyowanych w tej grupie podrozuje samochodem (50,4%), autobusem (25,3%) w mniejszym stopniu pociągami (18,5%), Głowne źródło informacji stanowi opinia lekarza (10,1%) oraz w porównywalnym stopniu strony internetowe, wczesniejsza znajomosc uzdrowiska i krewni i znajomi (niewiele ponad 8%). Dla wikszości osob podrozujacych do uzdrowisk w celu wypoczynkowym organizatorem pobytu byl NFZ (49,5%), natomiast 35,4% osob we własnym zakresie zorganizowalo pobyt w uzdrowisku. Wikszość respondentów (64,4%) odwiedzala wczesniej inne uzdrowiska. Dla przewazajacej czesci osob (62,4%) byl to pierwszy wyjazd turystyczny w 2005 r., 20, 70% bylo na wyjezdzie turystycznym po raz drugi w ciagu roku. Do najbardziej preferowanych aktywnosci w miejscu zamieszkania mozna zaliczyć w kolejności: spacer (22,9%), czytanie prasy (13,8%), w porównywalnym stopniu oglądanie telewizji i chodzenie do kina (niewiele ponad 12%). Oprócz motywów czysto wypoczynkowych, w dluzym stopniu ujawniaja się cele poznawcze zwiazane ze zwiedzaniem okolic i cele sportowe nawiązujace do aktywnego wypoczynku.</p>
-------------------------------	---	---	---

Źródło: Opracowanie własne na podstawie D. Dryglas: *Kształtowanie produktu turystycznego uzdrowisk w Polsce*. Wydawnictwo UJ Kraków 2006, s.68.

### 3. Analiza zmian społeczno-gospodarczych wpływających na działalność przedsiębiorstw uzdrowiskowych w Małopolsce

#### 3.1. Charakterystyka uzdrowisk w Małopolsce i kierunki ich rozwoju

Województwo małopolskie, położone na południu Polski, zajmuje powierzchnię 15 190 km<sup>2</sup>, co stanowi 4,8% powierzchni Polski i plasuje je na 12 miejscu w kraju. Małopolska liczy 3,31 mln mieszkańców i jest na 2 miejscu w Polsce (po województwie śląskim) pod względem gęstości zaludnienia, która wynosi tu 214 osób/km<sup>2</sup> (średnia krajowa – 122 osoby/km<sup>2</sup>). Małopolskę cechuje wyjątkowo wysoki poziom zaludnienia obszarów wiejskich – 121 osób/km<sup>2</sup> – pierwsze miejsce w kraju (średnia krajowa 50 osób/km<sup>2</sup>).

Według Ministerstwa Zdrowia w województwie małopolskim istnieje 9 uzdrowisk statutowych. Ich wykaz prezentuje tabela 13. Okazuje się, że większość z nich znajduje się w powiecie nowosądeckim. Rozmieszczenie uzdrowisk na terenie województwa przedstawia mapa 4.

**Tabela 13**

*Wykaz uzdrowisk statutowych w województwie małopolskim*

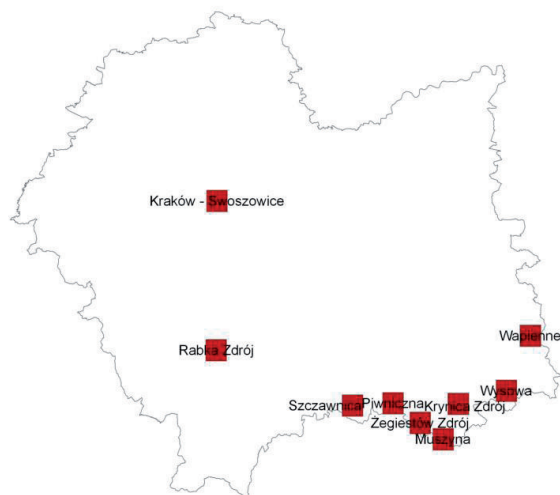
Uzdrowisko statutowe	Miasto/Gmina	Liczba mieszkańców w tys.
Krynica	m. Krynica	16,5
Muszyna	m. Muszyna	11,5
Piwniczna	m. Piwniczna-Zdrój	10,5
Rabka-Zdrój	m. Rabka	17,2
Swoszowice - m. Kraków <sup>a)</sup>	m. Kraków	21,4
Szczawnica	m. Szczawnica	7,4
Wapienne	gm. Sękowa	5
Wysowa	gm. Uście Gorlickie	0,7
Żegiestów-Zdrój	gm. Muszyna	11,2

a) Miasto Kraków: 756,2 tys. mieszkańców.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia: Departament Organizacji i Ochrony Zdrowia: Wydział Uzdrowisk.

Środowisko naturalne uzdrowisk Małopolski jest jednym z najbardziej korzystnych dla rozwoju funkcji leczniczej. Położenie uzdrowisk w Małopolsce w otoczeniu dużych kompleksów zieleni będących pod ochroną daje gwarancję pełnej izolacji od zanieczyszczeń środowiska i ma szczególne znaczenie w odniesieniu do terenów podgórskich i górskich. Uzdrowiska Małopolski to przede wszystkim odpowiednie miejsca dla klimaterapii, balneoterapii jak również, dzięki obszarom urozmaiconego krajobrazu – do prowadzenia kinezyterapii czy innej działalności profilaktycznej i rehabilitacyjnej.





**Mapa 4. Rozmieszczenie uzdrowisk statutowych w Małopolsce.**

Źródło: Opracowanie własne.

#### **Uzdrowisko Krynica-Zdrój**

Krynica-Zdrój nazywana „perłą uzdrowisk podgórskich i górskich” położona jest we wschodniej części Beskidu Sądeckiego w powiecie nowosądeckim. Zajmuje obszar o powierzchni 14 518 ha, w tym miasto Krynica – około 4000 ha<sup>141</sup>. W skład tej gminy wchodzi miejscowości: Berest, Czarna, Mochnaczka Niżna, Mochnaczka Wyżna, Muszynka, Piorunka, Polany i Tylicz. Od północy gmina graniczy z gminą Grybów, od zachodu z gminami Piwniczna-Zdrój i Łabowa, od południa z gminą Muszyna. Granicę południowo-wschodnią stanowi odcinek granicy państwowej Polski i Słowacji. Dostępność komunikacyjną gminy zapewnia układ dróg krajowych i wojewódzkich. Przygraniczne położenie gminy oraz turystyczno-rekreacyjna atrakcyjność terenów górskich powodują, że na wszystkich kategoriach dróg ruch lokalny nakłada się na przejazdy tranzytowe i turystyczne, a przewozy osobowe na transport ciężarowy. Uwarunkowania społeczno-historyczne w powiązaniu z warunkami środowiskowymi i ukształtowaniem terenu spowodowały wielokrotnie większe niż w innych regionach rozproszenie zabudowy, która z konieczności była realizowana wzdłuż rzek i potoków oraz na stromych zboczach górskich.

Krynica dysponuje połączeniem kolejowym z możliwością dojazdu do największych miast Polski, jak również połączeniem kolejowym z Muszyną, prowadzącym na Słowację oraz licznymi połączeniami autobusowymi (tzw. komunikacja uzdrowiskowa i podmiejska, linie dalekobieżne).

Znacznym utrudnieniem komunikacyjnym dla uzdrowiska Krynica jest ruch samochodowy, odbywający się na wąskich ulicach miasta i jego okolic, zwłaszcza w sezonach letnim i zimowym, który powoduje ogromne zanieczyszczenie środowiska. Na terenie obszaru uzdrowiskowego Krynica-Zdrój znajduje się szereg oznaczonych tras szlaków turystycznych i rowerowych o łącznej długości 120 km.

<sup>141</sup> Plan rozwoju lokalnego gminy Krynica-Zdrój. Instytut Karpacki, Stary Sącz 2005, s. 5.

Wszystkie elementy środowiska naturalnego, jakie występują w uzdrowisku Krynica, stanowią wysoką atrakcyjność dla turystyki. Walory turystyczne krajobrazu kulturowego gminy, a zwłaszcza Krynicy-Zdroju, stanowią cenne uzupełnienie oferty uzdrowskiej. Kwalifikuje to Krynice do rangi miejscowości o znaczeniu ponadregionalnym.

Krynica leży w regionie bioklimatycznym VI „podgórskim i górskim”, na wysokości 560-620 m n.p.m. Jest to uzdrowisko górskie dolinne, charakteryzujące się typem bioklimatu o umiarkowanej i silnej bodźcowości. Działanie bodźcowe wpływa korzystnie na organizm ludzki poprzez pobudzenie szpiku kostnego do produkcji krwinek czerwonych, wzmożenie wentylacji płuc, pobudzenie mechanizmów odpornościowych. Analiza danych meteorologicznych wskazuje, że klimat Krynicy spełnia warunki stawiane miejscowościom uzdrowskim. Zwracają uwagę dobre warunki solarne i termiczne oraz niewielkie zanieczyszczenia powietrza<sup>142</sup>. Charakterystyczne cechy klimatu lokalnego Krynicy wynikają z jej położenia w dolinie górskiej. Zalicza się do nich: ograniczenie dopływu energii słonecznej w dnie doliny Krynicy-Zdroju wskutek zasłonięcia horyzontu i inwersyjne układy temperatury, kształtujące się pomiędzy dnem doliny a otaczającymi szczytami. Najlepsze warunki do leczenia klimatycznego trwają od kwietnia do października. Podstawą rozwoju funkcji uzdrowskich w Krynicy-Zdroju jest występowanie wód mineralnych. Wody krynickie od XVIII wieku zaczęły decydować o obliczu miejscowości uzdrowskiej, notowanej już w 1547 roku<sup>143</sup>. Ponadto surowcem leczniczym wykorzystywanym w leczeniu uzdrowskim w Krynicy jest borowina, pochodząca ze złoża torfowego znajdującego się w miejscowości Mochnaczka. Borowinę wykorzystuje się w wielu zabiegach, ma ona szerokie zastosowanie w chorobach układu krążenia, narządu ruchu, z zakresu reumatologii, neurologii, diabetologii, chorób metabolicznych oraz ginekologii.

Skład chemiczny wód mineralnych Krynicy-Zdroju jest zróżnicowany i w głównej mierze zależy od głębokości ich zalegania. Obecnie wody mineralne czerpie się z 23 ujęć, w tym z 5 źródeł naturalnych i 18 odwiertów. Główne wody mineralne to „Zródło Główne”, „Słotwinka”, „Jan”, „Józef”, „Mieczysław”, „Tadeusz”, „Zuber”, „Krynicyanka”. Krynickie wody o wybitnych właściwościach leczniczych stosowane są głównie w leczeniu schorzeń przewodu pokarmowego, szczególnie choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, nadkwaśności i niedokwaśności, stanów zapalnych żołądka, jelit, chorób trzustki, wątroby i dróg żółciowych. Ponadto stosowane są w leczeniu niedokrwistości oraz chorób przemiany materii: miażdżycy, cukrzycy, nadczynności tarczycy, skazy moczanowej i kamicy moczowej. Wszystkie źródła krynickie mają cechy wód hipotermalnych<sup>144</sup>. Są to szczyawy alkaiczne, sodowe, wapniowe, magnezowe, bromkowe, jodowe i żelaziste<sup>145</sup>. Szczegółowy wykaz wód leczniczych oraz ich zastosowań w leczeniu uzdrowskim prezentuje tabela 14.

---

<sup>142</sup> T. Kozłowska-Szczęśna, K. Błażejczyk, B. Krawczyk, D. Milanówka: *Bioklimat uzdrowsk polskich i możliwości jego wykorzystania w leczeniu*. PAN, Warszawa 2002, s. 259.

<sup>143</sup> *Krynica-Zródło*. Informator turystyczny. UMiG, Krynica Zródło 2002, s.6.

<sup>144</sup> R. Nowacki: *Krynica-Zródło – nowoczesne uzdrowisko i ośrodek turystyczny*, W: *Uwarunkowania rozwoju turystyki zagranicznej w Europie Środkowej i Wschodniej*. Uniwersytet Wrocławski, Wrocław 2007, s.74.

<sup>145</sup> W. Kasprzak, A. Mańkowska: *Fizykoterapia, medycyna uzdrowskowa i SPA*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, s. 311.

Lasy gminy Krynica-Zdrój mają wielorakie znaczenie, ich szczególna rola wiąże się zwłaszcza z wpływem, jaki wywierają na klimat uzdrowiska, stanowiąc ważny czynnik leczniczy. Zarówno w lecznictwie, jak i w turystyce bardzo ważną rolę odgrywa estetyka lasów krynickich podnoszących walory krajobrazowe uzdrowiska i jego okolic. Szczególną atrakcyjnością charakteryzują się lasy pokrywające Górę Parkową (Park Zdrojowy) oraz pasmo Jaworzyny Krynickiej. Obszary leśne gminy stanowią atrakcyjne tereny łowieckie i pozyskiwania runa leśnego. Równie bogaty na terenie lesistego Beskidu Sądeckiego, a w tym lasach gminy Krynica jest świat zwierząt.

**Tabela 14**  
**Wody mineralne Krynicy-Zdroju i ich główne wykorzystanie**

Wody lecznicze	Rodzaj	Zalecane spożycie
Zdrój Główny	0,32% szczawa wodorowęglanowo-wapniowa, manganowa z dużą zawartością bezwodnika kwasu węglowego	Stosuje się przy schorzeniach przewodu pokarmowego, niektórych chorobach żołądka (nieżyt niedokwaśny i bezkwaśny), anemiach, krzywicach niedokrwistości oraz zaburzeniach gruczołów dokrewnych
Zdrój Słotwinka	0,41% szczawa wodorowęglanowo-magnezowo-sodowa-wapniowa, żelazista	Stosowana w przewlekłych nieżytach przewodu pokarmowego, schorzeniach przewodu pokarmowego, miażdżycy, zaburzeniach gruczołów dokrewnych dróg moczowych, chorobach wynikłych z niedoboru magnezu (nerwice, stany stresowe itp.) oraz nerwicach
Jan	0,071% szczawa słabo zmineralizowana z przewagą wodorowęglanu wapnia	Bardzo moczopędna, idealna w leczeniu kamicy nerkowej i w przewlekłych stanach zapalnych dróg moczowych. Stosowana również przy skazie moczanowej, miażdżycy i cukrzycy, gdyż obniża poziom cholesterolu we krwi
Józef	0,11% szczawa wodorowęglanowo-wapniowa. Silne działanie moczopędne	Stosowany w leczeniu schorzeń dróg moczowych i nerek, a także przy niektórych schorzeniach przewodu pokarmowego, oraz przy leczeniu niedokrwistości
Mieczysław	0,42% szczawa wodorowęglanowo-wapniowa	Stosuje się go przy chorobach przewodu pokarmowego, nerek, skazie moczanowej oraz niedokrwistości
Tadeusz	0,38% szczawa wodorowęglanowo-wapniowa z dużą zawartością żelaza	Stosowana przy nadkwasocie żołądka, niedowładzie żołądka, nieżytach jelita cienkiego, wrzodziejących nieżytach jelita grubego oraz przy niedokrwistości, a także przy niektórych alergicznych schorzeniach przewodu pokarmowego
Zuber	(jedna z najsilniejszych w Europie) 2,14% szczawa	Pomaga w leczeniu nadkwasoty, stosowana przy schorzeniach przewodu pokarmowego, głównie w leczeniu choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, wątroby, dróg żółciowych i cukrzycy. Łagodzi także przykre objawy nadużycia alkoholu.
Kryniczanka	oadmineralizowana woda ze Zdroju Głównego	Składniki w niej zawarte plasują ją na jednym z czołowych miejsc wśród krajowych wód mineralnych. Kryniczanka zawiera minerały potrzebne dla prawidłowego funkcjonowania organizmu. Dzięki wysokiej zawartości składników mineralnych działa korzystnie na organizm. Między innymi reguluje czynności układu nerwowo-mięśniowego, działa antystresowo oraz przeciwalergicznie, zapobiega zawałom serca oraz miażdżycy naczyń krwionośnych, obniża poziom cholesterolu we krwi, Pobudza apetyt, ułatwia trawienie, reguluje przemianę materii Ta bardzo smaczna woda mineralna zalecana w celach zdrowotnych i profilaktycznych do codziennej konsumpcji.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów informacyjnych Uzdrawiska Krynica-Żegiestów SA., [www.krynica.pl](http://www.krynica.pl).

## Uzdrowisko Muszyna

Obszar miasta i gminy Muszyna położony jest u zbiegu trzech mezoregionów karpackich – Beskidu Sądeckiego, Gór Czerchowskich i Magury Kurczyńskiej, a dokładniej w powiecie nowosądeckim<sup>146</sup>. Muszyna leży w dolinie rzeki Poprad oraz dwóch jego dopływów – potoków Szczawnik i Muszynka<sup>147</sup>. Gmina zajmuje obszar 142 km<sup>2</sup>, co stanowi 9,16% powierzchni powiatu nowosądeckiego. Sąsiaduje z gminami: Krynica-Zdrój, Łabowa, Piwniczna-Zdrój oraz ze Słowacją. W jej skład wchodzi następujące miejscowości sołectwa: Andrzejówka, Dubne, Jastrzębik, Leluchów, Milik, Powroźnik, Szczawnik, Wojkowa, Złockie, Żegiestów oraz miasto Muszyna, a także miejscowości bez statusu sołectwa: Łopata Polska, Żegiestów-Zdrój<sup>148</sup>.

Pomimo usytuowania miasta i gminy Muszyna na pograniczu Małopolski i przy granicy polsko-słowackiej, komunikacja z gminą jest dobra. Linia o niewielkim już znaczeniu jest lokalne połączenie kolejowe prowadzące z Muszyny do Krynicy Zdroju obsługujące wygasający ruch osobowy. Na terenie obszaru uzdrowiskowego Muszyna znajduje się szereg szlaków turystycznych o długości 135,4 km oraz tras rowerowych o długości 32,1 km.

Uzdrowisko położone jest na wysokości 450-500 m n.p.m. w regionie bioklimatycznym VI „podgórskim i górskim”, odznaczającym się dużym zróżnicowaniem warunków bioklimatycznych. Muszyna znajduje się w najniższym piętrze klimatycznym Beskidu Sądeckiego umiarkowanie ciepłym. Klimat lokalny ma specyficzne właściwości wynikające z położenia w dolinie górskiej, należą do nich: osłabienie dopływu promieniowania słonecznego do dolnych partii zboczy, duże kontrasty dobowe temperatury powietrza, duża liczba mgieł, znaczna zaciśność. W porównaniu z Krynica warunki termiczne są w Muszynie korzystniejsze<sup>149</sup>. Z punktu widzenia bioklimatologii profil leczniczy nie budzi zastrzeżeń, na większości obszaru uzdrowiska można korzystać z różnych form klimatoterapii.

Głównym bogactwem Muszyny są zasoby wód mineralnych, wykorzystywane m.in. w leczeniu – i co bardzo istotne – bezpłatnie udostępniane w pijalniach wód i w sezonowych punktach czerpania wód mineralnych. Wody mineralne udokumentowane są związane z prowincją karpacką subregionu popradzkiego<sup>150</sup>, z centralną strefą hydrochemiczną, która przebiega przez miejscowości usytuowane w dolinie Popradu i dolinach jej prawobrzeżnych dopływów. Obszar ten szczyli się mianem Popradzkiego Zagłębia Balneologicznego. Jest to największe i najpopularniejsze w Polsce zagłębie „rozlewnicze wód mineralnych”, gdzie butelkowane są najbardziej wartościowe wody, znane i doceniane nie tylko

<sup>146</sup> A. Szewczyk, J. Śliwińska: *Środowisko przyrodnicze Muszyny*. Biograf, Warszawa 2000, s. 82-89.

<sup>147</sup> *Podróże po zdrowie i urodę. 130 uzdrowisk, ośrodków wellness i SPA w Polsce i za granicą*. VIDEOGRAF II, Katowice 2008, s. 5.

<sup>148</sup> *Strategia rozwoju społeczno-gospodarczego miasta i gminy uzdrowiskowej Muszyna na lata 2008-2015*. UMiG, Muszyna 2008, s.12.

<sup>149</sup> K. Błażejczyk, *Zróżnicowanie bioklimatyczne Złockiego na tle ogólnych cech klimatu regionu*. „Problemy Uzdrowiskowe”, 1982, nr 1/6, s. 47-69.

<sup>150</sup> B. Paczyński, Z. Płochniewski: *Wody mineralne i lecznicze Polski*. Państwowy Instytut Geologiczny, Warszawa 1996, s. 108.

na obszarze całej Polski, ale również poza jej granicami<sup>151</sup>. Wody mineralne typu szczaw i wody kwasowęglowe oraz wody źródlane wydobywane ze złóż w uzdrowisku Muszyna i w miejscowości Powroźnik są objęte obszarem górnictwem „Muszyna II”, rozlewane są w siedmiu rozlewniach. Na omawianym obszarze znajduje się 40 ujęć wód leczniczych (39 odwiertów i jedno źródło). Są one butelkowane jako naturalne wody mineralne zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia<sup>152</sup>. Zastosowanie wód leczniczych w zabiegach lecznictwa uzdrowiskowego przedstawia tabela 15.

**Tabela 15**  
**Zastosowanie muszyńskich wód mineralnych w lecznictwie uzdrowiskowym**

Wody lecznicze	Stosowane zabiegi
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Szczawy wodorowęglanowo-wapniowe;</li> <li>• Szczawy wodorowęglanowo-magnezowo-sodowe;</li> <li>• Szczawy wodorowęglanowo-magnezowo-sodowe żelaziste.</li> </ul>	Kinezyterapia, kuracja pitna, inhalacje, hydroterapia, zabiegi elektro i światłolecznice, galwanoborowina, zabiegi borowinowe, kąpiele lecznicze, magnetronie, lasetronic.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów gminy Muszyna.

I. Ponikowska: *Kompendium balneologii. Kierunki i wskazania do lecznictwa uzdrowiskowego*. Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2001, s. 223.

Na terenie gminy Muszyna znajdują się wody lecznicze, wykorzystywane przy leczeniu chorób żołądka, przemian materii, serca oraz chorób nerwowych. Lecznicze wody mineralne magnezowo-wapniowe wykazują działanie neutralizujące na sok żołądkowy, działają przeciwwzapalnie. Stąd biorą się dobre wyniki terapeutyczne uzyskiwane w leczeniu kuracją pitną choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, nadkwaśnego nieżytu żołądka oraz stanów zapalnych jelit. Wpływają również wspomagająco w leczeniu cukrzycy i stanów zapalnych trzustki. W gminie Muszyna występują również stołowe wody mineralne (tabela 16). Wody butelkowane mają znaczenie prewencyjno-lecznicze, pobudzają trawienie, wzmagają apetyt, a niektóre z nich uzupełniają niedobór soli mineralnych w organizmie. Wskazania prewencyjne dla naturalnych butelkowanych wód mineralnych „Muszynianki” obejmują wczesne eliminowanie czynników ryzyka miażdżycy i chorób nowotworowych.

**Tabela 16**  
**Stołowe wody mineralne, butelkowane na terenie Muszyny**

Nazwa wody	Cechy wody	Zalecane spożycie
Muszynianka	alkaliczna, zawiera naturalny CO <sub>2</sub> , produkowana w postaci gazowanej i niegazowanej.	choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, nieżyt żołądka jelit z objawami nadkwasowości, stany zapalne jelita grubego, wspomagająco w cukrzycy i stanach zapalnych trzustki, nadciśnienie tętnicze i związane z nimi dolegliwości.

<sup>151</sup> Zdecydowana większość omawianych muszyńskich wód mineralnych ma ogromne znaczenie fizjologicznie odżywcze ze względu na zawartości Mg<sup>2+</sup> (od 50 mg/dm<sup>3</sup>) i Ca<sup>2+</sup>(od 150 mg/dm<sup>3</sup>). Plan Rozwoju Uzdrawiska Muszyna na lata 2009-2015. UMiG, Muszyna 2009 r., s. 31 i 67.

<sup>152</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn 17.12.2004 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i wód stołowych. Dz.U. nr 276, poz. 2738.

Muszyńska woda mineralna	magnezowo - wapniowo - alkaiczna, zawiera naturalny CO <sub>2</sub> , produkowana w postaci gazowanej i niegazowanej.	ludzie aktywni, intensywnie pracujący zarówno fizycznie jak i umysłowo oraz uczący się.
Muszyna Zdrój	magnezowo - wapniowo - alkaiczna, zawiera naturalny CO <sub>2</sub> , produkowana w postaci gazowanej i niegazowanej.	schorzenia wrzodowe żołądka, nieżyty żołądka i jelit, stany zapalne jelita grubego, nadciśnienie układu krążenia, osteoporoza, niewydolność wątroby, stany depresyjne.
Galicjanka	magnezowo - wapniowo - alkaiczna, zawiera naturalny CO <sub>2</sub> , produkowana w postaci gazowanej i niegazowanej.	dla ludzi w każdym wieku, uzupełnienie codziennego żywienia.
Muszyna Minerale	magnezowo - wapniowo - alkaiczna, zawiera naturalny CO <sub>2</sub> , produkowana w postaci gazowanej i niegazowanej.	cenna woda profilaktyczna.

Źródło: www.muszyna.pl oraz *Plan rozwoju uzdrowiska Muszyna na lata 2009-2015*, Załącznik do Uchwały nr XXX/444/2009 Rady Miasta i Gminy Uzdrawiskowej Muszyna z dnia 25 czerwca 2009 roku, s. 67.

### Uzdrowisko Piwniczna-Zdrój

Piwniczna-Zdrój to podgórskie uzdrowisko położone w Beskidzie Sądeckim w dolinie Popradu, w powiecie nowosądeckim, w strefie przygranicznej polsko-słowackiej. Terytorialnie jednostka ta ma charakter gminy miejsko-wiejskiej. Samo miasto leży na terenie Popradzkiego Parku Krajobrazowego, otoczone lesistymi szczytami Eliaszkówki, Niemcowej, Granicy i Kicarza. Piwniczna-Zdrój położona jest na wysokości 370-500 m n.p.m. Otaczają ją następujące jednostki: od północy gminy Rytró, Nawojowa i Łabowa, od południowego-wschodu miasto i gmina uzdrawiskowa Muszyna. Miasto i gmina Piwniczna-Zdrój zajmuje łącznie obszar 126 km<sup>2</sup> (z czego obszar miejski stanowi 38,3 km<sup>2</sup>, tereny wiejskie 88 km<sup>2</sup>), co daje ponad 8% powierzchni powiatu nowosądeckiego. Miasto i gmina Piwniczna jest zatem jedną z większych jednostek terytorialnych tworzących powiat nowosądecki. W skład jednostki obok miasta wchodzi następujące sołectwa: Głębokie, Kokuszka, Łomnica, Młodów, Wierchomla oraz Zubrzyk.

Piwniczna leży w regionie bioklimatycznym VI „podgórskim i górskim” (360-420 m n.p.m.). Jest to uzdrowisko podgórskie dolinne, o typie bioklimatu umiarkowanie boǳcowym<sup>153</sup>. Warunki klimatyczne odzwierciedlają umiarkowany klimat podgórski silnie boǳcowy.

Miasto i Gmina Piwniczna-Zdrój w całości znajduje się w środkowej części prowincji wód mineralnych szczaw karpaccich. Strefa ta rozciąga się od Szczawnicy przez Piwniczną, Żegiestów, Muszynę, Krynicę i Wysową, a w kierunku południowym przechodzi na teren Słowacji. Obszar gminy charakteryzuje się wysokim potencjałem hydrologicznym, leży w strefie największej gęstości sieci rzecznej i źródeł. Objęty jest strefą szczególnej ochrony zasobów wodnych ze względu na występowanie wód słodkich i płytkich wód mineralnych. Na obszarach miasta i gminy Piwniczna-Zdrój występuje 6 ujęć źródeł mineralnych oraz dwie płytkie studnie z wodą mineralną. W celach leczniczych wykorzystuje się borowinę oraz wysokozmineralizowane szczawy wodorowo-węglanowo-wapniowo-magnezowe-żelaziste. Ich zastosowanie prezentuje tabela 17.

<sup>153</sup> T. Kozłowska-Szczęśna, K. Błażejczyk, B. Krawczyk, D. Milanówka: *Bioklimat uzdrawisk polskich*, op. cit., s. 330.

**Tabela 17****Zastosowanie wód mineralnych w lecznictwie uzdrowiskowym w Piwnicznej Zdroju**

Wody lecznicze	Stosowane zabiegi
Szczawy wodorowęglanowo-wapniowo-magnezowo-sodowe żelaziste.	Kinezyterapia, zabiegi borowinowe, kuracja pitna, inhalacje, hydroterapia, kąpiele mineralne, zabiegi elektro i światłolecznicze (niepełny zakres), kąpiele lecznicze, fizykoterapia, ozonoterapia, masaż klasyczny, krioterapia.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: I. Ponikowska: *Lecznictwo uzdrowiskowe. Poradnik dla chorych*. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1996, s.272.

I. Ponikowska: *Kompendium balneologii. Kierunki i wskazania do lecznictwa uzdrowiskowego*. Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2001, s. 206.

Szczawy występują na obszarze miejskim Piwnicznej Zdroju oraz w sołectwach Głębokie i Łomnica. Dla złoża wód leczniczych na terenie Miasta i Gminy został zatwierdzony „obszar i teren górniczy Piwniczna-Zdrój I”, o powierzchni 8,17 km<sup>2</sup>. Na tym terenie można wyróżnić występowanie m.in. następujących wód leczniczych: „Piwniczanka”, „Julian”, „Wierchomla” – wskazane do spożycia przy chorobie wrzodowej, kamicy nerkowej oraz „Łomniczanka” i „Stefan” – wskazane do spożycia w stanach zapalnych przewodu pokarmowego i zaporciach<sup>154</sup>.

W obrębie Miasta i Gminy Piwniczna znajdują się zespoły florystyczne i faunistyczne o największej zdolności do samooodtworzenia, a zarazem ze względu na skład gatunkowy najbardziej reprezentatywne dla tej części Karpat. Ze względu na wysoki potencjał biotyczny mają podstawowe znaczenie dla funkcjonowania przyrody Karpat. Jednocześnie obszary te mają fundamentalne znaczenie dla utrzymania równowagi i zachowania europejskiego dziedzictwa przyrodniczego. Przestrzeń obszarów górskich połączona jest ciągami i korytarzami ekologicznymi, które przebiegają przez obszar gminy. Poprad podobnie jak Dunajec stanowi najważniejszy ciąg ekologiczny polskich Karpat, łączący wszystkie mezoregiony karpackie w spójny system ekologiczny. Ważną rolę w zapewnieniu spójności ekologicznej obszaru spełniają otwarte przestrzenie rolno-leśne na stokach i w dolinach. Pełnią one rolę korytarzy i ciągów ekologicznych, wiążących obszary przyrodnicze w spójną całość. Obszar miasta i gminy Piwniczna charakteryzuje się znacznym udziałem obiektów objętych ochroną prawną, należą do nich: Popradzki Park Krajobrazowy (obejmuje 97% obszaru miasta i gminy), Obszar Chronionego Krajobrazu (to pozostałe 3% obszaru miasta i gminy), rezerваты przyrody (129,3 ha), liczne pomniki przyrody.

### **Uzdrowisko Rabka-Zdrój**

Rabka-Zdrój to jedno z najpopularniejszych w Polsce i Europie miast uzdrowiskowych. Jest to średniej wielkości uzdrowisko, położone u podnóża Gorców, w powiecie nowotarskim w dolinie rzeki Raby, na skrzyżowaniu ważnych szlaków komunikacyjnych (droga z Krakowa do Zakopanego oraz droga do Nowego Sącza i Bielska). Jest znane przede wszystkim jako górskie uzdrowisko dziecięce<sup>155</sup>. Gmina Rabka-Zdrój podzielona jest na 3 sołectwa (Chabówka, Ponice, Rdzawka) i 9 osiedli (Centrum, Rynek, Łęgi, Nowy Świat, Orkana, Rynek, Sądecka, Słone, Traczykówka, Zaryte). Gmina Rabka-Zdrój graniczy: od północy z gminami Lubień, Mszana Dolna

<sup>154</sup> *Strategia rozwoju społeczno-gospodarczego miasta i gminy Piwniczna-Zdrój na lata 2008-2015*, UMIG Piwniczna-Zdrój 2008, s. 41.

<sup>155</sup> M., R. Łazarkowie: *Uzdrowiska w Europie. Teraźniejszość i rys historyczny.*, op. cit., s.89.

i Niedźwiedź w powiecie limanowskim, od południa z miastem i gminą Nowy Targ oraz od wschodu z gminą Raba Wyżna. Miasto zajmuje obszar 36 km<sup>2</sup>, co stanowi 0,24% powierzchni województwa małopolskiego. Obszar uzdrowiska obejmuje obszar całego miasta, czyli 3669,8 ha<sup>156</sup>. Podstawowy układ drogowy gminy tworzą drogi krajowe, wojewódzkie i powiatowe. Poważnym utrudnieniem komunikacyjnym w uzdrowisku jest dość duży ruch kołowy a przede wszystkim ten odbywający się w bezpośrednim sąsiedztwie Parku Zdrojowego. Jest on niewątpliwie niekorzystny zarówno z punktu widzenia hałasu, jak i zanieczyszczenia powietrza, a także uniemożliwia lepsze wykorzystanie uzdrowiskowych ciągów pieszo-handlowych. Odrębny problem stanowi brak wyznaczonych miejsc parkingowych. W najbliższych latach planuje się inwestycje w zakresie poprawy istniejących wjazdów do uzdrowiska. Dzięki tym przedsięwzięciom znacznie poprawi się płynność ruchu na terenie miasta.

W chwili obecnej można zauważyć, że istniejąca w gminie infrastruktura kolejowa jest wykorzystywana w niewielkim stopniu. Związane jest to z ogólnokrajowym kryzysem PKP, złym stanem technicznym i niedostosowaniem do potrzeb klienta.

Gmina Rabka ze względu na położenie, warunki klimatyczne i przyrodnicze ma wybitnie turystyczno-wypoczynkowy charakter. Przez teren gminy prowadzą piesze szlaki turystyczne oraz trasy rowerowe o łącznej długości 143, 5 km. Planowane jest uzupełnienie dotychczas istniejących szlaków nowymi przeznaczonymi dla potrzeb turystyki pieszej i rowerowej oraz wycieczek konnych.

Rabka usytuowana jest na wysokości 500-560 m n.p.m. w kotlinie, otoczona zalesionymi górami. Uzdrowisko położone jest w regionie bioklimatycznym VI „podgórskim i górskim”, o typie bioklimatu umiarkowanie i silnie bodźcowym<sup>157</sup>. Największym atutem uzdrowiska Rabka jest klimat, zasoby wód mineralnych i walory krajobrazowo-turystyczne. Stwarzają one warunki do rozwijania potencjału uzdrowiskowego miejscowości, a także mają bezpośredni wpływ na kształtowanie i rozwój zaplecza uzdrowiskowego całej Gminy. Dane meteorologiczne wykazują, że Rabka spełnia pod względem bioklimatycznym warunki stawiane miejscowościom uzdrowiskowym ze względu na korzystne warunki do prowadzenia zabiegów klimatoterapeutycznych przez cały rok, a profil leczniczy nie budzi zastrzeżeń z punktu widzenia bioklimatologii. Duża ilość lasów sprzyja leczeniu i rehabilitacji dzieci.

Oprócz walorów bioklimatycznych, do naturalnych czynników leczniczych Rabki zalicza się wody mineralne, solanki oraz złoża borowiny typu niskiego<sup>158</sup>, dowożone ze złoża torfu w Czarnym Dunajcu<sup>159</sup>. Największym bogactwem Rabki są wody chlorkowo-sodowe i jodkowe bromkowe, źródła te należą do jednych z najsilniejszych solanek jodowo-bromowych w Europie, a w mieście znajduje się 9 ujęć solanek jodkowo-bromkowo-sodowo-chlorkowych. Na terenie gminy Rabka

---

<sup>156</sup> Plan rozwoju uzdrowiska Rabka-Zdrój na lata 2009-2015, UMiG Rabka-Zdrój 2009, s.29.

<sup>157</sup> T. Kozłowska-Szczęśna, K. Błażejczyk, B. Krawczyk, D. Milanówka: *Bioklimat uzdrowisk polskich*, op. cit., s. 391.

<sup>158</sup> I. Ponikowska: *Lecznictwo uzdrowiskowe. Poradnik dla chorych*, Oficyna Wydawnicza „BRANTA”, Bydgoszcz 1996, s. 276.

<sup>159</sup> Z. Kruczek, A. Weseli: *Uzdrowiska karpackie*, Krajowa Agencja Wydawnicza w Krakowie, Kraków 1987, s.119.



występują wody lecznicze w źródłach głębinowych (o głębokości do 1200 m). Wody lecznicze Rabki stosowane są do kuracji kąpielowej, pitnej i wziewnej. Przy ich użyciu leczone są nieżyty dróg oddechowych, niedokrwistość, choroby alergiczne, astma oskrzelowa, skaza wysiękowa, krzywica, choroby przemiany materii, układu krążenia, miażdżycy. Wydobyciem wód mineralnych zajmuje się Uzdrowski Zakład Górniczy Rabka-Zdrój, Oddział Rabka-Zdrój i odbywa się z następujących odwiertów na terenie uzdrowiska: Ujęcie „Krakus”, Ujęcie „Warzelnia”, Ujęcie „Helena”, Ujęcie „Rabka-19”, Ujęcie „Rabka-18”.

Lasy otaczające uzdrowisko spełniają głównie funkcje ochronne dla wód mineralnych, źródeł i wód bieżących, ponadto oddziałują łagodząco na lokalny klimat. Stanowią także otulinę uzdrowską i z mocy ustawy włączone są do obszarów chronionych.

### **Uzdrowsko Swoszowice**

Swoszowice, jedno z najstarszych uzdrowsk polskich, należy pod względem geograficznym do Pogorza Wielickiego, stanowiącego najbardziej na północ wysunięty kraniec Karpat. Położone są w południowo-wschodniej części miasta Krakowa, w Dzielnicy X Swoszowice (Uchwała Rady Miasta Krakowa z 27.03.1991 r.), która jest jednostką pomocniczą gminy miejskiej Kraków. Natomiast dnia 27.09.2006 r. Rada Miasta Krakowa podjęła uchwałę nr CXVII/1231/06 w sprawie utworzenia „Osiedla Uzdrowsko Swoszowice” w ramach Dzielnicy X jako jednostki pomocniczej niższego rzędu. Powierzchnia Dzielnicy X wynosi 2 290 ha. Południową i wschodnią granicą Dzielnicy Swoszowice jest granica miasta Krakowa.

Obszar Osiedla Uzdrowsko Swoszowice zawiera się w granicach stref ochrony uzdrowskiej „A”, „B”, „C”. Klimatycznie obszar Swoszowic jest zdecydowanie korzystniejszy w stosunku do innych części miasta Krakowa. Położone są w regionie bioklimatycznym V „południowo-wschodnim”, w podregionie o zwiększonej bodźcowości termicznej<sup>160</sup>. Klimat i bioklimat Swoszowic cechuje się właściwościami leczniczymi, które mogą być wykorzystywane w leczeniu klimatycznym (głównie kinezyterapii) chorób narządu ruchu i chorób reumatycznych. Poprzez zróżnicowane bodźce klimatyczne może także wspomagać leczenie chorób skóry i chorób neurologicznych. Bioklimat Swoszowic ma walory hartujące układ termoregulacyjny i krwionośny. W półroczu chłodnym można w leczeniu klimatycznym wykorzystywać różne formy łagodnej i intensywnej terapii ruchowej. Zimą warunki bioklimatyczne mają ograniczoną przydatność dla klimatoterapii.

Na terenie Uzdrowska złożem wód leczniczych są wody mineralne, swoiste: siarczanowo-wodorowęglanowo-wapniowo-magnezowe, którym swoistość nadaje siarkowódór. Zasoby są odnawialne, tworząc tym samym system krążenia wód podziemnych w strukturze otwartej. Obszary zasilania usytuowane są w północno-wschodniej części strefy „C” ochrony uzdrowskiej. W ujęciu „Źródło Główne” i „Źródło Napoleon” występują wody typu  $SO_4-HCO_3-Ca-Mg, H_2S$ . Woda ta może być wykorzystywana w lecznictwie uzdrowskim do kąpieli leczniczych. Stwierdza się, że wody z tych ujęć spełniają wymagania określone dla wody leczniczej

---

<sup>160</sup> T. Kozłowska-Szczęsna, K. Błażejczyk, B. Krawczyk, D. Milanówka: *Bioklimat uzdrowsk polskich*, op. cit., s.449.

mineralnej, swoistej: 0,24 % siarczanowo-wodorowęglanowo-wapniowo-magnezowej, siarczkowej („Źródło Główne”) oraz 23 % siarczanowo-wodorowęglanowo-wapniowo-magnezowej, siarczkowej („Źródło Napoleon”). Wody swoszowickie nadają się szczególnie do leczenia schorzeń gośćcowych, zwanych popularnie reumatycznymi, i schorzeń pourazowych narządu ruchu. Stwierdzono również korzystny wpływ kąpeli siarczkowych w leczeniu początków choroby układu nerwowego. Podstawowe wartości lecznicze w wodach mają jony siarczkowe wchłaniane przez skórę podczas kąpeli. W uzdrowisku wykorzystuje się również leczniczą pastę borowinową, wytwarzaną w Bochni ze złóż torfowych występujących w okolicy Czarnego Dunajca.

### **Uzdrowisko Szczawnica**

Jest to znana miejscowość uzdrowska położona pomiędzy Małymi Pieninami a Beskidem Sądeckim, w bezpośrednim sąsiedztwie Pienińskiego Parku Narodowego. Jej nazwa pochodzi od kwaśnych wód zwanych przez górali szczawami<sup>161</sup>. Powierzchnia miasta Szczawnica wynosi 8789 ha<sup>162</sup>. Obok miasta Nowego Targu jest jedyną gminą miejską w powiecie nowotarskim.

Użytkowanie gruntów na terenie miasta Szczawnica jednoznacznie wskazuje na jego uzdrowski i turystyczny charakter. Ponad 68,5% powierzchni miasta zajmują lasy i grunty leśne sprzyjające zarówno rehabilitacji kuracjuszy, jak i stwarzające atrakcyjne otoczenie dla wypoczywających turystów. Duży odsetek stanowią także użytki zielone (łąki i pastwiska) – 21,5%. Grunty orne zajmują jedynie niecałe 6% powierzchni, co jest charakterystyczne z jednej strony dla ośrodków miejskich i turystycznych, a z drugiej strony dla terenów górskich.

Południowa granica miasta stanowi także granicę państwa ze Słowacją. Takie położenie determinuje możliwości rozwoju sieci komunikacyjnej, na którą składają się jedynie drogi powiatowe oraz gminne. Szczawnica ma połączenia autobusowe z Nowym Sączem, Krakowem, Zakopanem przez Nowy Targ, z Katowicami, Warszawą, Lublinem, Rzeszowem, Sanokiem i Gorlicami. Duże znaczenie na terenie miasta ma transport turystyczno-wypoczynkowy. Bezpośredniego połączenia kolejowego z innymi miastami Polski Szczawnica nie ma.

Uzdrowsko usytuowane jest na wysokości 430-520 m n.p.m. na rozległych południowych zboczach doliny Grajcarka i jego prawobrzeżnych dopływów: Szczawnego i Skotnickiego Potoku. Szczawnica leży w regionie bioklimatycznym VI „podgórskim i górskim” odznaczającym się dużym zróżnicowaniem warunków bioklimatycznych. Jest to uzdrowsko górskie tzw. zboczowe, charakteryzujące się typem bioklimatu umiarkowanie i silnie bodźcowym<sup>163</sup>. Otaczające Szczawnicę kompleksy leśne chronią miejscowość przed wiatrami i zapewniają czystość atmosfery. Dzięki tym walorom klimatycznym Szczawnica wyspecjalizowała się w leczeniu górnych dróg oddechowych, astmy, rozedmy płuc, oskrzeli, przewlekłych bronchitów, nieżytyłów nosa i gardła, katarów siennych, pylicy, krzemicy itp.

<sup>161</sup> *Odkryj Małopolskę. Przewodnik po wybranych trasach i szlakach turystycznych*. Departament Edukacji i Kultury Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego, Amistad, Kraków 2005, s.37.

<sup>162</sup> *Plan rozwoju lokalnego miasta Szczawnica na lata 2007-2009*, Urząd Miasta Szczawnica, Szczawnica 2007, s.5.

<sup>163</sup> T. Kozłowska-Szczęsna, K. Błażejczyk, B. Krawczyk, D. Milanówka: *Bioklimat uzdrowsk polskich i możliwości jego wykorzystania w lecznictwie*, op. cit., s. 455.

Szczawnica spełnia pod względem bioklimatycznym warunki stawiane miejscowościom uzdrowskiom. Uwagę zwracają korzystne warunki wilgotnościowe. W Szczawnicy jest stosunkowo mało dni parnych, co ma istotne znaczenie w leczeniu np. chorób układu oddechowego. Lecznictwo klimatyczne w Szczawnicy ma najlepsze warunki od kwietnia do października.

Specyficzny mikroklimat i brak w okolicy dużych szlaków komunikacyjnych sprawia, że jest to idealne miejsce do leczenia i wypoczynku. Jednak największym atutem uzdrowska są źródła wód leczniczych. Miasto posiada 12 źródeł wód mineralnych i leczniczych o różnorodnym składzie chemicznym. Są to szczawy wodorowęglanowe, sodowe, bromkowe i jodkowe, pomagające przy wielu różnych rodzajach schorzeń. W kuracjach pitnych wykorzystywane są wody z następujących źródeł: „Józefina” (najstarszy szczawnicki źródło, woda zalecana przy nieżytach gardła i nosa, rozedmie płuc, astmie i otyłości), „Stefan” (skład i właściwości podobne do poprzedniego źródła), „Jan” (źródło znane od 1869 roku, używane do produkcji wody stołowej Szczawniczanka), „Szymon” (woda stosowana głównie do leczenia niedokrwistości), „Wanda” (źródło powstało w 1867 roku przez połączenie dwóch mniejszych), „Magdalena” (wody bardzo silnie zmineralizowane, źródło odkryte w 1939 roku przez kuracjuszy), „Pitoniakówka” (odwiert dokonany w 1952 roku, *jedne z najsilniej zmineralizowanych wód w Polsce*, bardzo duża zawartość dwutlenku węgla, stosowana przy chorobach układu trawienia).

**Tabela 18**

**Zastosowanie wód mineralnych w lecznictwie uzdrowskiom w Szczawnicy**

Wody lecznicze	Stosowane zabiegi
Szczawy wodorowęglanowo-chlorkowo-sodowe bromkowe jodkowe	Kinezyterapia, hydroterapia, zabiegi borowinowe, kąpiele mineralne, kuracja pitna, inhalacje, zabiegi elektro i światłolecznice

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: I. Ponikowska: *Lecznictwo uzdrowskie. Poradnik dla chorych*. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1996, s.272; I. Ponikowska: *Kompendium balneologii. Kierunki i wskazania do lecnictwa uzdrowskiego*. Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2001, s. 206.

Dla ochrony bogactwa przyrodniczego i zrównoważonego rozwoju całego terenu utworzono Pieniński Park Narodowy z siedzibą w Krościenku n/Dunajcem oraz Popradzki Park Krajobrazowy. Stanowią one element istotny także dla rozwoju usług uzdrowskich i turystycznych.

**Uzdrowsko Wapienne**

Wapienne jest niewielką wsią położoną w Beskidzie Niskim, w powiecie gorlickim. Graniczy z Magurskim Parkiem Narodowym, na południu ze Słowacją, na wschodzie z województwem podkarpackim, natomiast pozostałe granice tworzy miasto Gorlice oraz gmina Lipinki, gmina Uście Gorlickie i gmina wiejska Gorlice. Uzdrowsko Wapienne należy do najmniejszych w Polsce.

Gmina Sękowa, w której położone jest uzdrowsko, zajmuje obszar o powierzchni 195 km<sup>2</sup>. W jej skład wchodzi wiosk: Sękowa, Siary, Owczary, Ropica Górna, Małastów, Krzywa, Wołowiec, Bodaki, Bartne, Męcina Mała, Męcina Wielka, Wapienne. Dodatkowe walory położenia gminy to: polsko-słowackie przejście

graniczne w Koniecznej oraz sąsiedztwo Krynicy (odległość 30 km) i Wysowej (możliwość dojścia szlakiem turystycznym), sztuczny zalew Klimkówka (odległość 15 km) z możliwością uprawiania sportów wodnych. Wapienne położone jest na wysokości 400 m n.p.m. Jest to niewielkie uzdrowisko zlokalizowane u wylotu wąskiej doliny, przechodzącej w niewielką kotlinę otoczoną wzniesieniami (500-600 m n.p.m.), które stanowią północną część Magurskiego Parku Narodowego (624 ha). Gmina Sękowa, w której położone jest uzdrowisko i okolice, to jeden z nielicznych obszarów, gdzie środowisko naturalne pozostało w postaci niemal nienaruszonej, a ingerencja człowieka nie zdążyła zniszczyć walorów krajobrazowych i środowiskowych. Wapienne położone jest w regionie bioklimatycznym VI „podgórskim i górskim”, charakteryzującym się dużą okresową zmiennością tych warunków. Wapienne jest uzdrowiskiem podgórskim dolinnym. Na terenie uzdrowiska dotąd nie prowadzi się obserwacji meteorologicznych, stąd brak jest opracowań odnoszących się do warunków klimatycznych tej miejscowości. Przybliżone wartości elementów meteorologicznych zostały wyznaczone na podstawie materiałów kartograficznych oraz wizji lokalnej. Pozwoliło to stwierdzić, że cały obszar uzdrowiska ma umiarkowanie korzystne warunki do lecznictwa klimatycznego.

Głównym surowcem leczniczym Wapiennego są wody siarczkowe, co przedstawia tabela 19 oraz pokłady borowiny z lokalnego torfowiska w Kamiennej Górze, które wykorzystuje się przy licznych zabiegach, zwłaszcza kąpielach i okładach. Oprócz tego stosuje się szereg innych zabiegów, jak masaże, hydroterapia, elektro i światłolecznictwo, inhalacje i ultradźwięki. Dzięki występującym surowcom można tu leczyć choroby narządów ruchu i reumatyczne, choroby skóry i układu oddechowego.

**Tabela 19**

**Zastosowanie wód mineralnych w lecznictwie uzdrowiskowym w Wapiennem**

Wody lecznicze	Stosowane zabiegi
Wody siarczkowe źródła: „Kamila”, „Marta” i „Zuzanna”	zabiegi borowinowe, kąpiele siarkowe, masaże, hydroterapia, elektro i światłolecznictwo, inhalacje i ultradźwięki.

Źródło: *Plan zagospodarowania przestrzennego województwa małopolskiego. Uwarunkowania rozwoju*. Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Departament Środowiska i Rozwoju Wsi, Kraków 2003, s. 23.

Na terenie gminy Sękowa 67% powierzchni zajmują lasy. Wśród zbiorowisk leśnych dominuje buczyna karpacka, ale znaczne powierzchnie zajmują również lasy jodłowe, olszyna karpacka i buczyna kwaśna. Buczyny charakteryzują się dużymi właściwościami detoksykacyjnymi i stymulującym bioklimatem, ogólnie korzystnym dla człowieka (z wyjątkiem osób z przewlekłymi chorobami dróg oddechowych i nadciśnieniem). Jest to ważny czynnik sprzyjający rozwojowi rekreacji, turystyki i działalności uzdrowiskowej<sup>164</sup>. Lasy pełnią także bardzo ważną funkcję glebochronną oraz retencyjną i wodochronną. Są też ważnym źródłem dochodu dla ludności. Potencjalnie istnieją tu duże możliwości rozwoju przetwórstwa owoców leśnych i grzybów. Znaczne obszary użytków zielonych i odłogów dają możliwości rozwoju

<sup>164</sup> *Zintegrowana strategia rozwoju obszarów wiejskich powiatu gorlickiego*. Starostwo Powiatowe w Gorlicach, Gorlice 2006, s.12.

pasterstwa i pszczelarstwa. Jednym z najważniejszych zasobów gminy Sękowa i uzdrowiska Wapienne jest krajobraz.<sup>165</sup>

Gmina Sękowa posiada bogate zasoby naturalne predestynujące ją przede wszystkim do rozwoju różnych form turystyki i wypoczynku. Dobre są również warunki dla działalności rolniczej i gospodarki leśnej. Omawiany obszar charakteryzuje się również bogatą, różnorodną fauną Karpat Zachodnich.

### **Wysowa Zdrój**

Wysowa jest wsią położoną w południowo-zachodniej, najwyższej części Beskidu Niskiego, nad rzeką Ropą, której źródła znajdują się na terenie tej wsi. Powierzchnia wynosi ok. 20 km<sup>2</sup>, co stanowi 7% gminy Uście Gorlickie. Położona jest na południowym zachodzie powiatu gorlickiego, na południu gminy Uście Gorlickie, która jest jedną z największych pod względem powierzchni gmin w Polsce. Gmina Uście graniczy od zachodu z gminami Grybów i Krynica, od północy z gminami Ropa i Gorlice, od południa z powiatem Bardejov znajdującym się na Słowacji. W okolicach miejscowości występują liczne szlaki dla turystyki pieszej (150 km, stanowiąc główny szlak beskidzki) i rowerowej.

Uzdrowisko leży w strefie klimatu górskiego z umiarkowanym natężeniem bodźców, na wysokości 510-550 m n.p.m w górnym odcinku doliny Ropy, której wody odznaczają się dużym stopniem czystości (w około 90% zaliczane są do I i II klasy czystości). Dzielnica uzdrowskowa usytuowana jest w dolnych partiach wzniesienia Gródek, sięgającego 712 m n.p.m. Wysowa położona jest w regionie bioklimatycznym VI „podgórskim i górskim”, odznaczającym się zróżnicowaniem warunków bioklimatycznych. Jest to uzdrowisko górskie dolinne o typie bioklimatu umiarkowanie i silnie bodźcowym. Wartości poszczególnych elementów meteorologicznych w Wysowej kształtują się w granicach norm przyjętych dla miejscowości uzdrowskiej. Zwracają uwagę bardzo dobre warunki solarne, mała liczba mgieł i dobre przewietrzanie uzdrowiska.

Uzdrowisko posiada wartościowe wody lecznicze, są to różnego rodzaju szczyawy o dużej zawartości pierwiastków śladowych (tabela 20). W celach terapeutycznych stosuje się tu także borowinę ze złoża w Czarnym Dunajcu. Na terenie Uzdrowiska „Wysowa” istnieją 52 źródła wody mineralnej, w tym 11 przebadanych. Wody występujące w rejonie Wysowej zaliczane są do drugiej strefy hydrochemicznej karpaccich prowincji wód mineralnych. Bogactwem zdroju są źródła wód leczniczych „Aleksandra”, „Bronisława”, „Józef I”, „Józef II”, „Słone” oraz odwierty W-11, „Henryk”, „Anna”, W-12, W-13, W-14, „Franciszek”, W-16, W-19. W uzdrowisku na bazie tych wód produkowana jest woda mineralna „Wysowianka”. Lasy zajmują 60% powierzchni gminy Uście Gorlickie, w której położone jest uzdrowisko Wysowa. Lasy administrowane przez Nadleśnictwo Łosie spełniają

---

<sup>165</sup> M. Dygoń: *Możliwości zrównoważonego rozwoju gminy Sękowa w oparciu o zasoby środowiska przyrodniczego*, W: M. Kistowski (red.): *Studia ekologiczno-krajobrazowe w programowaniu rozwoju zrównoważonego. Przegląd polskich doświadczeń u progu integracji z Unią Europejską*, Gdańsk 2004, s. 285–294 oraz M. Dygoń: *Zmiany krajobrazu gminy Sękowa w latach 1937–1997*, W: K. German, J. Balon (red.): *Przemiany środowiska przyrodniczego Polski a jego funkcjonowanie. Problemy Ekologii Krajobrazu* nr 10, UJ, Kraków 2001, s.692–697.

głównie funkcję ochronną i zostały zaliczone do I grupy. Na badanym terenie występują stanowiska roślin i zwierząt chronionych<sup>166</sup>.

**Tabela 20**

**Zastosowanie wód mineralnych w lecznictwie uzdrowiskowym w Wysowej**

Wody lecznicze	Stosowane zabiegi
Szczały wodorowęglanowo-wapniowe i szczały wodorowęglanowo-magnezowe	Kinezyterapia, zabiegi borowinowe, kuracja pitna, , inhalacje, hydroterapia, kąpiele mineralne, zabiegi elektro i światłolecznice.

Źródło: *Plan Zagospodarowania Przestrzennego Województwa Małopolskiego. Uwarunkowania rozwoju.* Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Kraków 2003, s. 23.

W okresie międzywojennym, gdy upewniano się o jakości warunków naturalnych, pojawiły się przewidywania, że Wysowa może stać się uzdrowiskiem o znaczeniu równym co najmniej Krynicy. Historia potoczyła się inaczej, ale dzisiaj wśród argumentów przemawiających za wyborem Wysowej jako miejsca wypoczynku i leczenia, eksponuje się nie tylko jej walory naturalne, w tym wody lecznicze, ale także specyfikę mikroklimatu w połączeniu z ciszą i spokojem uzdrowiska oddalonego od innych miejscowości. Dlatego niezbędny jest nowy i bardziej ambitny program rozwoju tego uzdrowiska.

### **Żegiestów-Zdrój**

Żegiestów-Zdrój, wieś uzdrowiskowa, położona jest na obszarze Popradzkiego Parku Krajobrazowego, na pograniczu polsko-słowackim, w dolinie rzeki Poprad. Podstawę rozwoju funkcji uzdrowiskowych Żegiestowa stanowią walory położenia geograficznego, specyficzne cechy lokalnego klimatu i występowanie złóż wód podziemnych o wysokim stopniu mineralizacji. Natomiast atrakcyjność turystyczną gminy podnoszą interesujące cechy krajobrazu kulturowego.

Wieś Żegiestów jest położona na wysokich zboczach porośniętych lasem na wysokości 410-480 m n.p.m. Uzdrowisko odznacza się bogatymi walorami krajobrazowymi a także stanowi wyjątkową zaciszę. Walory te w połączeniu z wartościowymi pod względem prewencyjno-leczniczym i naturalnymi wodami mineralnymi predysponują Żegiestów do odegrania szczególnej roli w promocji zdrowia i zapobiegania czynnikom ryzyka chorób cywilizacyjnych. Żegiestów leży w regionie bioklimatycznym VI „podgórskim i górskim”, odznaczającym się dużym zróżnicowaniem warunków bioklimatycznych. Jest uzdrowiskiem podgórskim dolinno-zboczowym, o typie bioklimatu umiarkowanie bodźcowym, okresowo silnie bodźcowym. Najlepsze warunki lecznictwa klimatycznego trwają od maja do października.<sup>167</sup>

W Żegiestowie-Zdroju występują wody mineralne z rodzaju szczały wodorowęglanowo-wapniowo-magnezowych z domieszką żelaza, boru i sodu. Szczały te pod względem zawartości kwasu węglowego dorównują szczałom krynickim. Są one niezbędne w leczeniu schorzeń układu trawienia i układu

<sup>166</sup> Gmina Uście Gorlickie. *Wysowa Zdrój.* P.U.W „ROKSANA”, Krosno 2010, s.12.

<sup>167</sup> T. Kozłowska-Szczęśna, K. Błażejczyk, B. Krawczyk, D. Milanówka: *Bioklimat uzdrowisk polskich*, op. cit., s. 583.

moczowego. Lecznicze właściwości wód mineralnych, znane i cenione od dawna, nadal znajdują się w centrum zainteresowania medycyny. Wody mineralne występujące w omawianym uzdrowisku stanowią bogactwo regionu, przedstawiają wysoką wartość leczniczą. W leczeniu schorzeń wykorzystywane są kąpiele, kuracja pitna, inhalacje, hydroterapia oraz masaże. W chwili obecnej na terenie Żegiestowa występują czynne odwierty leczniczej wody mineralnej. Do kuracji pitnych wykorzystywane są wody mineralne ze źródeł „Anna” (najstarsze w Żegiestowie), „Zofia II” (położone na Łopacie Polskiej) i „Żegiestów II” (tabela 21). Należy podkreślić, że zarówno Dom Zdrojowy, Łazienki Mineralne, jak również Pijalnia stoją obecnie opuszczone i stopniowo niszczone. Podobnie zaniedbany jest Park Zdrojowy, w którym stał pomnik Juliusza Słowackiego. Kuracjuszy przyjmuje jedynie kilka obiektów, w tym położony na Łopacie Polskiej pensjonat „Wiktor”, ostatnio odnowiony i przekształcony w nowoczesne sanatorium. Funkcja uzdrowska coraz bardziej oddala się od Żegiestowa-Zdroju w kierunku Żegiestowa Wsi i Łopaty Polskiej. Aby miejscowość mogła zachować status uzdrowska, niezbędne jest pozyskanie inwestora, który przejmie opuszczone budynki uzdrowskie (w pewnym stopniu rolę tę spełnia firma budowlana „Cechini”, która jest właścicielem sanatorium „Wiktor”).

**Tabela 21**

**Wody mineralne z rodzaju szczaw wodorowęglanowo-wapniowo magnezowych występujące w Uzdrawisku Żegiestów-Zdrój**

Nazwa własna	Skład chemiczny
Anna	szczawa wodorowęglanowo-wapniowo-magnezowa, żelazista
Andrzej	szczawa wodorowęglanowo-magnezowo-, żelazista
Żegiestów II	szczawa wodorowęglanowo-magnezowo-sodowa, bromowa
Zofia II	szczawa wodorowęglanowo-magnezowo-sodowo-wapniowa

Źródło: Opracowane własne na podstawie: [www.muszyna.pl](http://www.muszyna.pl); *Plan Rozwoju Uzdrawiska Muszyna na lata 2009-2015*. Załącznik do Uchwały nr XXX/444/2009 Rady Miasta i Gminy Uzdrawiskowej Muszyna z dnia 25 czerwca 2009 roku, s. 67.

Zalesione zbocza osłaniają kotlinę przed silnymi wiatrami. Mają one wielorakie znaczenie, ich szczególna rola wiąże się zwłaszcza z wpływem, jaki wywierają na klimat uzdrowska (poprawiają jakość powietrza i działają bakteriobójczo) stanowiąc ważny czynnik leczniczy. Zarówno w lecznictwie, jak i w turystyce, bardzo ważną rolę odgrywa estetyka tych lasów podnosząca walory krajobrazowe uzdrowska i jego okolic. Obszary leśne gminy stanowią atrakcyjne tereny łowieckie i pozyskiwania runa leśnego. Równie ciekawy i bogaty występuje na terenie wsi świat zwierząt.

### **3.2. Ocena rozwoju społeczno-gospodarczego uzdrowska województwa małopolskiego**

Województwo małopolskie zamieszkiwało w 2012 roku 3 354 077 osób. Stanowi to ponad 8,5% ludności kraju i plasuje województwo na 4 miejscu po województwie mazowieckim, śląskim i wielkopolskim. Najmniejszą gminą uzdrawiskową w Małopolsce pod względem liczby ludności jest gmina Sękowa.

Jednak należy podkreślić, że charakteryzuje się ona wyraźną dynamiką wzrostu liczby ludności zarejestrowanej wśród wszystkich gmin uzdrowiskowych. Znaczną dynamikę obserwuje się również w gminie Uście Gorlickie. Od 2007 roku zauważyć można tendencję zwiększania się liczby mieszkańców gmin Rabka Zdrój oraz Piwniczna. Również w Krakowie, w gminie Muszyna oraz na terenie uzdrowiska Żegiestów widoczna jest niewielka tendencja wzrostowa. Natomiast spadek ludności obserwuje się w gminie Krynica. Szczegółowe dane prezentuje tabela 22.

Analizując udział ludności poszczególnych gmin uzdrowiskowych w populacji województwa małopolskiego można zauważyć, iż w nieznacznym stopniu ma ona wpływ na wielkość ludności w regionie. Wszystkie bowiem badane gminy – z wyjątkiem Krakowa – stanowią tylko 2,27% ludności ogółem, a wliczając Swoszowice z liczbą 21,4 tys. mieszkańców, wskaźnik ten sięga 2,89%. Natomiast liczba mieszkańców miasta Krakowa wynosi około 23% ludności województwa ogółem. Warto podkreślić, że województwo małopolskie należy do regionów o stosunkowo wysokiej stopie przyrostu naturalnego, podczas kiedy w kilku województwach jest on ujemny. Z kolei w województwie małopolskim najwyższym przyrostem ludności wyróżnia się powiat nowosądecki.

**Tabela 22**

**Zmiany liczby ludności w gminach uzdrowiskowych województwa małopolskiego w latach 2005-2012**

Gmina uzdrowiskowa	Liczba ludności								Struktura w 2012 r. gmin uzdrowiskowych ogółem w %		Dynamika 2012 gdy 2005 rok = 100	Struktura w 2012 r. w odniesieniu do województwa małopolskiego w %
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	ze Swoszowicami	z Krakowem		
	m. Kraków <sup>a)</sup>	756629	756267	756583	754624	755000	757740	759137	758334	21,97		
Sękowa	4758	4790	4784	4785	4806	4890	4917	4921	5,05	0,59	103,43	0,15
Uście gorlickie	6260	6234	6243	6298	6334	6622	6669	6719	6,90	0,81	107,33	0,20
Krynica-Zdrój	16881	16799	16731	16707	16533	17157	17046	16980	17,43	2,04	100,59	0,51
Muszyna; Żegiestów-Zdrój	11245	11326	11362	11474	11464	11656	11697	11766	12,08	1,41	104,63	0,35
Piwniczna-Zdrój	10314	10398	10459	10483	10505	10690	10693	10688	10,97	1,28	103,63	0,32
Szczawnica	b.d.	b.d.	b.d.	7525	7382	7425	7433	7431	7,63	0,89	b.d.	0,22
Rabka-Zdrój	17201	17168	17160	17209	17268	17556	17507	17492	17,96	2,10	101,69	0,52
Razem gminy uzdrowiskowe	823288	822982	823322	829105	829292	833736	835099	834331	100,00	100,00	101,34	24,88
Małopolska	3266187	3271206	3279036	3287136	3298270	3336699	3346796	3354077	x	x	102,69	100

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS za lata 2005-2012.

a) Swoszowice liczą 21,4 tys. mieszkańców.

Dane statystyczne jednoznacznie wskazują, że najwięcej ludności zamieszkałej na terenie małopolskich gmin uzdrowiskowych, to osoby w wieku produkcyjnym. W grupie tej zauważamy niewielką tendencję wzrostową. Znaczny przyrost natomiast



stanowi liczba osób w wieku poprodukcyjnym, zaś ludność w wieku przedprodukcyjnym prezentuje tendencję spadkową. Zatem społeczeństwo starzeje się, co jest tendencją ogólnoeuropejską, choć w Polsce zjawisko to nabiera większego tempa ze względu na emigrację ludzi młodych oraz spadek wielkości urodzin. Zależność tą prezentuje tabela 23.

**Tabela 23**  
**Udział ludności według ekonomicznych grup wieku i płci w ludności ogółem w latach 2005-2012 w %**

Wyszczególnienie	W wieku przedprodukcyjnym						
	Ogółem			Mężczyźni		Kobiety	
	2 005	2 012	Tempo zmian 2012:2005	2 005	2 012	2 005	2 012
m.Kraków	16,2	15,4	-0,05	8,3	7,9	7,9	7,5
Sękowa	25,5	20,6	-0,19	13,3	10,1	12,2	10,5
Uście Gorlickie	27,4	24,0	-0,13	14,1	12,0	13,4	11,9
Krynica-Zdrój	23,3	19,1	-0,18	12,0	9,8	11,3	9,3
Muszyna; Żegiestów Zdrój	25,7	22,3	-0,13	13,1	11,4	12,5	10,9
Piwniczna-Zdrój	26,3	22,1	-0,16	13,3	10,8	13,0	11,3
Szczawnica	b.d.	19,6	-	b.d.	9,9	b.d.	9,8
Rabka-Zdrój	23,2	19,3	-0,16	12,0	9,9	11,2	9,5
Małopolska	21,8	19,4	-0,11	11,2	9,9	10,7	9,5
Wyszczególnienie	W wieku produkcyjnym						
	Ogółem			Mężczyźni		Kobiety	
	2 005	2 012	Tempo zmian 2012:2005	2 005	2 012	2 005	2 012
m.Kraków	66,4	64,1	-0,04	32,9	32,3	33,5	31,8
Sękowa	58,7	62,7	0,07	31,7	34,3	27,0	28,4
Uście Gorlickie	60,3	62,7	0,04	32,3	34,4	28,0	28,3
Krynica-Zdrój	60,6	62,8	0,04	30,8	33,1	29,8	29,8
Muszyna; Żegiestów-Zdrój	61,6	62,9	0,02	31,7	32,8	29,9	30,1
Piwniczna-Zdrój	59,8	63,3	0,06	31,8	33,9	28,0	29,5
Szczawnica	b.d.	62,6	-	b.d.	33,3	b.d.	29,3
Rabka-Zdrój	60,1	62,0	0,03	30,4	32,4	29,7	29,5
Małopolska	62,7	63,4	0,01	32,2	33,1	30,5	30,2
Wyszczególnienie	W wieku poprodukcyjnym						
	Ogółem			Mężczyźni		Kobiety	
	2 005	2 012	Tempo zmian 2012:2005	2 005	2 012	2 005	2 012
m.Kraków	17,4	20,5	0,18	5,6	6,4	11,8	14,1
Sękowa	15,8	16,6	0,05	5,0	5,1	10,8	11,5
Uście Gorlickie	12,3	13,4	0,09	4,3	4,3	8,0	9,0
Krynica-Zdrój	16,1	18,1	0,13	5,1	5,2	10,9	12,9
Muszyna; Żegiestów-Zdrój	12,7	14,8	0,16	4,2	4,6	8,5	10,1
Piwniczna-Zdrój	13,9	14,6	0,05	4,7	4,7	9,2	9,9
Szczawnica	b.d.	17,7	-	b.d.	5,2	b.d.	12,5
Rabka-Zdrój	16,7	18,7	0,12	5,3	5,7	11,4	13,0
Małopolska	15,5	17,3	0,12	5,1	5,5	10,4	11,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS za lata 2005-2012.

Na kanwie tych rozważań zauważa się, że w 2008 r. zahamowany został okresowy spadek przyrostu naturalnego w gminach uzdrowiskowych województwa i zanotowano jego wyraźny wzrost, gdyż w latach 2008-2011 znacznie wzrosła liczba urodzeń i spadła liczba zgonów. W roku 2012 odnotowano natomiast tendencję spadkową liczby urodzeń.

Odnosząc się do prezentowanych danych GUS dotyczących przyrostu naturalnego w Małopolsce, jak również w poszczególnych gminach uzdrowiskowych, dają się zauważyć znaczące różnice pomiędzy liczbą urodzeń na terenie miasta Krakowa a pozostałymi gminami. Biorąc pod uwagę strukturę przyrostu naturalnego według płci, to w omawianej populacji dominują kobiety (tabela 24).

**Tabela 24**

**Przyrost naturalny w gminach uzdrowiskowych Małopolski oraz w Małopolsce ogółem według płci w latach 2005-2012**

Gmina uzdrowiskowa	Przyrost naturalny															
	Ogółem								Mężczyźni				Kobiety			
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2005	2008	2010	2012	2005	2008	2010	2012
m. Kraków	-590	-279	-412	421	691	767	422	9	-142	357	585	107	-448	64	182	-98
Sękowa	13	13	27	16	9	10	13	-7	7	2	7	-11	6	14	3	4
Uście Gorlickie	57	18	37	48	40	45	36	30	24	36	24	2	33	12	21	28
Krynica-Zdrój	30	56	22	48	34	36	32	6	9	22	27	-16	21	26	9	22
Muszyna; Żegiestów-Zdrój	65	78	46	54	44	37	56	62	29	23	21	32	36	31	16	30
Piwniczna-Zdrój	35	66	52	51	55	25	54	38	16	20	15	1	19	31	10	37
Szczawnica	b.d.-	b.d.	b.d.	17	31	11	20	3	b.d.	0	9	-8	b.d.	17	2	11
Rabka-Zdrój	35	3	-3	22	34	8	0	14	24	10	-2	-3	11	12	10	17
Razem gminy uzdrowiskowe	-355	-45	-231	677	938	939	633	155	-33	470	686	104	-322	207	253	51
Małopolska	3512	3955	4641	7125	7446	7416	5797	4529	1566	3209	3923	1933	1946	3916	3493	2596

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS za lata 2005-2012.

Prowadząc rozważania na temat stanu ludności w uzdrowiskach Małopolski należy zwrócić uwagę na ruch ludności w tych gminach. Saldo migracji stałej w województwie małopolskim plasuje region na wysokim 2 miejscu w kraju – po województwie mazowieckim, uznawanym za region o dobrych perspektywach rozwojowych. Rozmieszczenie przestrzenne migracji jest jednak bardzo nierównomierne. Dodatkowo, wysokie saldo migracji wystąpiło w 2012 roku na terenie m. Krakowa oraz w gminie Uście Gorlickie, co może mieć związek z nasilającym się ruchem okresowych migracji zagranicznych (tabela 25). W kontekście prezentowanych danych, można zauważyć przyrost (z wyjątkiem 2012 roku) salda migracji na pobyt stały w mieście Kraków. Fakt ten wydaje się być oczywistym, ponieważ Kraków jest obecnie uznawany za centrum gospodarcze oraz naukowe i artystyczne regionu, jako ważny ośrodek w skali kraju oraz jedno z najciekawszych dla turystów miejsc w Europie.

Tabela 25

Saldo migracji w gminach uzdrowiskowych oraz w Małopolsce ogółem w latach 2005-2012

Gmina uzdrowiskowa/lata	Saldo migracji							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
m.Kraków	1447	825	358	-62	412	416	975	738
Sękowa	13	17	-19	-3	19	25	14	-15
Uście Gorlickie	-8	-17	-27	12	-7	6	11	5
Krynica-Zdrój	-71	-143	-112	-106	-96	-112	-143	-87
Muszyna; Żegiestów Zdrój	6	-6	-13	13	12	-7	-15	-14
Piwniczna-Zdrój	-74	4	4	-3	-49	-36	-51	-45
Szczawnica	b.d.	b.d.	b.d.	16	-39	-42	-12	-21
Rabka-Zdrój	15	-56	16	15	20	-57	-49	-34
Małopolska	3183	1292	2715	2243	4408	4408	4300	3577

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS za lata 2005-2012.

Globalizacja i rozstrzygająca rola wiedzy i kapitału intelektualnego oraz spadek znaczenia pracy w warunkach rozwoju społeczeństwa informacyjnego to zasadnicze zmiany, z jakimi mamy do czynienia we współczesnym świecie. Rosnąca konkurencja międzynarodowa decyduje o dynamicznych i różnokierunkowych przemianach, w tym na krajowych rynkach pracy. W ostatnich latach obserwuje się narastające przepływy siły roboczej między regionami i państwami oraz ilościowe i jakościowe zmiany w globalnych zasobach pracy<sup>168</sup>.

Jednym z czynników wpływających na kształtowanie się sytuacji społeczno-gospodarczej Małopolski jest zagadnienie bezrobocia. Wszystkie bowiem badania potwierdzają, że bezrobocie, a tym samym wykluczenie z rynku pracy jest obecnie najważniejszym czynnikiem, który spowalnia rozwój danego regionu<sup>169</sup>. Na koniec IV kwartału 2012 r. stopa bezrobocia dla województwa małopolskiego wynosiła 7,6% (o 1,1 pkt proc. mniej niż na koniec grudnia 2005 r.) i tym samym w rankingu województw znalazło się ono na czwartym miejscu, za Wielkopolską, Mazowszem i Śląskiem. Najwyższy poziom bezrobocia w kraju odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim. Wysokość stopy bezrobocia dla całego kraju wyniosła na koniec IV kwartału w 2012 r. 12,4%. W ostatnich miesiącach 2012 roku stopa bezrobocia w województwie oraz w całym kraju wzrastała (choć obserwuje się niewielki spadek w I kwartale 2013 roku). Trzeba zatem stwierdzić, że bezrobocie na terenie województwa wzrasta od kilku lat w związku z kryzysem gospodarczym w Europie Zachodniej i osłabieniem rozwoju gospodarczego w Polsce. Podobnie sytuacja przedstawia się w odniesieniu do stopy bezrobocia w powiecie nowosądeckim oraz w skali całego kraju, co przedstawia tabela 26.

<sup>168</sup> Z. Dach: *Polityka i instrumenty Unii Europejskiej w zakresie zwiększania zatrudnienia i zwalczania bezrobocia*. Zeszyty Naukowe Nr 13 Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego, Kraków 2012, s. 1.

<sup>169</sup> J. Witkowski: *Demograficzne i przestrzenne aspekty bezrobocia*. W: J. Hryniewicz (red.): *Przeciw ubóstwu i bezrobociu: lokalne inicjatywy obywatelskie*, Instytut Spraw Publicznych, Nr 4/2001, s.28.

**Tabela 26**

**Liczba zarejestrowanych bezrobotnych w gminach uzdrowiskowych województwa małopolskiego w latach 2005-2012**

Gmina uzdrowiskowa	Lata								Dynamika zmian w %
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012:2005
m. Kraków	25324	20308	14407	10628	16021	18722	19400	23863	94,23
Sękowa	587	524	402	301	360	348	293	344	58,60
Uście Gorlickie	528	467	318	259	272	260	272	277	52,46
Krynica-Zdrój	1209	912	668	581	813	1016	1079	1086	89,83
Muszyna; Żegiestów- Zdrój	899	612	455	365	570	661	693	740	82,31
Piwniczna-Zdrój	1085	841	647	484	632	702	726	735	67,74
Szczawnica	-	-	-	299	391	430	383	473	b.d.
Rabka-Zdrój	996	784	650	681	723	991	928	1030	103,41
Małopolska	178067	145261	112602	97813	130007	142221	145094	161161	90,51

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS za lata 2005-2012.

Przy analizowaniu poziomu bezrobocia należy zauważyć, że udział bezrobotnych kobiet w gminach uzdrowiskowych województwa małopolskiego wykazywał tendencje spadkowe. Największe zmniejszenie obserwuje się w gminie Uście Gorlickie. Największy udział w liczbie bezrobotnych w województwie małopolskim ma gmina Krynica Zdrój (w 2012 udział bezrobotnych w gminie w liczbie bezrobotnych w województwie wynosił 0,74%), co jest zaskakujące ze względu na mocną pozycję tego uzdrowiska na rynku usług leczniczych, sanatoryjnych i turystycznych. Z oczywistych względów w porównaniu nie mogło być brane pod uwagę miasto Kraków, w którym znajduje się uzdrowisko Swoszowice. Występowanie w tej analizie miasta Krakowa ma zatem charakter jedynie informacyjny.

Największy udział bezrobotnych zarejestrowanych w liczbie ludności w wieku produkcyjnym (stopa bezrobocia) w każdym z analizowanych okresów jest zróżnicowany, najwyższy zaś odnotowano w gminie Sękowa (11,1 % w roku 2012), najmniejszy zaś w mieście Kraków (4,9%). Relacje te obrazuje tabela 27.

Pomimo zróżnicowania we wskaźnikach, w każdej gminie uzdrowiskowej odnotowuje się niepokojące tendencje, które wskazują na wzrost udziału bezrobotnych kobiet w każdej z analizowanych gmin uzdrowiskowych województwa małopolskiego. Należy również zauważyć, że w odniesieniu do liczby mieszkańców najwięcej bezrobotnych na 1000 mieszkańców przypada w gminie Sękowa, następnie w Piwnicznej Zdroju, Szczawnicy oraz Krynicy Zdroju. Zatem pozycja uzdrowisk w tym rankingu jest słaba i nie wykorzystują one w pełnym stopniu możliwości świadczenia usług uzdrowiskowych. Zależności te obrazuje tabela 28. Należy zauważyć, że najmniejszy poziom bezrobocia wśród gmin uzdrowiskowych województwa małopolskiego zanotowano w 2008 r. Spadek bezrobocia przewiduje się natomiast na przełomie 2013 i 2014 roku.

**Tabela 27**

**Stopa bezrobocia w gminach uzdrowiskowych województwa małopolskiego w latach 2005-2012 w %**

Gmina uzdrowiskowa	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	2005	2012	2005	2012	2005	2012
m. Kraków	5,0	4,9	4,6	4,9	5,5	5,0
Sękowa	21,0	11,1	17,6	7,7	25,0	15,3
Uście Gorlickie	14,0	6,6	11,2	5,2	17,2	8,3
Krynica-Zdrój	11,8	10,2	12,0	10,4	11,6	10,0
Muszyna; Żegiestów Zdrój	13,0	10,0	12,1	10,3	13,9	9,7
Piwniczna-Zdrój	17,6	10,9	14,6	10,1	21,0	11,8
Szczawnica	b.d.	10,2	b.d.	9,9	b.d.	10,5
Rabka-Zdrój	9,6	9,5	9,6	10,1	9,7	8,8
Małopolska	8,7	7,6	7,5	6,9	9,9	8,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS za lata 2005-2012.

**Tabela 28**

**Liczba bezrobotnych przypadająca na 1000 mieszkańców w gminach uzdrowiskowych województwa małopolskiego w latach 2005-2012**

Gmina uzdrowiskowa	Lata							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
m. Kraków	33	27	19	14	21	25	26	31
Sękowa	123	109	84	63	75	71	60	70
Uście Gorlickie	84	75	51	41	43	39	41	41
Krynica-Zdrój	72	54	40	35	49	59	63	64
Muszyna; Żegiestów Zdrój	80	54	40	32	50	57	59	63
Piwniczna-Zdrój	105	81	62	46	60	66	68	69
Szczawnica	b.d.	b.d.	b.d.	40	53	58	52	64
Rabka-Zdrój	58	46	38	40	42	56	53	59
Małopolska	216	177	137	118	157	171	174	193

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS za lata 2005-2012.

Podsumowując, bezrobocie w sposób trwały wpływa na ogólny rozwój i kondycję społeczeństwa. Opóźnia i utrudnia ekonomiczne i społeczne usamodzielnianie się, prowadzi do ubożenia materialnego, a dłuższy brak pracy powoduje dewaluację kwalifikacji zawodowych, osłabia wolę pracy i zdolność podejmowania wysiłku w celu pozyskania źródeł utrzymania. Taka sytuacja nierzadko prowadzi do wykluczenia finansowego. Powoduje zmiany w psychice, sprzyja frustracji, rodzi obojętność i osłabia poczucie więzi społecznych. Hamuje także rozwój osobowości i poczucie godności, wreszcie odbiera nadzieję na sensowne życie i budzi lęk o przyszłość. Dlatego w polityce gospodarczej i społecznej państwa oraz w działaniach władz samorządowych kwestie wzrostu zatrudnienia powinny stać się pierwszoplanowe.

Podstawowym wskaźnikiem makroekonomicznym pomocnym w ocenie rozwoju gospodarczego jest *produkt krajowy brutto* jako miernik dochodu narodowego. Oceny w tym zakresie można dokonać przy pomocy kilku wskaźników, jak poziom PKB w przeliczeniu na osobę, dynamika jego wzrostu oraz porównania do przeciętnych wartości obu wskaźników dla Polski i dla krajów UE (wskaźnik konwergencji). Natomiast w ocenie rozwoju społecznego pomocne są liczne już mierniki oceny jakości życia.

Konsekwencje światowego kryzysu gospodarczego, który przyczynił się w znacznej mierze do spowolnienia rozwoju w Polsce, spowodowały, że Polska nie uzyskiwała założonego na 2012 r. w Strategii Rozwoju Kraju 2007-2015 tempa wzrostu PKB, jednakże uzyskane tempo wzrostu 1,6% w 2009 r. było najwyższe wśród krajów UE. Polska należała też do najszybciej rozwijających się krajów unijnych w 2012 r. W całym okresie transformacji w Polsce PKB zwiększał się o około 3% średniorocznie, jednakże zmienność tempa wzrostu produktu krajowego była dość duża. W okresie 2001-2012 średnioroczny wzrost PKB w Polsce wynosił 3,9%, przy czym był znacznie wyższy w II połowie dekady tj. w latach 2006-2010, kiedy to wynosił 4,7%, niż w pierwszej (3,1% w latach 2001-2005). W okresie 2007-2010 średnie tempo wzrostu PKB w Polsce wyniosło 4,3% podczas gdy w UE-27 kształtowało się na poziomie bliskim zera. Także produkcja przemysłowa w Polsce, ze wskaźnikiem wzrostu sprzedaży o 10,8%, jak również produkcja budowlana (3,7%) należała do najwyższych w Unii Europejskiej. Dzięki temu dochód narodowy w Polsce mierzony wskaźnikiem PKB według paritetu siły nabywczej zwiększył się w latach 2005-2012 z 11,5 do 15,2 tys. EUR<sup>170</sup>.

Małopolska należy do regionów o średnim poziomie rozwoju. Rozwój regionalny to systematyczna poprawa jakości życia mieszkańców i potencjału gospodarczego w skali dużej jednostki terytorialnej<sup>171</sup>. To jakościowe, pozytywne, pożądane zmiany zachodzące w regionie, w wymiarze ekonomicznym, społecznym i ekologicznym. Pod względem poziomu PKB na mieszkańca plasuje się na IX miejscu w kraju. Rozwijają się jednak dynamicznie i dogania inne, czołowe regiony: mazowiecki, wielkopolski i dolnośląski. Dane o aktywności gospodarczej przedsiębiorstw w przekroju województw wskazują, że województwo małopolskie ma nieco niższe wskaźniki niż przeciętnie dla kraju w odniesieniu do produkcji przemysłowej i budowlanej. Jako że w strukturze ekonomicznej Małopolski istotną rolę, wyższą niż w innych województwach, odgrywają usługi, to dopiero informacja o rozwoju w tym sektorze przesądzi o pozycji regionu w stosunku do innych. Nie należy jednak oczekiwać tu wzrostu wyższego niż przeciętnie dla kraju, chociaż zatrudnienie i płace wzrosły w Małopolsce wyraźniej niż w innych województwach.

W ujęciu makroekonomicznym i mikroekonomicznym miarą rozwoju gospodarczego jest wartość dodana w przeliczeniu na jednego zatrudnionego lub mieszkańca ale w przypadku badanych miejscowości obliczenia takie byłyby zbyt pracochłonne i mało wiarygodne lub wręcz niemożliwe do ustalenia. Dlatego w opracowaniu posłużono się wskaźnikami obrazującymi zmiany w liczbie

---

<sup>170</sup> K. Górka: *Światowy kryzys gospodarczy i finansowy w kształtowaniu wyzwań rozwojowych*. W: P.P. Małecki: *Ekonomia Przemysłowa w warunkach kryzysu finansowego*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2012, s.48.

<sup>171</sup> Por. J. Hausner, T. Kudłacz, J. Szlachta: *Instytucjonalne przesłanki regionalnego rozwoju Polski*. PAN KPZK, Tm CVI, PWN, Warszawa 1997, s.15.

rejestrowanych podmiotów gospodarczych. Analizując zagadnienie kierunków rozwoju gospodarczego w gminach uzdrowiskowych województwa małopolskiego, warto zatem zwrócić uwagę sferę przedsiębiorczości, w tym na liczebność występujących w Małopolsce i na badanym obszarze podmiotów gospodarczych i ich zmiany w czasie. W rejestrze REGON zarejestrowanych było w tym województwie w 2012 roku 343,3 tys. podmiotów gospodarki narodowej (bez osób prowadzących gospodarstwa indywidualne w rolnictwie), czyli o 53 tys. więcej niż na koniec 2005 r. Należy dodać, że w Małopolsce w 2012 r. liczba podmiotów wzrosła o 0,1% (wobec spadku o 1,0% w Polsce). Pod względem struktury własności większość stanowiły podmioty sektora prywatnego (97,6%). Najwięcej podmiotów zarejestrowano w sekcjach: handel, naprawa pojazdów samochodowych (27,2%), budownictwo (13,7%) i przetwórstwo przemysłowe (10,1%). Dość znaczący był także udział sekcji działalność profesjonalna, naukowa i techniczna (8,9% ogółu). Pod względem formy prawnej przeważały osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, które stanowiły 75,7% ogółu podmiotów.

Średni wskaźnik przedsiębiorczości (mierzony liczbą przedsiębiorstw na 1000 mieszkańców) w województwie małopolskim wyniósł 102, co umacnia Małopolskę na szóstym miejscu w Polsce, a tym samym w czołówce najaktywniejszych regionów. W latach 2005-2012 obserwuje się znaczny wzrost liczby zarejestrowanych podmiotów gospodarczych w Małopolsce, a także w każdej gminie uzdrowiskowej. Szczegółowo sytuację obrazuje tabela 29.

Największy przyrost liczby podmiotów gospodarczych zanotowano w 2012 r. w gminie Uście Gorlickie 46,44%. Nie świadczy to jednak o tym, że w jednostce tej zarejestrowano dużą liczbę podmiotów, a jedynie znaczny ich przyrost. Ocena aktywności gospodarczej wynika z porównania podmiotów gospodarczych w przeliczeniu na 1000 mieszkańców gminy. W tym ujęciu największą liczbę podmiotów gospodarczych zanotowano w mieście Krakowie (138-160 podmiotów). Jest to jednak z racji wielkości miasta i jego gospodarki oraz znacznego zagęszczenia ludności oczywiste, zwłaszcza, że Kraków jest bezapelacyjnie dużą aglomeracją. Na drugim miejscu pod względem liczby zarejestrowanych podmiotów znajduje się gmina Krynica-Zdrój (101-120 podmioty). Fakt ten można tłumaczyć, że jako niewielka gmina uzdrowiskowa dysponuje niezmiernie rozbudowaną bazą sanatoryjną i noclegową. Najslabiej w niniejszej analizie wypada gmina Sękowa (55-66 podmiotów).

**Tabela 29**

**Zmiany w liczbie podmiotów gospodarczych zarejestrowanych w gminach uzdrowiskowych województwa małopolskiego w latach 2005-2012**

Gmina uzdrowiskowa	2005	2012	Dynamika wskaźniki łańcuchowe w %	Liczba podmiotów na 1000 mieszkańców	
			2012:2005	2005	2012
m.Kraków	104292	121208	116,22	138	160
Sękowa	260	323	124,23	55	66
Uście Gorlickie	450	659	146,44	72	98
Krynica-Zdrój	1711	2046	119,58	101	120
Muszyna	725	983	135,59	64	84

Piwniczna-Zdrój	731	860	117,65	71	80
Szczawnica	b.d.	857	b.d.	b.d.	115
Rabka-Zdrój	1332	1650	123,87	77	94
Razem gminy uzdrowiskowe	109 501	128 586	117,43	133	154
Małopolska	289712	343375	118,52	89	102

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS za lata 2005-2012.

Biorąc pod uwagę sferę podmiotów gospodarczych nie można zapomnieć o podstawowym ich podziale na sektor publiczny i prywatny (tabela 30). Struktura podmiotów gospodarczych z uwzględnieniem formy własności pozwala bowiem stwierdzić, jak na terenie gminy uzdrowiskowej kształtuje się przedsiębiorczość, co w przypadku własności prywatnej stwarza lepsze warunki do rozwoju gospodarczego danego obszaru.

W każdej gminie odnotowano udział podmiotów sektora prywatnego w wysokości ponad 90%. Warto zwrócić uwagę, że niewielki, aczkolwiek największy udział podmiotów sektora publicznego w odniesieniu do wszystkich badanych gmin uzdrowiskowych województwa małopolskiego odnotowano w Sękowej i Uście Gorlickim (około 5%).

**Tabela 30**

**Struktura podmiotów gospodarczych gmin uzdrowiskowych województwa małopolskiego z podziałem na sektor publiczny oraz prywatny w latach 2005-2012 w %**

Jednostka terytorialna	Sektor publiczny				Sektor prywatny			
	2005	2008	2010	2012	2005	2008	2010	2012
m. Kraków	1,89	1,58	1,27	1,23	98,11	98,42	98,73	98,77
Sękowa	6,15	5,63	5,50	5,26	93,85	94,37	94,50	94,74
Uście Gorlickie	7,33	5,62	5,35	5,31	92,67	94,38	94,65	94,69
Krynica-Zdrój	2,92	2,37	2,24	2,15	97,08	97,63	97,76	97,85
Muszyna	4,83	4,32	3,83	3,26	95,17	95,68	96,17	96,74
Piwniczna-Zdrój	3,42	3,15	2,93	2,67	96,58	96,85	97,07	97,33
Szczawnica	b.d.	1,96	1,66	1,52	b.d.	98,04	98,34	98,48
Rabka-Zdrój	3,98	3,50	3,12	3,09	96,02	96,50	96,88	96,91
Razem gminy uzdrowiskowe	1,99	1,68	1,38	1,33	98,01	98,32	98,62	98,67
Małopolska	3,13	2,71	2,42	2,36	96,87	97,29	97,58	97,64

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS za lata 2005-2012.



**Tabela 31**  
**Struktura podmiotów gospodarczych według sekcji PKD w gminach uzdrowskich województwa małopolskiego w latach 2009-2012 w %**

GMINY	SEKCJA A		SEKCJA B		SEKCJA C		SEKCJA D		SEKCJA E		SEKCJA F		SEKCJA G		SEKCJA H		SEKCJA I	
	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012
LATA	0,33	0,31	0,05	0,08	7,32	7,42	0,04	0,13	0,18	0,21	9,41	9,06	26,13	24,14	7,25	6,52	3,38	3,40
m. Kraków	17,57	14,24	0,00	0,00	8,45	7,74	0,00	0,00	1,69	1,86	16,55	18,58	18,58	18,58	5,74	5,26	2,70	1,55
Sękowa	17,23	13,96	0,00	0,00	6,42	6,68	0,51	0,61	0,84	0,61	38,51	40,36	7,77	7,89	4,39	3,64	2,03	1,82
Uście Gorlickie	3,18	2,88	0,00	0,00	5,54	4,99	0,05	0,00	0,15	0,24	12,06	13,29	20,79	18,91	7,24	6,45	11,70	11,29
Krynica-Zdrój	3,99	3,26	0,00	0,00	5,28	4,78	0,00	0,10	0,23	0,20	20,42	23,50	24,65	22,48	4,23	4,07	7,28	7,43
Muszyna; Zęgestów Zdrój	4,27	3,14	0,00	0,00	4,86	4,30	0,12	0,12	0,24	0,23	31,75	34,53	17,89	17,56	7,70	6,86	9,48	8,02
Piwniczna-Zdrój	3,50	2,22	0,00	0,00	4,51	4,08	0,00	0,00	0,38	0,35	10,26	10,97	17,65	18,20	9,39	7,93	30,54	29,99
Szczawnica	2,47	1,39	0,07	0,06	10,29	9,82	0,13	0,12	0,47	0,48	9,22	10,85	25,53	25,15	5,75	5,09	7,62	7,45
Rabka-Zdrój																		
GMINY	SEKCJA J		SEKCJA K		SEKCJA L		SEKCJA M		SEKCJA N		SEKCJA O		SEKCJA P		SEKCJA Q		SEKCJA R	
LATA	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012
m. Kraków	3,83	4,75	3,90	3,68	5,79	6,14	12,46	13,11	3,31	3,43	0,11	0,10	2,88	3,44	5,81	6,34	1,92	1,82
Sękowa	1,35	1,55	2,03	0,93	1,69	1,55	3,72	4,64	0,68	0,62	3,38	3,10	5,07	5,57	2,36	4,33	3,04	3,41
Uście Gorlickie	0,34	0,91	1,35	1,21	0,68	1,06	1,01	1,37	1,01	1,37	2,20	1,97	4,22	4,70	1,01	1,06	2,53	3,19
Krynica-Zdrój	0,82	1,17	2,00	1,91	5,44	5,72	5,60	5,62	3,18	3,23	0,51	0,49	2,41	3,62	8,62	9,24	3,85	3,37
Muszyna; Zęgestów Zdrój	1,53	1,53	2,23	2,95	0,47	0,51	4,46	4,27	2,70	2,95	1,06	0,92	3,40	3,66	8,22	7,53	3,76	3,46
Piwniczna-Zdrój	1,54	1,74	1,78	1,40	0,47	0,70	3,67	3,60	2,01	1,98	0,95	0,93	2,37	3,02	3,32	3,72	2,13	2,09
Szczawnica	1,13	1,17	0,88	0,93	2,25	2,10	4,01	4,32	2,50	2,80	0,63	0,58	1,25	2,10	4,88	5,72	1,75	1,28
Rabka-Zdrój	1,20	1,39	3,61	2,97	2,07	2,42	5,41	5,88	0,60	0,97	0,40	0,36	3,88	5,03	12,30	11,15	1,94	2,00

GMINY	SEKCJA S i T		SEKCJA U	
	2009	2012	2009	2012
LATA				
m. Kraków	5,89	5,90	0,01	0,01
Sękowa	5,41	6,50	0,00	0,00
Uście	7,94	7,59	0,00	0,00
Gorlickie				
Krynica-Zdrój	6,83	7,58	0,00	0,00
Muszyna;				
Żegiestów	6,10	6,41	0,00	0,00
Zdrój				
Piwniczna-Zdrój	5,45	6,05	0,00	0,00
Szczawnica	4,51	5,25	0,00	0,00
Rabka-Zdrój	7,02	7,39	0,00	0,00

**Objaśnienia:**

Sekcja A - Rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo; Sekcja B - Górnictwo i wydobywanie; Sekcja C - Przetwórstwo przemysłowe; Sekcja D - Wytwarzanie i zaopatrywanie w energię elektryczną, gaz, parę wodną, gorącą wodę i powietrze do układów klimatyzacyjnych; Sekcja E - Dostawa wody; gospodarowanie ściekami i odpadami oraz działalność związana z rekultywacją; Sekcja F - Budownictwo; Sekcja G - Handel hurtowy i detaliczny; naprawa pojazdów samochodowych, włączając motocykle; Sekcja H - Transport i gospodarka magazynowa; Sekcja I - Działalność związana z zakwaterowaniem i usługami gastronomicznymi; Sekcja J - Informacja i komunikacja; Sekcja K - Działalność finansowa i ubezpieczeniowa; Sekcja L - Działalność związana z obsługą rynku nieruchomości; Sekcja M - Działalność profesjonalna, naukowa i techniczna; Sekcja N - Działalność w zakresie usług administrowania i działalność wspierająca; Sekcja O - Administracja publiczna i obrona narodowa; obowiązkowe zabezpieczenia społeczne; Sekcja P - Edukacja; Sekcja Q - Opieka zdrowotna i pomoc społeczna; Sekcja R - Działalność związana z kulturą, rozrywką i rekreacją; Sekcja S - Pozostała działalność usługowa; Sekcja T - Gospodarstwa domowe zatrudniające pracowników; gospodarstwa domowe produkujące wyroby i świadczące usługi na własne potrzeby; Sekcja U - Organizacje i zespoły eksterytorialne.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS za lata 2009-2012.

Struktura podmiotów gospodarczych według sekcji PKD w gminach uzdrowskich województwa małopolskiego jednoznacznie wskazuje, że największy udział w każdej gminie odnotowano w sekcji F – budownictwo oraz sekcji G – handel hurtowy i detaliczny; naprawa pojazdów samochodowych, najmniej zaś w sekcjach B – górnictwo i kopalnictwo, D – wytwarzanie i zaopatrywanie w energię elektryczną, gaz, parę wodną, gorącą wodę i powietrze do układów klimatyzacyjnych, J – informacja i komunikacja, U – Organizacje i zespoły eksterytorialne (nie więcej, niż 1%). Spory udział dwóch gmin (Sękowa, Uście Gorlickie) zaobserwowano w odniesieniu do sekcji A – rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo (około 14%) oraz sekcji F – budownictwo (około 40% w gminie Uście Gorlickie). Zależności szczegółowo obrazuje tabela 31.

Kolejnym czynnikiem pomocnym w ocenie rozwoju gospodarczego gmin uzdrowskich są finanse gmin. Główną część finansów publicznych<sup>172</sup> w gminach stanowią budżety gmin. Zarządzanie finansami jednostek samorządu regionalnego jest elementem zarządzania rozwojem województwa. Wśród podstaw zarządzania finansowego ważne miejsce zajmuje budżet województwa, który obejmuje: planowane dochody i wydatki województwa, źródła finansowania deficytu budżetowego, przeznaczenie nadwyżki budżetowej oraz wydatki związane z wieloletnimi programami, w tym w szczególności z inwestycjami<sup>173</sup>. Wielkość środków budżetowych, jakimi dysponuje samorząd gminy, jest podstawowym czynnikiem określającym możliwości rozbudowy infrastruktury technicznej i zaspokajania bieżących potrzeb społecznych mieszkańców gminy. Środki te składają się ze środków własnych oraz uzyskiwanych w formie subwencji i dotacji celowych z budżetu centralnego. Budżety gmin nie mają jednakowej siły ekonomicznej. Największymi budżetami dysponują gminy miejskie i miasta na prawach powiatu, które jednak mają jednocześnie najwięcej zadań do wykonania, zarówno własnych, jak i zleconych. Samorządy w swych decyzjach wydatkowych są autonomiczne, chociaż istotnie ograniczone regulacjami prawa. Wprowadzony ponadto ogólny mechanizm wyrównawczy, jak i dotyczący poszczególnych części finansów publicznych nie zawsze działał w zgodzie z intencjami społecznymi.

Do 2008 r. samorządy terytorialne w Polsce mogły cieszyć się w miarę wysokimi dochodami, czemu sprzyjała koniunktura gospodarcza, wzrost zatrudnienia i płac. W 2008 r. dynamiczna tendencja wzrostowa zatrzymała się. W gminach pojawił się deficyt budżetowy. Konsekwencją trudności budżetowych są ograniczenia w realizacji planów inwestycyjnych. Pod względem wielkości budżetów samorządowych Małopolska sytuje się na czwartej pozycji w kraju. Finanse publiczne Małopolski cechuje relatywnie większy udział dochodów pochodzących z subwencji i dotacji celowych. Po stronie wydatkowej z kolei ma miejsce relatywnie większy udział wydatków bieżących niż majątkowych, co nie jest korzystne z punktu widzenia możliwości inwestycyjnych.

Analiza dochodów gmin uzdrowskich województwa małopolskiego w przeliczeniu na jednego mieszkańca (wykres 1) wykazała znaczne rozbieżności

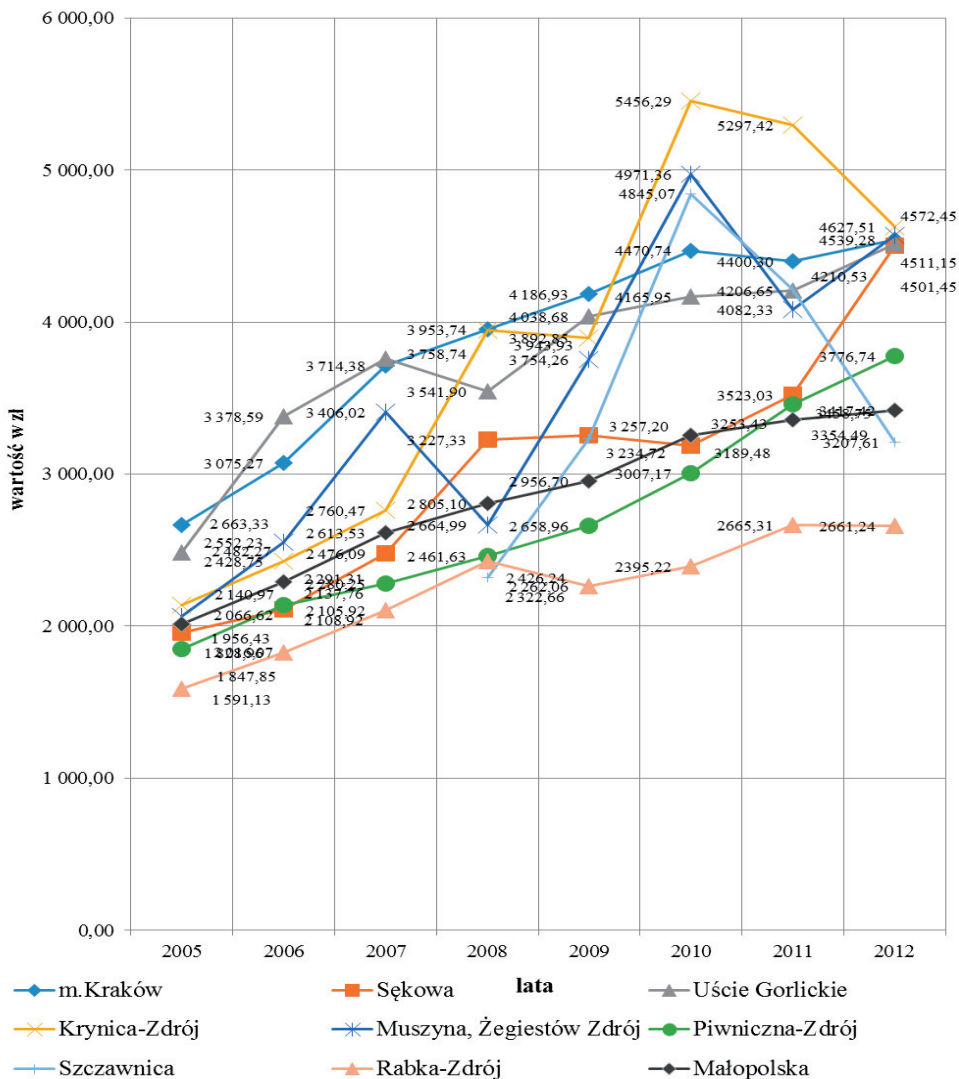
---

<sup>172</sup> Według S. Owsiaka: *Finanse publiczne są to środki, które tworzą i rozdysponowują władze publiczne*: S. Owsiak: *Finanse publiczne teoria i praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005, s. 5.

<sup>173</sup> M. Kosek-Wojnar, K. Surówka: *Finanse samorządu terytorialnego*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2002 r., s. 196.

w wielkościach omawianego wskaźnika wśród dziewięciu omawianych gmin. Wskaźnik dochodów ogółem na mieszkańca w 2012 roku mieścił się bowiem w przedziale 3207,61 – 4627,51 zł.

Na szczególną uwagę pod względem wielkości dochodów w przeliczeniu na mieszkańca zasługuje miasto Krynica Zdrój (4627,51 zł) i Muszyna z wynikiem 4572,45 zł (pomimo odnotowania drastycznego spadku dochodów na mieszkańca w 2008 roku). Warto zwrócić uwagę, że w porównaniu ze średnim dochodem na mieszkańca w województwie małopolskim tylko dwie gminy uzdrowiskowe wykazywały wskaźnik niższy: Rabka Zdrój (2661,24 zł) oraz Szczawnica (3207,61 zł).



Wykres 1. Wielkość dochodów ogółem gmin uzdrowiskowych województwa małopolskiego na mieszkańca w latach 2005-2012 w złotych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS za lata 2005-2012.

Ważnym elementem niezależności i samodzielności, a tym samym czynnikiem determinującym w pewnym stopniu aktywność jednostek samorządu terytorialnego, jest ich stopień samofinansowania. To, jakimi dochodami dysponuje dana gmina, zależy w znacznym stopniu od poziomu jej rozwoju gospodarczego. Gmina wykonuje bowiem nie tylko nałożone na nią zadania bieżące ale i rozwojowe, a w tym celu ma możliwość pewnego oddziaływania na wielkość pozyskiwanych dochodów własnych (przede wszystkim w obszarze mienia czyli gospodarki nieruchomościami, jak i w ramach ograniczonego władztwa podatkowego). Zasadniczo przyjmuje się, że im większy udział dochodów własnych w dochodach globalnych, tym łatwiejszy i bardziej przewidywalny staje się proces tworzenia budżetu i planowania działalności gospodarczej. Zwiększeniu dochodów własnych sprzyja wzrost lokalnej bazy ekonomicznej w wyniku realizacji inwestycji, stymulowania działalności gospodarczej oraz mieszkalnictwa. Działania te w dłuższym okresie czasu zwiększają bazę podatkową. Wysoki poziom dochodów własnych związany jest z relatywnie dużą ich stabilnością w czasie, co ułatwia zarządzanie strategiczne.

Gminy uzdrowiskowe województwa małopolskiego pod względem udziału dochodów własnych w dochodach ogółem w badanym okresie charakteryzowały się znacznym zróżnicowaniem (tabela 32). Należy zauważyć, że w odniesieniu do wszystkich analizowanych jednostek samorządu wartość wskaźnika w badanym okresie mieściła się w przedziałach od 22% aż do 71%.

**Tabela 32**

**Udział dochodów własnych gmin uzdrowiskowych województwa małopolskiego w dochodach ogółem gmin w latach 2005-2012 w %**

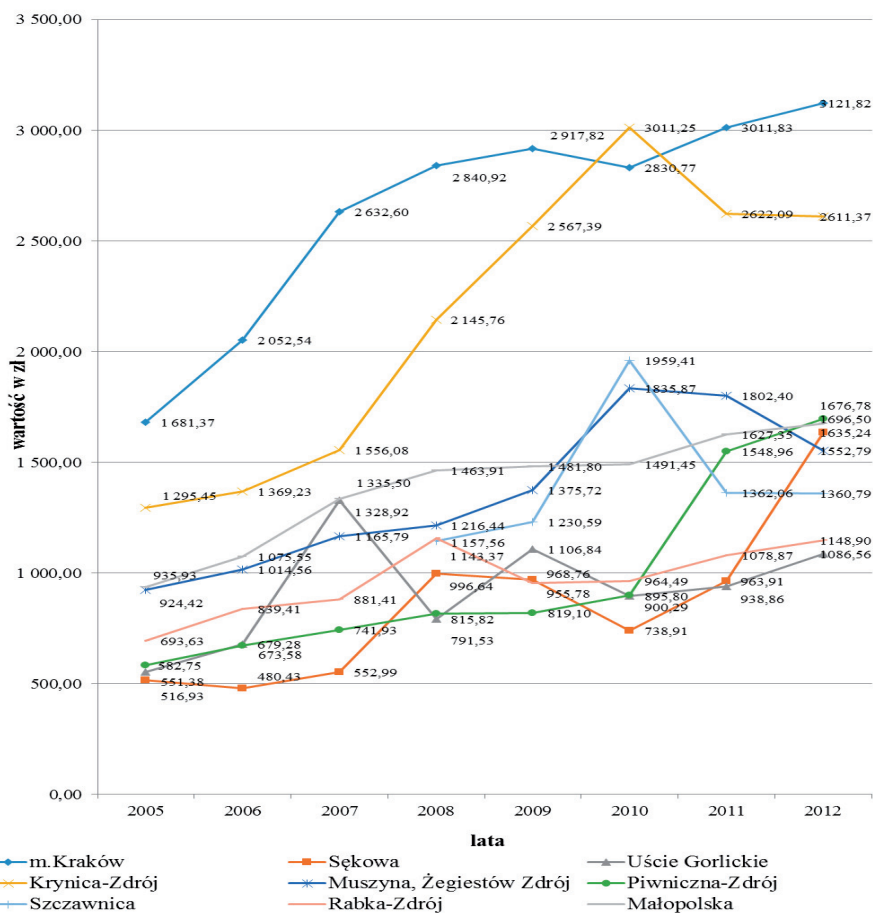
Gmina uzdrowiskowa	2005	2007	2009	2010	2012	Zmiany 2005:2012
m.Kraków	63	71	70	63	69	6
Sękowa	26	22	30	23	36	10
Uście Gorlickie	22	35	27	22	24	2
Krynica-Zdrój	61	56	66	55	56	-4
Muszyna, Żegiestów-Zdrój	45	34	37	37	34	-11
Piwniczna-Zdrój	32	33	31	30	45	13
Szczawnica	b.d.	b.d.	38	40	42	42
Rabka-Zdrój	44	42	42	40	43	0
Małopolska	46	51	50	46	49	3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS za lata 2005-2012.

Najwyższe wartości wystąpiły w mieście Krakowie (podobnie jak w przypadku dochodów ogółem na mieszkańca), gdzie udział dochodów własnych w dochodach ogółem niemal w każdym badanym roku kształtował się na poziomie około 70%. Źródłami finansowania zadań tej gminy w przeważającej części są zatem środki własne. Na kolejnym miejscu uplasowała się Krynica-Zdrój niemal z równie wysokim wskaźnikiem. Ponad połowę dochodów tego miasta dotąd pozyskano bowiem z wewnętrznych źródeł. Stosunkowo niższym, aczkolwiek równie znaczącym wskaźnikiem charakteryzowały się gminy: Piwniczna-Zdrój, Rabka-Zdrój oraz Muszyna, Żegiestów-Zdrój, których dochody pozyskane z własnych środków

stanowiły około 30-40% ogółu dochodów. Analiza dochodów własnych wykazała, że wszystkie gminy odznaczały się zróżnicowanym ale relatywnie wysokim udziałem środków własnych w tworzeniu dochodów budżetowych w porównaniu do wskaźnika ogólnopolskiego wynoszącego 45-48%. Należy także podkreślić, iż badany wskaźnik udziału wykazywał tendencję spadkową.

Dochody własne na mieszkańca są istotnym elementem oceny poziomu zamożności, jak i aktywności samorządów. Analiza dochodów własnych gmin uzdrowiskowych województwa małopolskiego (wykres 2) wykazała zróżnicowanie wielkości niniejszego wskaźnika wśród omawianych gmin. Wysokość dochodów własnych na mieszkańca w 2012 roku mieściła się bowiem w przedziale 1086,56 zł – 3121,82 zł. Na szczególną uwagę pod względem wielkości dochodów własnych, zasługuje miasto Kraków z wynikiem 3121,82 zł. Wskaźnik dochodów na mieszkańca w gminie, która pod tym względem zajęła pierwszą pozycję, jest przeszło trzy razy wyższy od wskaźnika osiągniętego przez gminę, która zajęła ostatnią lokatę (w 2012 była to gmina Uście Gorlickie).



Wykres 2. Dochody własne gmin uzdrowiskowych województwa małopolskiego na mieszkańca w latach 2005-2012 w zł.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS za lata 2005-2012.

Gminy uzdrowiskowe województwa małopolskiego biorąc pod uwagę wydatki na 1 mieszkańca również charakteryzowały się znacznym zróżnicowaniem (tabela 33).

Największą kwotę wydatków w przeliczeniu na mieszkańca w 2012 roku zarejestrowano w gminie Krynica Zdrój (5283,82 zł). W dalszej kolejności pod względem kwoty wydatków znalazły się Uście Gorlickie (4910,14 zł) oraz Kraków (4595,20 zł). Taki rozkład wydatków mógł wynikać z inwestycji podejmowanych w wymienionych gminach w ostatnim okresie.

**Tabela 33**

**Wydatki gmin uzdrowiskowych w Małopolsce w latach 2005-2012 w przeliczeniu na 1 mieszkańca**

Gmina uzdrowiskowa	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
m.Kraków	2787,77	3249,06	3978,88	4171,50	4530,07	4443,90	4377,63	4595,20
Sękowa	1857,99	2051,71	2689,60	3419,45	3173,49	3371,06	4747,11	4203,89
Uście Gorlickie	2430,74	3990,95	3347,18	3888,41	4142,68	4611,13	4936,32	4910,14
Krynica-Zdrój	2123,70	2449,13	2886,69	4014,18	4427,29	5384,62	6132,88	5283,82
Muszyna, Żegiestów-Zdrój	2052,89	2877,55	3465,64	2505,48	4263,68	5758,66	4077,94	4562,50
Piwniczna-Zdrój	1731,44	2037,47	2215,91	2440,71	2583,36	3705,73	3772,85	4411,50
Szczawnica	b.d.	b.d.	b.d.	2501,81	3583,04	6438,21	4346,48	3788,94
Rabka-Zdrój	1570,36	1872,07	2353,65	2537,62	2470,44	2649,83	2783,89	2707,78

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS za lata 2005-2012.

Analizując sytuację finansową w gminach uzdrowiskowych nie można pominąć kwestii wyniku finansowego. W jednostkach budżetowych wynik finansowy jest różnicą pomiędzy przychodami a kosztami za rok obrotowy z uwzględnieniem innych zjawisk towarzyszących, związanych ze stratami i zyskami nadzwyczajnymi. Sposób ustalania i rozliczania wyniku finansowego w jednostkach budżetowych wynika z zasady budżetowania brutto tych jednostek. Polega ona na włączeniu do budżetu całości osiągniętych przez jednostkę dochodów (przychodów) i całości poniesionych przez jednostkę wydatków. Oznacza to, że jednostka budżetowa odprowadza na rachunek dochodów budżetu państwa albo budżetu jednostki samorządowej wszystkie zrealizowane wpływy (z wyłączeniem dochodów własnych), natomiast na pokrycie wydatków otrzymuje środki z budżetu. Wynik finansowy w analizowanych gminach szczegółowo przedstawia tabela 34.

Z tabeli 34 wynika, iż tylko dwie jednostki samorządu terytorialnego (Sękowa oraz Muszyna Żegiestów Zdrój) miały w 2012 roku dodatni wynik finansowy. Jednakże jednostki, które odnotowują deficyt budżetowy, niekoniecznie są w gorszej sytuacji finansowej, ponieważ na ogół realizowały one duże inwestycje, co stwarzało potrzebę zaciągnięcia kredytu. Innymi słowy, gminy uzdrowiskowe, gdzie występował deficyt budżetowy mogły wykazywać się większą aktywnością gospodarczą, niż gminy, które nie podejmowały istotnych decyzji inwestycyjnych. Przykładem – wprawdzie nieprzystającym do grupy uzdrowisk – jest bezsprzecznie miasto Kraków, które w 2012 roku miał największy deficyt, a jak wiadomo choćby z racji, że jest to duża aglomeracja, podejmował także relatywnie najwięcej działań rozwojowych.

**Tabela 34****Wynik finansowy gmin uzdrowiskowych województwa małopolskiego za lata 2005-2012 w tys. zł**

Gmina uzdrowiskowa	2005	2007	2009	2010	2012
m.Kraków	-94 296,58	-200 054, 98	-259 020,88	20 322,27	-42 450 809,84
Sękowa	467,49	-1 025,91	403,24	-884,66	1 457 742,29
Uście Gorlickie	323,13	2 561,12	-655,27	-2 935,54	-2 672 430,39
Krynica-Zdrój	291,54	-2 117,87	-8 916,70	1 231,77	-11 165 803,77
Muszyna, Żegiestów-Zdrój	153,423	-675,85	-5 858,33	-9 167,34	116 645,77
Piwniczna-Zdrój	1 199,91	669,74	792,98	-7 487,19	-6 780 558,77
Szczawnica	b.d.	b.d.	-2 627,38	-11 843,45	-4 320 432,84
Rabka-Zdrój	356,89	-4 247,94	-3 591,18	-4 479,80	-814 299,44
Małopolska	-146 839,91	-121 664,06	-753 643,43	-607 866,48	-187 798 103,33

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS za lata 2005-2012.

Aby móc porównać wynik finansowy poszczególnych gmin uzdrowiskowych należy doprowadzić dane finansowe do porównywalności poprzez przeliczenie wyniku finansowego na 1 mieszkańca. Prezentuje to tabela 35.

**Tabela 35****Wynik finansowy gmin uzdrowiskowych per capita w 2012 r.**

Gmina uzdrowiskowa	Wynik finansowy gmin uzdrowiskowych na 1 mieszkańca
m.Kraków	-55,98
Sękowa	296,23
Uście Gorlickie	-397,74
Krynica-Zdrój	-657,59
Muszyna, Żegiestów-Zdrój	9,91
Piwniczna-Zdrój	-634,41
Szczawnica	-581,41
Rabka-Zdrój	-46,55

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS za 2012 r.

Ocena poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego gmin uzdrowiskowych z zastosowaniem metody taksonomicznej została dokonana na podstawie analizy dziesięciu parametrów (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10).

- P1 - Udział ludności w wieku produkcyjnym w ludności ogółem;
- P2 - Przyrost naturalny;
- P3 - Saldo migracji;
- P4 - Stopa bezrobocia;
- P5 - Udział dochodów własnych gmin w dochodach ogółem;
- P6 - Dochody gmin na 1 mieszkańca;
- P7 - Dochody własne na 1 mieszkańca
- P8 - Wynik finansowy gmin uzdrowiskowych na 1 mieszkańca;



- P9 - Wydatki budżetu na 1 mieszkańca;
- P10 - Liczba podmiotów gospodarczych na 1000 mieszkańców.

Do realizacji tego celu wybrano miary wzorca rozwoju, której specyfika została opisana we wcześniejszych rozważaniach.

Wyniki przeprowadzonych badań pozwalają stwierdzić, że najlepiej rozwiniętym obszarem uzdrowiskowym województwa małopolskiego jest oczywiście m.Kraków, które można określić jako podstawa odniesienia relacji występujących w innych gminach (tabela 36). Na drugim miejscu znalazła się Krynica-Zdrój, a w dalszej kolejności – Uście Gorlickie. Na kolejnym miejscu z minimalnie niższym wynikiem uplasowała się Muszyna, w tym Żegiestów-Zdrój. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że informacje służące do oceny rozwoju społeczno-gospodarczego gmin uzdrowiskowych okazały się w niektórych przypadkach trudne do zdobycia, tak więc w ocenie rozwoju społeczno-gospodarczego można było wziąć pod uwagę jedynie powszechnie udostępniane przez GUS informacje. Dlatego w monografii pod uwagę wzięte będą jeszcze inne miary aktywności gospodarczej.

**Tabela 36**

***Poziom rozwoju społeczno-gospodarczego gmin uzdrowiskowych województwa małopolskiego***

Poziom rozwoju	Gminy uzdrowiskowe województwa małopolskiego	Wartość wskaźnika
1	m.Kraków	0,73
2	Krynica-Zdrój	0,44
3	Muszyna, Żegiestów-Zdrój	0,43
4	Uście Gorlickie	0,39
5	Piwniczna-Zdrój	0,36
6	Sękowa	0,32
7	Szczawnica	0,31
8	Rabka-Zdrój	0,20

Źródło: Opracowanie własne.

Istotnym elementem oceny rozwoju gospodarczego gmin uzdrowiskowych jest ruch turystyczny. Turystyka w Małopolsce rozwija się od wielu lat, bazując na zasobach kultury Krakowa i regionu oraz na wyjątkowych walorach krajobrazu i klimatu w gminach uzdrowiskowych, bogactwie kopalin, w tym złóż wód termalnych, roślinności, parkach krajobrazowych oraz lokalnych mikroklimatach. Atrakcyjność turystyczna Małopolski spowodowała, że rozwinęła się jej baza noclegowa. Liczba zlokalizowanych na terenie województwa hoteli, moteli, pensjonatów, sanatoriów i tym samym liczbą miejsc w obiektach zbiorowego zakwaterowania stawia Małopolskę na pierwszej pozycji w kraju. Pod względem stopnia wykorzystania miejsc noclegowych w skali całorocznej województwo znajduje się zwykle na drugiej pozycji - po województwie dolnośląskim. Szacuje się, że łączne wpływy z turystyki w ostatnich kilku latach kształtują się na poziomie około 7 mld zł rocznie. Blisko 60% turystów pochodzi z zagranicy. Przeciętnie najwięcej wydają turyści amerykańscy, a najwięcej osób pochodzi z Wielkiej Brytanii. Poza klasycznymi turystami, do Małopolski przyjeżdżają też uczestnicy licznych konferencji i kongresów, spotkań biznesowych i dyplomatycznych, zamiejscowi

studenci, sportowcy, wczasowicze (korzystający także z agroturystyki) i przede wszystkim pacjenci lecznictwa uzdrowiskowego. W latach 2005-2012 wzrostowi uległa liczba obiektów zbiorowego zakwaterowania w uzdrowiskach Małopolski z 352 do 404. Spośród 18 rodzajów obiektów noclegowych uzdrowisk najliczniejszą grupę stanowią hotele. 157 w 2012 roku, a ich udział w liczbie obiektów noclegowych ogółem wynosi 38,86 %. Na drugiej pozycji uplasowały się zakłady uzdrowiskowe (16,9%). Znaczną liczbą obiektów noclegowych stanowią również zakłady ośrodki wczasowe (11,63%). Niniejszy rozkład prezentuje tabela 37.

**Tabela 37**  
**Obiekty zbiorowego zakwaterowania w uzdrowiskach Małopolski według rodzajów w latach 2005-2012**

Rodzaj turystycznego obiektu noclegowego	Liczba obiektów								Struktura w %		Zmiany 2012: 2005
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2005	2012	
Hotele	90	97	109	123	139	147	153	157	25,57	38,86	74,44
Motele	3	2	1	1	1	1	0	0	0,85	0,00	-100,00
Pensjonaty	30	27	24	27	30	24	20	21	8,52	5,20	-30,00
Inne obiekty hotelowe	6	14	16	21	25	30	28	30	1,70	7,43	400,00
Domy wycieczkowe	5	3	3	3	2	3	3	3	1,42	0,74	-40,00
Schroniska	3	4	6	9	9	8	8	8	0,85	1,98	166,67
Schroniska młodzieżowe	4	3	3	6	5	4	4	2	1,14	0,50	-50,00
Szkolne schroniska młodzieżowe	4	6	5	4	3	2	1	1	1,14	0,25	-75,00
Ośrodki wczasowe	69	60	56	62	53	53	50	47	19,60	11,63	-31,88
Ośrodki kolonijne	2	3	3	3	2	2	2	1	0,57	0,25	-50,00
Ośrodki szkoleniowo-wypoczynkowe	14	16	18	22	21	23	20	21	3,98	5,20	50,00
Ośrodki do wypoczynku sobotnio-niedzielnego i świątecznego	1	1	1	2	2	2	2	2	0,28	0,50	100,00
Domy pracy twórczej	2	2	2	2	3	3	3	3	0,57	0,74	50,00
Zespoły domków turystycznych	3	5	4	6	3	3	3	3	0,85	0,74	0,00
Kempingi	2	3	3	2	0	1	0	4	0,57	0,99	100,00
Pola biwakowe	4	4	4	3	31	31	30	36	1,14	8,91	800,00
Zakłady uzdrowiskowe	37	37	37	36	46	46	54	65	10,51	16,09	75,68
Pozostałe obiekty niesklasyfikowane	73	37	36	36	0	0	0	0	20,74	0,00	-100,00
Ogółem	352	324	331	368	375	383	381	404	100,00	100,00	74,44
Dynamika w stosunku rocznym	b.d.	92,05	102,2	111,2	101,9	102,1	99,48	106	X	X	X

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Regionalnych.

Badając potencjał rozwojowy uzdrowisk Małopolski ważna jest również liczba dostępnych miejsc noclegowych (tabela 38). W latach 2005-2012 obserwuje się stały wzrost liczby dostępnych miejsc noclegowych. W 2012 roku było ich 40,3 tys., to jest o ponad 42% więcej, niż w 2005 roku.

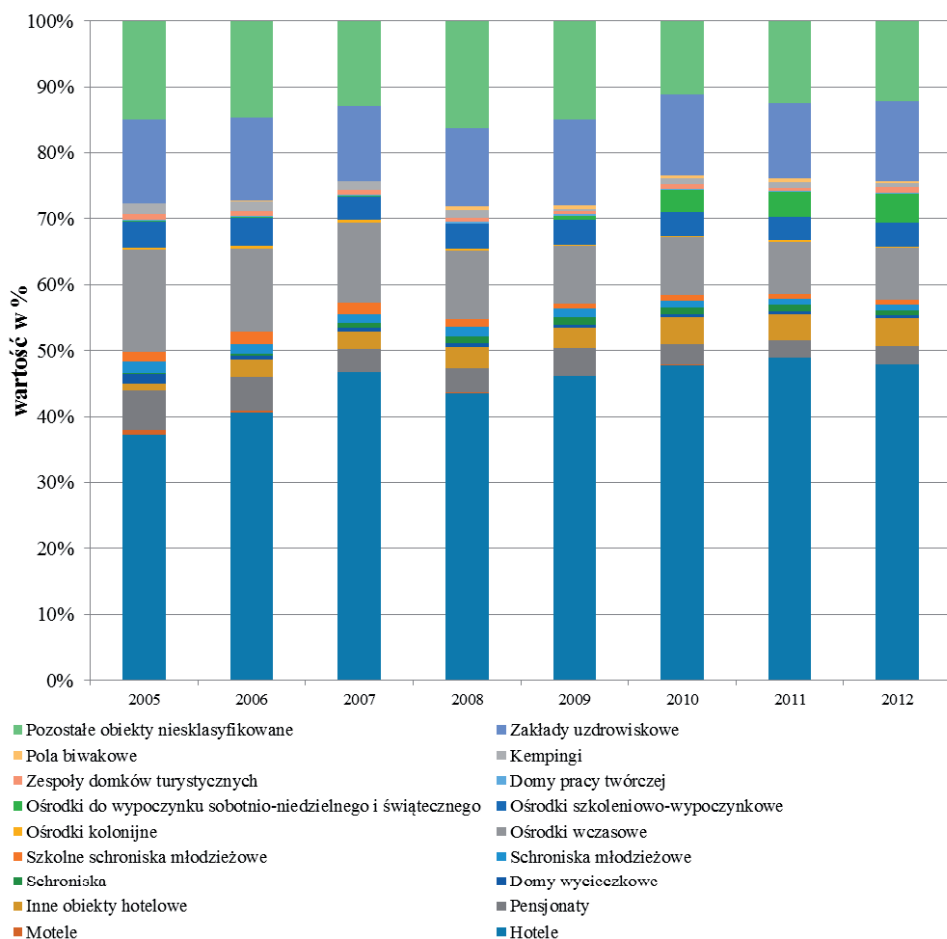
**Tabela 38**

**Miejsca noclegowe w uzdrowiskach Małopolski według rodzajów zbiorowego zakwaterowania w latach 2005-2012**

Rodzaj turystycznego obiektu noclegowego	Miejsca noclegowe								Struktura w %		Zmiany 2012:2005
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2005	2012	
Hotele	10 543	12 095	14 791	16 387	17 332	18 703	20 288	19 336	37,21	47,92	83,40
Motele	201	91	25	25	25	25	0	0	0,71	0,00	-100,00
Pensjonaty	1 709	1 529	1 104	1 410	1 557	1 199	1 140	1 111	6,03	2,75	-34,99
Inne obiekty hotelowe	279	744	817	1 190	1 172	1 629	1 603	1 717	0,98	4,26	515,41
Domy wycieczkowe	409	198	198	210	166	167	170	167	1,44	0,41	-59,17
Schroniska	66	96	239	403	421	378	413	330	0,23	0,82	400,00
Schroniska młodzieżowe	513	428	428	542	477	412	412	330	1,81	0,82	-35,67
Szkolne schroniska młodzieżowe	390	550	535	405	325	333	308	308	1,38	0,76	-21,03
Ośrodki wczasowe	4 379	3 748	3 848	3 932	3 243	3 444	3 254	3 173	15,45	7,86	-27,54
Ośrodki kolonijne	94	135	139	111	95	95	95	50	0,33	0,12	-46,81
Ośrodki szkoleniowo-wypoczynkowe	1 128	1 263	1 127	1 410	1 409	1 434	1 455	1 475	3,98	3,66	30,76
Ośrodki do wypoczynku sobotnio-niedzielnego i świątecznego	21	20	20	40	239	1 298	1 576	1 746	0,07	4,33	82,14 razy
Domy pracy twórczej	66	66	66	66	66	67	66	66	0,23	0,16	0,00
Zespoły domków turystycznych	227	227	217	212	177	243	228	372	0,80	0,92	63,88
Kempingi	455	420	430	440	145	346	346	226	1,61	0,56	-50,33
Pola biwakowe	-	50	-	230	210	210	210	140	-	0,35	140 razy
Zakłady uzdrowiskowe	3 619	3 747	3 601	4 476	4 883	4 806	4 769	4 887	12,77	12,11	35,04
Pozostałe obiekty niesklasyfikowane	4 238	4 356	4 099	6 114	5 609	4 352	5 167	4 913	14,96	12,18	15,93
Ogółem	28 337	29 763	31 684	37 603	37 551	39 141	41 500	40 347	100,00	100,00	42,38
Dynamika w stosunku rocznym	b.d.	105,03	106,45	118,68	99,86	104,23	106,03	97,22	x	x	x

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Regionalnych.

Wśród rodzajów turystycznej bazy noclegowej, największą liczbą miejsc noclegowych w uzdrowiskach Polski południowej dysponują hotele (19,3 tys. miejsc – wzrost o blisko 48%) oraz zakłady uzdrowiskowe (4,9 tys. miejsc), jak pokazuje wykres 3. Znacząca liczba miejsc noclegowych w obiektach noclegowych uzdrowisk znajduje się w obiektach niesklasyfikowanych (4913 miejsca – 12,8% wszystkich miejsc noclegowych w 2012 roku) oraz ośrodki wczasowe (3173 miejsca – blisko 7,86%).



**Wykres 3. Struktura miejsc noclegowych w uzdrowiskach Małopolski w latach 2005-2012 w %.**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Regionalnych za lata 2005-2012.

Analiza danych o liczbie przyjazdów do uzdrowisk i ich zmiany w latach 2005-2012 prezentuje znaczenie, jakie dla miejscowości uzdrowiskowych mają poszczególne obiekty zbiorowego zakwaterowania (tabela 39).

W analizowanym okresie największe zmiany w przyjazdach odnotowano w hotelach. W 2005 roku tego rodzaju obiekty odwiedziło ponad mln osób, natomiast w 2012 już prawie milion pięćset tysięcy osób. Znaczący przyrost zaobserwowano w ośrodkach wypoczynku sobotnio-niedzielnego i świątecznego (w roku 2005 ich udział w przyjazdach ogółem wynosił 0,01% natomiast w 2012 roku liczba odwiedzających tego rodzaju obiekty stanowiła 6,18 % ogółu). W tzw. innych obiektach hotelowych wzrost przyjazdów był dziesięciokrotny. W domach wycieczkowych, liczba przyjeżdżających natomiast wyraźnie zmalała, głównie ze względu na niski standard tych obiektów.

Patrząc jednak nie tylko od strony tempa zmian w przyjazdach, ale również na strukturę przyjeżdżających do uzdrowisk, to w badanym okresie nie ma istotnych zmian (tabela 39) ale warto podkreślić, że udział zakładów uzdrowiskowych w ogólnej liczbie przyjeżdżających zmniejszył się z 4,87% do 4,57%. Wskaźnik ten jest co prawda niższy od wskaźnika dla hoteli (72,52%), lecz wyższy niż w przypadku innych obiektów zbiorowego zakwaterowania. Biorąc pod uwagę zakłady uzdrowiskowe, to w 2012 roku przyjechało do nich blisko 96 tys. turystów (o ponad 35% więcej niż w 2005 roku).

**Tabela 39**

*Przyjazdy do uzdrowisk Małopolski według rodzajów turystycznych obiektów noclegowych w latach 2005-2012*

Rodzaj turystycznego obiektu noclegowego	Liczba turystów								Struktura w %		Zmiany 2012:2005
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2005	2012	
Hotele	1 013 565	1 099 684	1 208 438	1 109 551	1 157 123	1 285 764	1 403 816	1 521 435	69,75	72,52	50,11
Motele	8 929	4 441	641	525	677	261	-	-	0,61	-	-100,00
Pensjonaty	35 510	34 308	30 782	30 196	32 168	22 503	24 147	26 287	2,44	1,25	-25,97
Inne obiekty hotelowe	7 745	27 631	33 194	45 628	41 187	64 800	77 913	84 251	0,53	4,02	987,81
Domy wycieczkowe	22 272	10 605	11 926	9 477	6 592	4 042	2 641	1 301	1,53	0,06	-94,16
Schroniska	2 288	2 700	3 192	10 604	10 930	9 976	8 106	10 019	0,16	0,48	337,89
Schroniska młodzieżowe	33 162	35 157	39 681	37 425	31 204	28 175	29 077	20 992	2,28	1,00	-36,70
Szkolne schroniska młodzieżowe	18 465	22 213	29 151	22 900	20 159	19 032	20 406	19 121	1,27	0,91	3,55
Ośrodki wczasowe	59 922	60 414	68 443	77 227	61 489	62 049	53 562	50 334	4,12	2,40	-16,00
Ośrodki kolonijne	814	1 125	1 297	1 011	860	325	244	112	0,06	0,01	-86,24
Ośrodki szkoleniowo-wypoczynkowe	35 597	35 212	34 843	40 733	40 378	39 577	45 916	46 200	2,45	2,20	29,79
Ośrodki do wypoczynku sobotnio-niedzielnego i świątecznego	185	168	156	201	13 881	99 544	108 469	129 571	0,01	6,18	699,38 razy
Domy pracy twórczej	1 458	1 281	1 310	1 689	1 372	1 409	1 507	1 311	0,10	0,06	-10,08
Zespoły domków turystycznych	5 691	6 059	4 785	4 309	4 054	3 983	4 484	4 740	0,39	0,23	-16,71
Kempingi	14 569	12 240	12 513	7 080	3 195	4 335	3 743	2 854	1,00	0,14	-80,41
Pola biwakowe	-	433	-	1 216	1 357	1 211	1 377	1 040	-	0,05	1040 razy
Zakłady uzdrowiskowe	70 805	71 755	70 666	89 354	103 801	101 016	94 890	95 915	4,87	4,57	35,46
Pozostałe obiekty niesklasyfikowane	122 237	145 819	144 628	131 019	152 991	85 822	80 666	82 480	8,41	3,93	-32,52
Ogółem	1 453 214	1 571 245	1 695 646	1 620 145	1 683 418	1 833 824	1 960 964	2 097 963	100,00	100,00	44,37
Dynamika w stosunku rocznym	b.d.	108,12%	107,92%	95,55%	103,91%	108,93%	106,93%	106,99%	x	x	x

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Regionalnych.

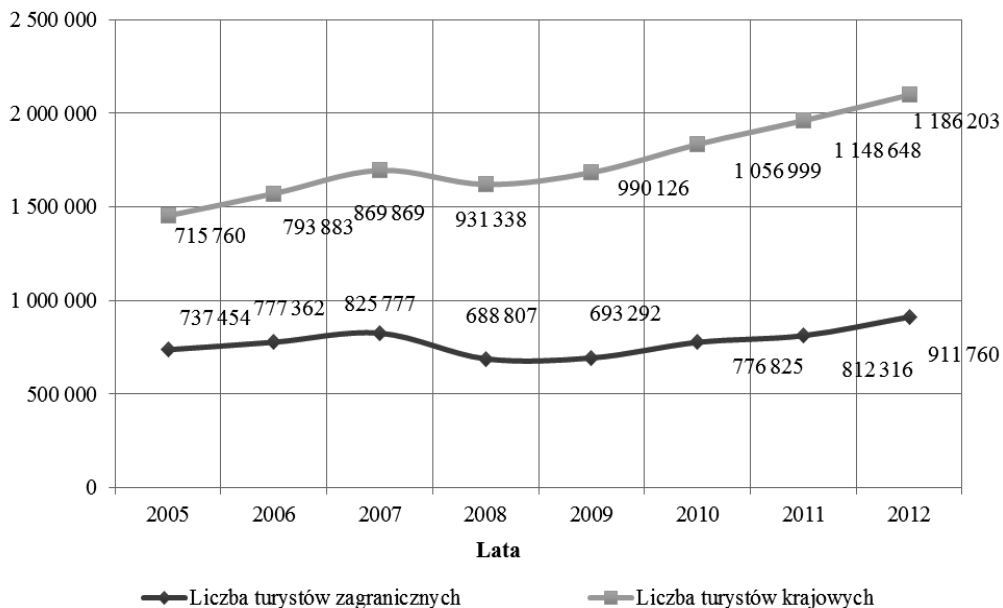
Inaczej przedstawiała się w okresie 2005-2012 liczba zagranicznych turystów w poszczególnych obiektach noclegowych (tabela 40). Liczba turystów zagranicznych odwiedzających uzdrowiska Małopolski jest dość duża (690-911 tys. rocznie), jednak w ostatnich latach nieznacznie spadła zwłaszcza w 2008 roku na skutek zjawisk kryzysowych w gospodarce oraz wprowadzenia utrudnień wizowych na wschodniej granicy Polski w związku z wprowadzeniem systemu Schengen. Liczba przyjazdów turystów zagranicznych wzrosła natomiast już w 2009 roku i wykazywała taką tendencję również w 2012 roku (tabela 40, wykres 4 i 5).

**Tabela 40**

*Przyjazdy do uzdrowisk Małopolski turystów zagranicznych według obiektów noclegowych w latach 2005-2012*

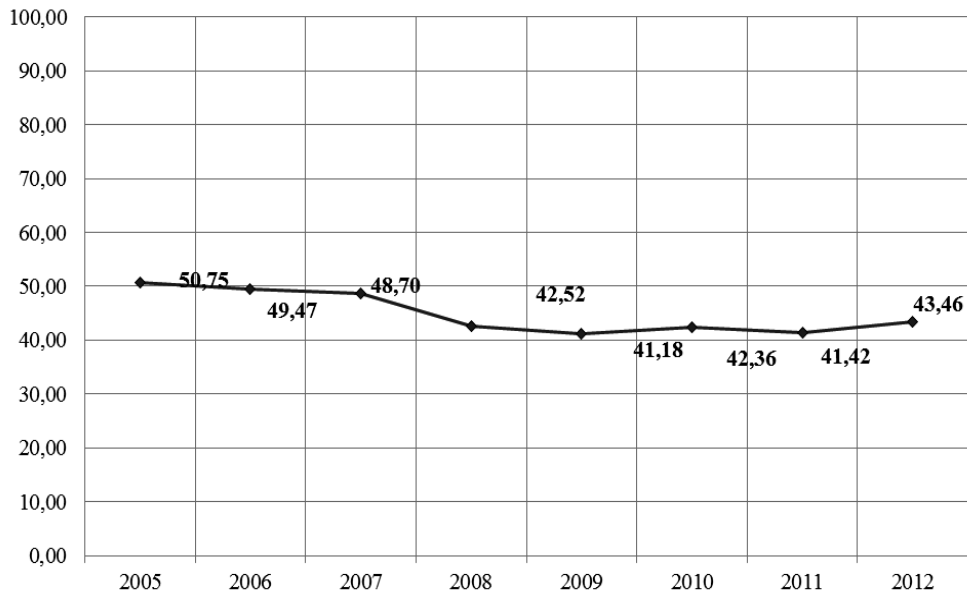
Rodzaj turystycznego obiektu noclegowego	Liczba turystów zagranicznych								Struktura w %		Zmiany w punktach proc.
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2005	2012	
Hotele	655 164	675 730	724 355	601 932	606 621	672 326	686 946	769 406	88,84	84,39	-4,45
Motele	3 148	1 439	36	37	28	6	0	0	0,43	0,00	-0,43
Pensjonaty	4 557	5 681	2 913	2 381	2 014	2 045	1 863	1 939	0,62	0,21	-0,41
Inne obiekty hotelowe	3 034	8 986	12 152	18 564	14 030	25 852	38 350	34 905	0,41	3,83	+3,42
Domy wycieczkowe	5 272	2 682	2 657	2 024	1 139	38	50	79	0,71	0,01	-0,71
Schroniska	121	8	12	193	125	43	64	96	0,02	0,01	-0,01
Schroniska młodzieżowe	8 760	9 373	9 986	8 312	7 366	6 962	6 914	3 092	1,19	0,34	-0,85
Szkolne schroniska młodzieżowe	1 685	2 249	1 719	1 583	1 286	832	819	924	0,23	0,10	-0,13
Ośrodki wczasowe	1 037	1 189	1 442	1 015	531	924	546	738	0,14	0,08	-0,06
Ośrodki szkoleniowo-wypoczynkowe	1 435	1 153	1 241	950	911	1 061	2 252	2 755	0,19	0,30	+0,11
Ośrodki do wypoczynku sobotnio-niedzielnego i świątecznego	-	-	-	-	8 589	42 204	49 664	69 718	-	7,65	+7,65
Zespoły domków turystycznych	973	786	737	496	80	256	190	215	0,13	0,02	-0,11
Kempingi	11 188	9 203	10 876	6 194	2 813	3 854	3 349	2 590	1,52	0,28	-1,23
Pola biwakowe	-	3	-	1	2	-	-	436	-	0,05	+0,05
Zakłady uzdrowiskowe	958	1 296	984	552	456	919	888	738	0,13	0,08	-0,05
Pozostałe obiekty niesklasyfikowane	40 122	57 584	56 667	44 573	47 301	19 503	20 421	24 129	5,44	2,65	-2,79
Ogółem	737 454	777 362	825 777	688 807	693 292	776 825	812 316	911 760	100,00	100,00	-
Dynamika w stosunku rocznym	b.d.	105,41	106,23	83,41	100,65	112,05	104,57	112,24	X	X	X

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Regionalnych.



**Wykres 4. Turyści krajowi i zagraniczni ogółem odwiedzający uzdrowiska Małopolski w latach 2005-2012.**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Regionalnych.



**Wykres 5. Udział turystów zagranicznych w przyjazdach do uzdrowisk Małopolski ogółem w latach 2005-2012 w %.**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Regionalnych.

Względy komfortu i jakości usług zdecydowały, że w 2012 roku w miejscowościach uzdrowiskowych najczęściej przyjeżdżających obcokrajowców przebywało w hotelach (769,4 tys., czyli – 84 %). Drugimi w kolejności pod względem liczby przyjeżdżających turystów zagranicznych były ośrodki wypoczynku sobotnio-niedzielnego i świątecznego, a dopiero na trzecim miejscu znalazły się inne obiekty hotelowe.

Analiza wskazuje, że największą popularnością cieszyły się wśród przyjeżdżających zarówno obywatele Polski, jak i osób z zagranicy te same obiekty bazy noclegowej. Wyjątek stanowiły jedynie zakłady uzdrowiskowe, które okazały się mniej atrakcyjne dla obcokrajowców, podczas gdy wśród turystów krajowych były częściej wybierane. Związane to jest zapewne z motywami wyjazdów do uzdrowisk, wśród których priorytet stanowią motywy zdrowotne, czyli leczniczy i profilaktyczny oraz wypoczynkowy. Ponadto turyści zagraniczni są bardziej wymagający pod względem jakości usług, dlatego też częściej decydują się na wybór hoteli położonych na obszarach uzdrowiskowych, a ponadto są jeszcze ostrożni w odpowiadaniu na ofertę uzdrowiskową.

Analizując stan uzdrowisk pod względem ruchu turystycznego, należy wskazać również stopień wykorzystania miejsc noclegowych w obiektach zbiorowego zakwaterowania (tabela 41). Liczba udzielonych noclegów w uzdrowiskach południowej Polski w latach 2005-2012 wykazywała tendencję wzrostową. W 2012 roku w stosunku do 2005 r. ich ilość wzrosła o około 23% i wyniosła 5,6 mln noclegów. Poszczególne obiekty noclegowe wykazywały zróżnicowany poziom wykorzystania miejsc noclegowych. Najwięcej noclegów udzielono w hotelach, w liczbie 3,2 mln. (57,27%) noclegów oraz w zakładach uzdrowiskowych 1,21 mln (21,66%). Wśród obiektów, w których udzielono najwięcej noclegów w uzdrowiskach w 2012 roku, obok hoteli i zakładów uzdrowiskowych znalazły się ponadto ośrodki wczasowe (253,5 tys. noclegów – 3,19%). Sytuację tę przedstawia wykres 6. Zważywszy na liczbę uzdrowisk funkcjonujących w południowej Polsce oraz ich oferty, a także możliwości zaspokajania potrzeb wynikające głównie z dostępnej infrastruktury, bezdyskusyjnie pozostaje istotne znaczenie tego działu gospodarki dla rozwoju całego regionu. Jakość i różnorodność oferty turystycznej, w tym uzdrowiskowej, przy dużej konkurencji ma ogromne znaczenie dla zwiększenia liczby osób korzystających z leczenia i wypoczynku w Małopolsce. Oznacza to wzrost zatrudnienia w gospodarce jak również wzrost dochodu narodowego dzięki rozwojowi usług uzdrowiskowych i turystycznych.

**Tabela 41**

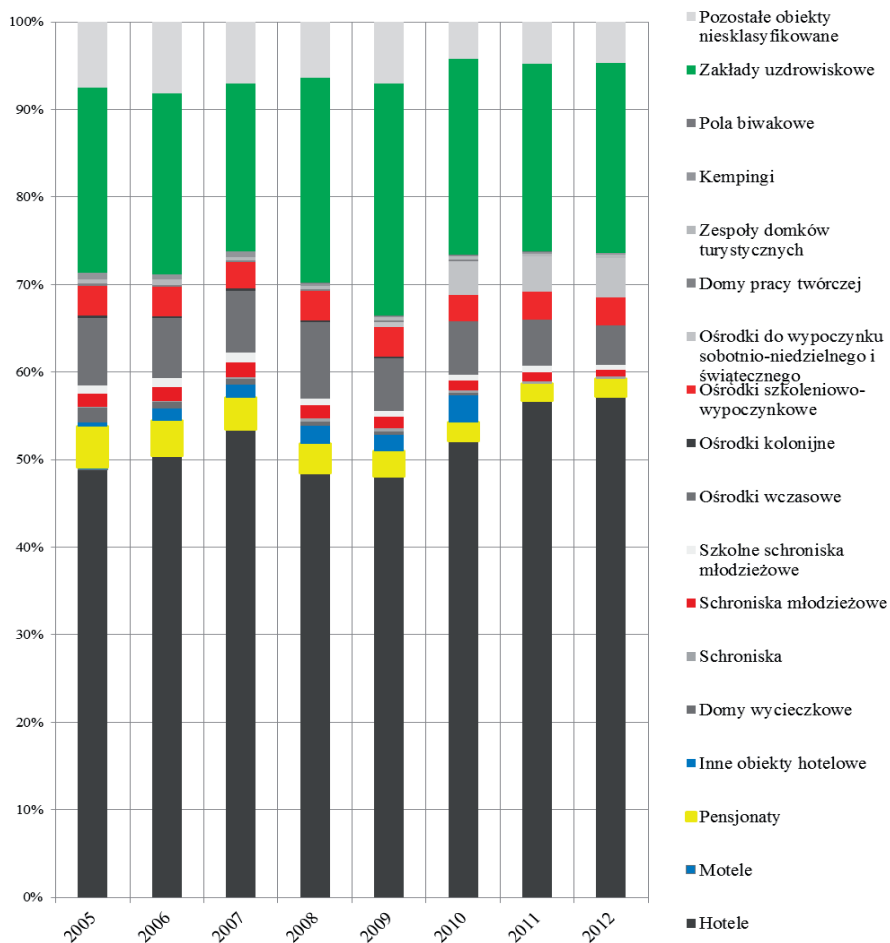
**Rozkład udzielonych noclegów w obiektach zbiorowego zakwaterowania uzdrowisk Małopolski w latach 2005-2012**

Rodzaj obiektu noclegowego	Udzielone noclegi								Struktura w %		Zmiany w %
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2005	2012	
Hotele	2 061 967	2 206 438	2 523 223	2 413 239	2 463 951	2 705 003	2 946 809	3 210 123	48,85	57,29	8,44
Motele	13 193	7 028	930	679	850	412	-	-	0,31	-	-0,31
Pensjonaty	193 758	171 792	168 474	164 543	148 673	109 704	97 967	109 523	4,59	1,95	-2,64
Inne obiekty hotelowe	21 595	63 559	74 118	101 671	93 248	157 022	-	-	0,51	-	-0,51



Domy wycieczkowe	68 551	32 050	30 410	23 272	19 849	14 114	-	-	1,62	-	-1,62
Schroniska	5 828	4 842	9 227	21 848	19 977	17 098	13 916	14 036	0,14	0,25	0,11
Schroniska młodzieżowe	65 045	70 451	77 186	71 322	65 172	59 696	54 536	39 925	1,54	0,71	-0,83
Szkolne schroniska młodzieżowe	39 138	45 006	54 825	40 958	35 970	33 535	40 037	33 854	0,93	0,60	-0,32
Ośrodki wczasowe	325 516	299 284	334 614	433 424	308 937	315 608	271 689	253 553	7,71	4,53	-3,19
Ośrodki kolonijne	9 406	11 477	13 629	10 355	8 974	2 343	1 802	732	0,22	0,01	-0,21
Ośrodki szkoleniowo-wypoczynkowe	143 221	146 728	140 431	165 653	171 864	152 763	164 889	175 920	3,39	3,14	-0,25
Ośrodki do wypoczynku sobotnio-niedzielnego i świątecznego	1 216	1 048	793	769	30 089	201 152	210 205	257 194	0,03	4,59	4,56
Domy pracy twórczej	9 876	9 456	9 799	9 992	9 479	9 599	-	-	0,23	-	-0,23
Zespoły domków turystycznych	20 000	25 878	17 255	16 766	18 677	17 540	17 720	21 024	0,47	0,38	-0,10
Kempingi	30 990	25 788	28 752	17 071	6 466	8 791	7 232	6 070	0,73	0,11	-0,63
Pola biwakowe	-	1 196	-	3 347	3 700	4 083	4 168	2 690	-	0,05	0,05
Zakłady uzdrowiskowe	895 877	907 101	907 036	1 167 333	1 359 497	1 161 156	1 116 688	1 213 768	21,23	21,66	0,44
Pozostałe obiekty niesklasyfikowane	315 517	357 060	332 258	315 953	360 942	216 747	246 322	264 896	7,48	4,73	-2,75
Ogółem	4220694	4386182	4722960	4978195	5126315	5186366	5193980	5603308	100,00	100,00	-
Dynamika w stosunku rocznym	b.d.	103,92	107,68	105,40	102,98	101,17	100,15	107,88	x	x	x

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Regionalnych.



**Wykres 6. Struktura udzielonych noclegów w obiektach zbiorowego zakwaterowania uzdrowisk Małopolski w noclegach ogółem w 2012 w %.**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Regionalnych.

### 3.3. Przedsiębiorstwa uzdrowiskowe w województwie małopolskim

Małopolska jest drugim regionem – po Dolnym Śląsku – najbardziej zasobnym w uzdrowiska. Na terenie województwa dolnośląskiego znajduje się ich 11, w Małopolsce jest 9 miejscowości, które uzyskały status uzdrowiska. W latach ostatniej dekady wzrósł znacznie popyt na leczenie uzdrowiskowe, co zaczęło sprzyjać rozwojowi podaży tych usług. Jest to tendencja ogólnokrajowa. W 1999 r. w Polsce z leczenia stacjonarnego w szpitalach lub sanatoriach uzdrowiskowych skorzystało około 400 tys. pacjentów, natomiast w roku 2012 było ich prawie 620 tys. osób (55% więcej). Jednakże w Małopolsce wzrost liczby pacjentów stacjonarnych leczenia uzdrowiskowego w 2012 r. wynosił znacząco mniej niż w innych regionach<sup>174</sup>.

<sup>174</sup> *Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa. Podejście strategiczne*, Małopolskie Studia regionalne”, Departament Polityki Regionalnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego, Kraków 2010, s.54.

W uzdrowiskach działają zakłady lecznictwa uzdrowiskowego różnego rodzaju i o różnym statusie prawnym. Według danych GUS, w Polsce w 2012 r. funkcjonowało blisko 270 stacjonarnych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego<sup>175</sup>. Najwięcej placówek uzdrowiskowych znajduje się na terenie województwa dolnośląskiego i małopolskiego oraz zachodniopomorskiego, a także w województwie kujawsko-pomorskim (mimo małej liczby uzdrowisk, posiada ono dużą bazę uzdrowiskową, skupioną głównie w uzdrowisku Ciechocinek).

Spośród województw, gdzie zlokalizowane są szpitale i sanatoria uzdrowiskowe, najwięcej łóżek znajduje się w stacjonarnych zakładach lecznictwa uzdrowiskowego województwa zachodniopomorskiego. Generalnie w województwach zachodnich dynamika podaży zasobów leczenia uzdrowiskowego jest wyższa niż w pozostałych regionach kraju. Placówki sanatoryjne i sanatoryjno-wypoczynkowe znajdują się także w miejscowościach bez statusu uzdrowisk. Szczegółowo obiekty sanatoryjne i sanatoryjno-wypoczynkowe w Małopolsce (bez względu na status miejscowości) zaprezentowano w tabeli 42.

W związku z dokonującymi się przekształceniami zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, liczba szpitali i sanatoriów uzdrowiskowych w Małopolsce w latach 1999-2012 znacznie spadła. Siedem spośród ponad 40 placówek regionu są to szpitale uzdrowiskowe (z tego 3 szpitale uzdrowiskowe dla dzieci), natomiast pozostałe to sanatoria uzdrowiskowe. Spadek ten częściowo można tłumaczyć przekształceniami zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i większość z nich stała się niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej (bez leczenia sanatoryjnego). Liczba łóżek w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych w Polsce w latach 1999-2012 rosła i w roku 2012 wynosiła ponad 40 tys. W Małopolsce, mimo zmniejszenia się liczby obiektów leczniczych, liczba łóżek utrzymuje się na zbliżonym poziomie i w ostatnich latach widoczny jest pewien ich wzrost.

Na terenie gmin uzdrowiskowych województwa małopolskiego funkcjonowało w 2012 roku 36 zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. Najwięcej placówek zarejestrowano w gminach Rabka Zdrój oraz Krynica Zdrój. Najmniej zakładów natomiast działa na terenie uzdrowiska Piwniczna Zdrój, zaledwie jeden. Strukturę przestrzenną zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w województwie małopolskim przedstawia wykres 7.

---

<sup>175</sup> *W świetle ustawy uzdrowiskowej z 2005 r. za zakład lecznictwa uzdrowiskowego uznaje się zakład opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, działający na obszarze uzdrowiska, utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, w ramach kierunków leczniczych i przeciwwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska, w szczególności wykorzystujący warunki naturalne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.*

*Ustawa uzdrowiskowa z 2005 r. wymienia następujące rodzaje zakładów lecznictwa uzdrowiskowego:*

1. szpitale uzdrowiskowe,
2. sanatoria uzdrowiskowe,
3. prewentoria uzdrowiskowe dla dzieci,
4. przychodnie uzdrowiskowe.

*Odmienne niż w zarządzeniu z dnia 21 sierpnia 1967 r., zakład przyrodolecznicy został uznany za jednostkę organizacyjną zakładu lecznictwa uzdrowiskowego, którego zadaniem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przy wykorzystaniu naturalnych surowców leczniczych.*

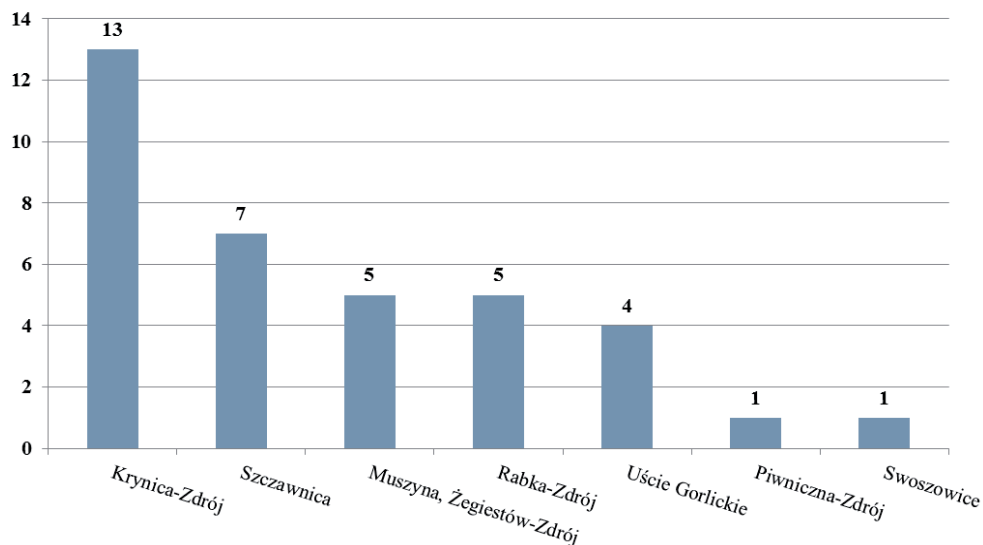
Tabela 42

## Obiekty sanatoryjne i sanatoryjno-wypoczynkowe w Małopolsce

Nazwa miejscowości	Liczba obiektów sanatoryjnych, profilaktycznych lub sanatoryjno-wypoczynkowych	Lista obiektów sanatoryjnych
Bochnia	1	Uzdrowisko Kopalnia Soli Bochnia Sp. z o.o.
Kraków	1	Uzdrowisko Kraków Swoszowice Sp. z o.o.
Krynica-Zdrój	16	Centrum Wypoczynku i Rehabilitacji „Damis” Centrum Zdrowia, Urody i Rekreacji GEOVITA w Krynicy-Zdroju Sanatorium „Leśnik-Drzewiarz” Sanatorium MSWiA „Continental” Sanatorium Uzdrowskie „Abaton” „Uzdrowisko Krynica-Żegiestów” SA DAGLEZJA Ośrodek Wczasowo-Szkoleniowy Dom Profilaktyczno-Wypoczynkowy „Leśna Polana” Dom Wypoczynkowo-Leczniczy „Jagiellonka” Ośrodek Leczniczo-Wypoczynkowy „Mielec” Ośrodek Wypoczynkowo-Rehabilitacyjny „Familijski” Sanatorium „Energetyk” Sanatorium „Nad Krynicyzanką” Sanatorium Uzdrowskie „Watra” Sanatorium Uzdrowskie „Zgoda” 20 Wojskowy Szpital Uzdrowsko-Rehabilitacyjny
Muszyna	9	Instytut Zdrowia Człowieka Nestor PZN Ośrodek Leczniczo-Rehabilitacyjny im. kpt. Jana Silhana Sanatorium „Aleksandrówka” Sanatorium „Metalowiec” Sanatorium Rehabilitacji Uzdrowskiej „Revita” Sanatorium Uzdrowskie „Geovita” Centrum Profilaktyki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrowskie „Gwiazda Gór” Sanatorium Uzdrowskie „Korona” Sanatorium Uzdrowskie „Wiarus”
Nowy Targ	1	Sanatorium Rehabilitacyjne dla Dzieci
Piwniczna-Zdrój	1	Sanatorium Uzdrowskie „Limba”
Rabka-Zdrój	11	Sanatoria i szpitale (8) Spółki Uzdrowisko Rabka SA Górnośląski Ośrodek Rehabilitacji Dzieci (GORD) im. dr Szebesty Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy im. Jana i Ireny Rudników w Rabce-Zdrój Dziecięce Centrum Rehabilitacji Środowiskowej „Krasnal”
Szczawnica	6	Centrum Wczasowo-Lecznicze „Górnik” Ośrodek Sanatoryjno-Wypoczynkowy „Budowlani” Przedsiębiorstwo „Uzdrowisko Szczawnica” SA Sanatorium Uzdrowskie „Hutnik” Sanatorium „Papiernik” Sanatorium Uzdrowskie „Nauczyciel”
Wapienne	1	Ośrodek Sanatoryjno-Leczniczy w Wapiennem
Wieliczka	1	Kopalnia Soli „Wieliczka” Podziemny Ośrodek Rehabilitacyjno-Leczniczy
Wysowa-Zdrój	2	Dom Sanatoryjno-Wypoczynkowy „Glinik” „Uzdrowisko Wysowa” SA
Zakliczyn	1	Sanatorium Rehabilitacyjne „Capitol”

Zakopane	2	Profilaktyczny Dom Zdrowia „Hel” Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr S. Jasińskiego
Złockie	1	Dom Wypoczynkowo-Sanatoryjny ACTIVA
Żegiestów Zdrój	1	Sanatorium Uzdrowskie „Wiktor”

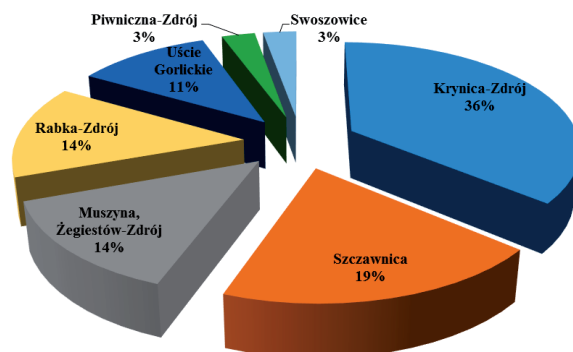
Źródło: *Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa. Podejście strategiczne*. „Małopolskie Studia regionalne”, op. cit., s. 48.



**Wykres 7. Liczba zakładów lecznictwa uzdrowskiego w gminach uzdrowskich województwa małopolskiego w roku 2012 roku w układzie przestrzennym.**

Źródło: Opracowanie własne.

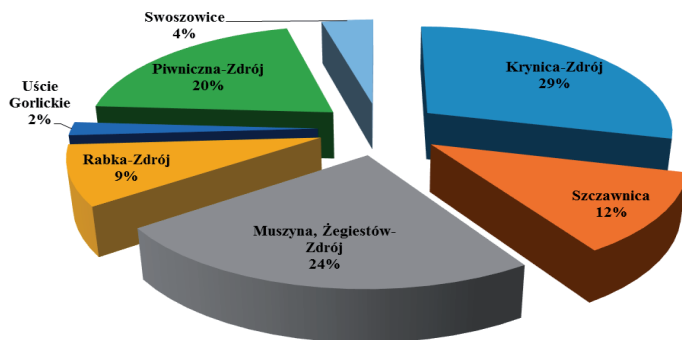
Biorąc pod uwagę formę własności, należy zauważyć, że w każdej analizowanej gminie uzdrowskiej przewagę stanowią niepubliczne zakłady lecznictwa uzdrowskiego. Wykres 8 dokładnie obrazuje i potwierdza, że najwięcej tego typu placówek funkcjonuje w Krynicy-Zdroju (36%) oraz Szczawnicy (19%).



**Wykres 8. Struktura zakładów lecznictwa uzdrowskiego województwa małopolskiego według gmin w roku 2012 w %.**

Źródło: Opracowanie własne.

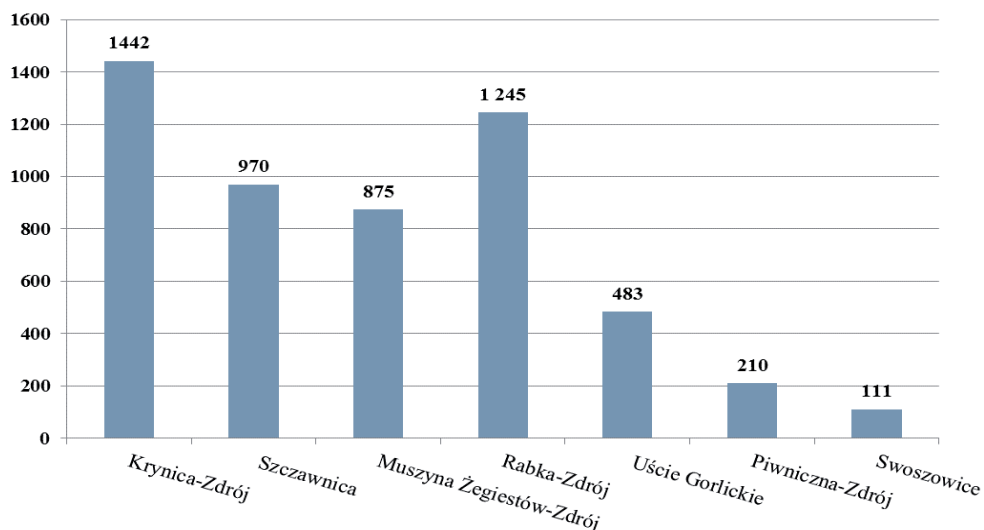
Liczba łóżek we wszystkich zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w Małopolsce wynosiła w 2012 roku 5175, z czego największą częśćią (29%) dysponowały zakłady lecznictwa uzdrowiskowego w Krynicy Zdroju (1500 łóżek), na kolejnym miejscu znalazła się Rabka Zdrój. Relatywnie najmniej zarejestrowanych łóżek odnotowano w uzdrowisku Swoszowice – Kraków (2%). Obrazuje to wykres 9.



**Wykres 9. Struktura liczby łóżek w 2012 r. w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego województwa małopolskiego.**

Źródło: Opracowanie własne.

Na wykresie 10 przedstawiono średnią liczbę łóżek w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego znajdujących się w województwie małopolskim. Największą liczbę zarejestrowanych łóżek w zakładach zarejestrowano w Krynicy Zdroju, Rabce Zdroju oraz Szczawnicy.



**Wykres 10. Średnia liczba łóżek w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego województwa małopolskiego za lata 2005-2012.**

Źródło: Opracowanie własne.

Terażniejszość lecznictwa uzdrowiskowego to w dużej mierze dynamicznie rozwijający się rynek uzdrowiskowych usług medycznych i pacjent komercyjny, będący w centrum jego zainteresowania. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, wobec zmniejszonego finansowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zabiegają o pacjentów komercyjnych. Tworzony przez nie produkt marketingowy posiada niejednokrotnie bardzo rozbudowaną otoczkę rdzenia produktu, który stanowią świadczenia medyczne, eksponując korzyści dodatkowe, często odległe od tych świadczeń. Pacjenci komercyjni stacjonarnego lecznictwa uzdrowiskowego poszukują w uzdrowisku przede wszystkim szeroko rozumianych świadczeń zdrowotnych, lecz w dużej mierze są to świadczenia z zakresu profilaktyki zdrowotnej i odnowy biologicznej.

#### **3.4. Pacjenci korzystający z usług lecznictwa uzdrowiskowego w przedsiębiorstwach uzdrowiskowych w województwie małopolskim**

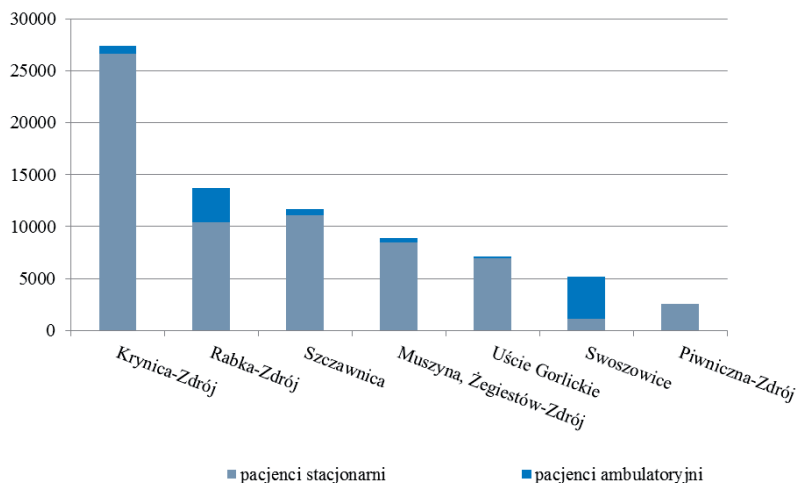
We wszystkich szpitalach uzdrowiskowych w Małopolsce liczba pacjentów w analizowanym okresie wzrastała. Według danych statystycznych GUS, średni czas pobytu pacjenta w szpitalach uzdrowiskowych wynosi 19,4 dnia natomiast w dziecięcych szpitalach uzdrowiskowych czas ten jest dłuższy i wynosi 25,6 dnia. W ostatnich kilku latach liczba pacjentów pełnopłatnych zmniejszyła się o 21,8 %, a ich udział w ogólnej liczbie pacjentów leczonych stacjonarnie zmniejszył się z 18% do 14%. W przypadku sanatoriów uzdrowiskowych na leczeniu w trybie stacjonarnym odnotowano 67,2 tys. kuracjuszy w 2012 roku.

Analizując działalność zakładów uzdrowiskowych w 2012 r. należy wziąć pod uwagę zarówno liczbę pacjentów stacjonarnych jak i ambulatoryjnych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w poszczególnych uzdrowiskach (wykres 11). W 2012 roku liczba pacjentów ogółem wynosiła ponad 76 tys. Należy zauważyć, iż w ogólnej liczbie pacjentów przewagę stanowią pacjenci stacjonarni (88%). Tak jest w Krynicy Zdrój, Muszynie, Piwnicznej-Zdrój, Szczawnicy, Rabce Zdroju oraz w Uściu Gorlickim. Wyjątkiem okazuje się uzdrowisko Kraków-Swoszowice, gdzie liczba pacjentów ambulatoryjnych przeważa nad ilością pacjentów stacjonarnych.

Warto wziąć pod uwagę również osobodni leczenia. Zauważa się, że analogicznie do liczby pacjentów kształtują się wskaźniki obrazujące osobodni leczenia (wykres 12).

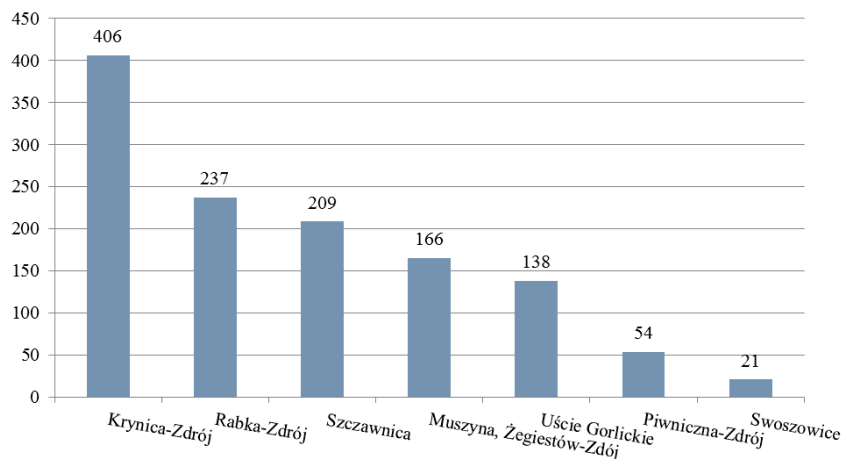
Świadczenia z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego są jedynym rodzajem świadczeń, gdzie Fundusz zajmuje się potwierdzaniem skierowań i przesyłaniem do ubezpieczonego informacji o miejscu i terminie rozpoczęcia leczenia. Wobec powyższego, przeprowadzenie kontraktowania świadczeń w tym rodzaju powinno zostać przeprowadzone w miarę możliwości jak najwcześniej, aby OW NFZ miały czas i mogły powiadomić świadczeniobiorców o terminach leczenia na pierwsze turnusy danego roku. Problem z „niedojazdami” na pierwsze turnusy wpływa na liczną korespondencję świadczeniodawców, którzy utrzymują gotowość przyjęcia świadczeniobiorców. Pacjent, który nie zrealizuje potwierdzonego skierowania lub dokona jego zwrotu do Oddziału Funduszu w terminie uniemożliwiającym jego ponowne potwierdzenie, nie ponosi żadnych konsekwencji. Dostarczenie świadczeniobiorcy skierowania w terminie tylko 14 dni przed rozpoczęciem terminu

leczenia powoduje liczne rezygnacje z leczenia. MOW NFZ planuje przeprowadzić kolejne wizytacje świadczeniodawców.



**Wykres 11. Pacjenci stacjonarni i ambulatoryjni w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego województwa małopolskiego w roku 2012.**

Źródło: Opracowanie własne.



**Wykres 12. Osobodni leczenia w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego województwa małopolskiego w 2012 roku w tys.**

Źródło: Opracowanie własne.

### 3.5. Usługi lecznicze i rehabilitacyjne udzielone w uzdrowiskach województwa małopolskiego

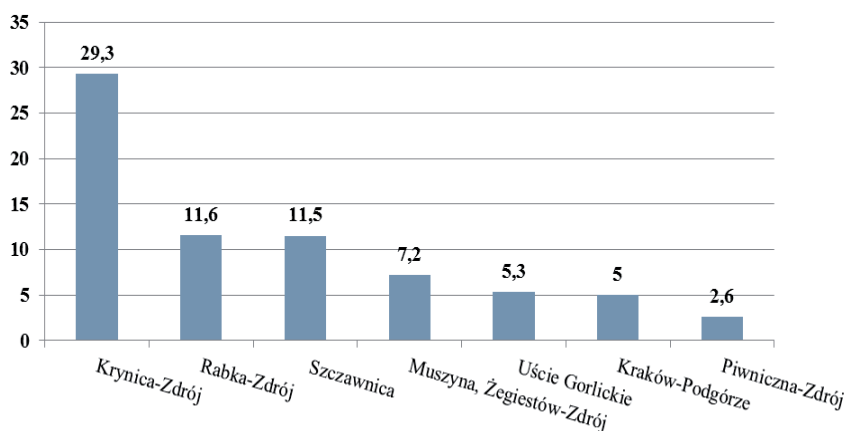
Uzdrowiska, w tym pojedyncze sanatoria starają się zdywersyfikować swoje usługi lecznicze i rehabilitacyjne ale wiele z nich wyspecjalizowało się w leczeniu tylko określonych chorób i urazów. Otóż w większości uzdrowisk małopolskich



(z wyjątkiem Rabki-Zdroju) można leczyć się w zakresie chorób reumatologicznych. Kuracjusz ma również duży wybór w leczeniu chorób górnych dróg oddechowych, chorób ortopedyczno-urazowych oraz chorób układu trawienia. Natomiast choroby kardiologiczne i nadciśnienie można leczyć tylko w Rabce Zdroju, choroby kobiece oraz choroby krwi i układu krwiotwórczego wyłącznie w Krynicy Zdroju, natomiast choroby endokrynologiczne tylko w Muszynie.

W 2012 r. w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w Małopolsce wykonano blisko 4 mln zabiegów leczniczych. Spośród wszystkich ich rodzajów najczęściej wykonuje się zabiegi z zakresu kinezyterapii (25%), elektrolecznictwa (15%) i wodolecznictwa (13%). Te rodzaje zabiegów są również najczęściej wykonywane w ramach lecznictwa uzdrowiskowego w całym kraju.

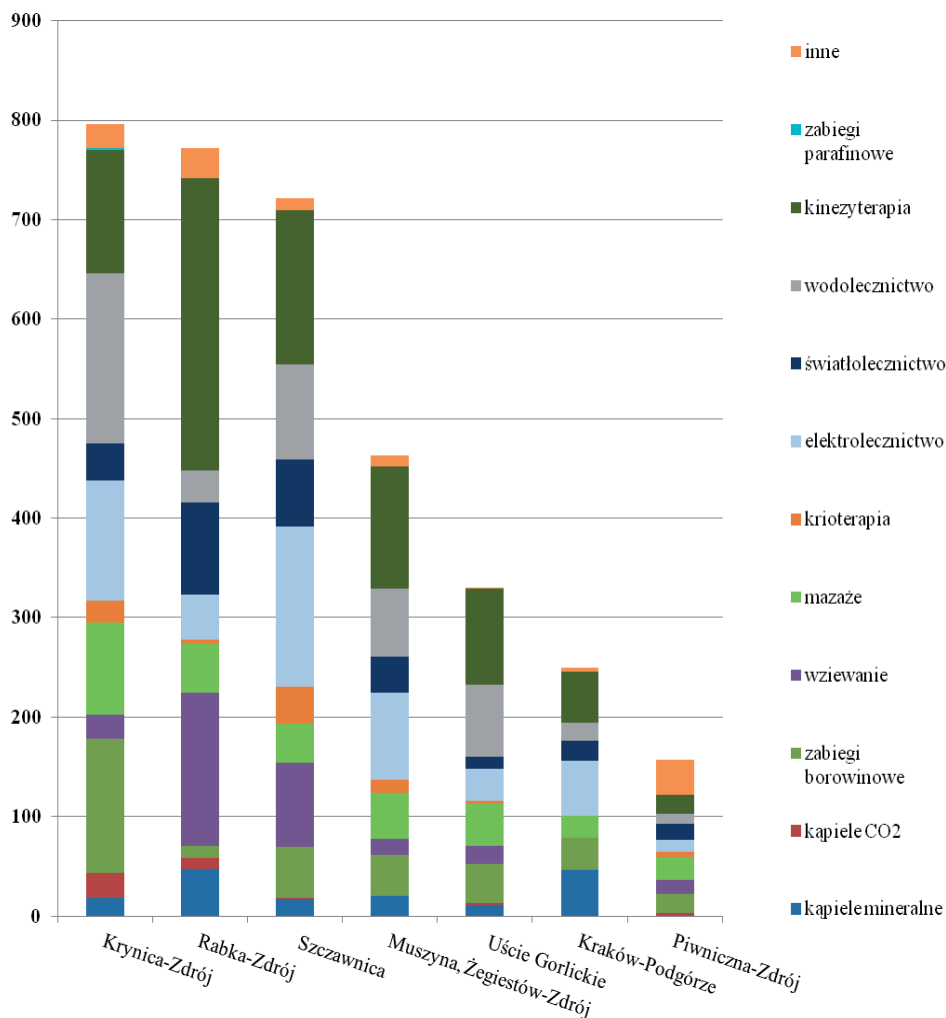
Charakteryzując działalność zakładów uzdrowiskowych, zauważa się także, że liczba korzystających z zabiegów w przekroju zakładów lecznictwa uzdrowiskowego kształtuje się podobnie jak liczba osobodni leczenia oraz liczba pacjentów w zakładach (wykres 13). W 2012 roku najwięcej osób korzystało z zabiegów w uzdrowisku Krynica Zdrój (29,3 tys.), w dalszej kolejności znalazły się uzdrowiska: Rabka Zdrój (11,6 tys.) oraz Szczawnica (11,5 tys.). Wynika to z renomy tych uzdrowisk, a przede wszystkim z większej liczby sanatoriów w tych miejscowościach.



**Wykres 13. Korzystający z zabiegów w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego województwa małopolskiego w 2012 r. w tys. osób.**

Źródło: Opracowanie własne.

Charakteryzując działalność zakładów lecznictwa uzdrowiskowego pod względem liczby kuracjuszy korzystających z poszczególnych zabiegów przyrodolecznictwa, warto zanalizować je w podziale według miejscowości (wykres 13). Z kolei biorąc pod uwagę liczbę zabiegów, to uzdrowisko Krynica Zdrój ma ich najwięcej (wykres 14).



**Wykres 14. Udzielone zabiegi w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego województwa małopolskiego w 2012 r. w tys.**

Źródło: Opracowanie własne.

W 2012 roku spośród wszystkich udzielonych zabiegów w największym stopniu korzystano z wodolecznictwa (21%). W analizowanym okresie ponad 134 tys. zabiegów przypadło na okłady borowinowe. Najmniej jednak kuracjuszy skorzystało z zabiegów parafinowych. Z kolei w Muszynie w 2012 roku najwięcej pacjentów zastosowało zabiegi kinezyterapii (123 tys. zabiegów) oraz elektrolecznictwa (88 tys.). Nie odnotowano natomiast w badanym okresie kuracjuszy, korzystających z zabiegów w postaci, kąpiele CO<sub>2</sub> oraz zabiegów parafinowych. Analizując natomiast kuracjuszy uzdrowiska Piwniczna Zdrój zauważa się, iż najwięcej usług leczniczych, bo aż 35 tys. objęło tzw. inne zabiegi, w dalszej kolejności zabiegi masażu (23,7 tys.). Statystyki dla uzdrowiska Szczawnica i Rabka Zdrój wykazywały w 2012 roku najwięcej kuracjuszy korzystających z zabiegów przyrodoleczniczych w zakresie kinezyterapii. Stanowiły

one kolejno: 154 tys. w Szczawnicy oraz 293,7 tys. zabiegów w Rabce Zdroju. Najmniej zaś pacjentów skorzystało z zabiegów parafinowych. Podobnie jak w Rabce Zdroju, również w uzdrowisku Swoszowice przeważająca część pacjentów korzystała z zabiegów kinezyterapii. Analogicznie jak w Swoszowicach, w kolejnym uzdrowisku – Uściu Gorlickim najwięcej pacjentów użytkowało gabinety kinezyterapii, natomiast nie odnotowano zabiegów parafinowych. Również w Uzdrowisku Muszyna najliczniejszą grupę osób stanowili kuracjusze korzystający z kinezyterapii (123 tys. zabiegów). Biorąc pod uwagę liczbę porad udzielonych w przychodniach uzdrowiskowych, największy ich przyrost w latach 2005-2012 zanotowano w Rabce Zdroju (około 50%), ich znaczny spadek odnotowano zaś w Krynicy Zdrój, podobnie jak porady edukacji zdrowotnej.

### **3.6. Analiza strategiczna sektora przedsiębiorstw uzdrowiskowych w Małopolsce**

Nauka dysponuje bogatym zestawem technik analizy, pozwalających objąć wszystkie strefy funkcjonowania przedsiębiorstwa i jego otoczenie. Bez względu na stopień szczegółowości prowadzonej analizy, musi być przestrzegana zasada jej kompletności oraz rozróżniania tych zjawisk, które mogą być kształtowane przez kierownictwo przedsiębiorstwa oraz tych, które są poza zasięgiem jego oddziaływania. Obie te podstawowe zasady prowadzenia analizy strategicznej wymagają rozróżnienia zjawisk wewnętrznych i zewnętrznych w stosunku do przedsiębiorstwa oraz ich jednoczesnego badania. Wśród kadr kierowniczych przedsiębiorstw obserwuje się jednak skłonność do koncentracji uwagi na problemach wewnętrznych przedsiębiorstw oraz niedocenianiu analizy otoczenia, zwłaszcza w przypadku słabego rozeznania jego elementów.

Kompleksowa i wieloczynnikowa analiza otoczenia umożliwia dostrzeżenie w porę nie tylko zagrożeń, lecz także szans w dynamicznym świecie zewnętrznym. Dlatego przedsiębiorstwo stale i kompleksowo śledzące swoje otoczenie nie jest zaskakiwane pojawianiem się nowych problemów. Sygnały z otoczenia stanowią podstawę budowania strategii oraz racjonalnego planowania przyszłości. Szeroki zakres analizy strategicznej, obejmujący dużą liczbę czynników otoczenia i wnętrza przedsiębiorstwa, które mogą mieć wpływ na funkcjonowanie i jego sukces, sprawiają, że kompleksowa analiza jest przedsięwzięciem trudnym, niekiedy z tego powodu mało efektywnym. W oparciu o literaturę przedmiotu oraz przeprowadzone badania wyeksponowano tylko te czynniki, które istotnie wpływają na wybór strategii i mają znaczący wpływ na sukces przedsiębiorstwa uzdrowiskowego. Zidentyfikowano czynniki w oparciu o wnikliwą analizę udostępnionych przez przedsiębiorstwa uzdrowiskowe materiałów oraz przez zastosowanie wywiadu indywidualnego z przedstawicielami kadry zarządzającej wybranych przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Charakterystyka czynników kształtujących sektor przedsiębiorstw uzdrowiskowych stanowi podstawę analizy strategicznej. W celu wybrania optymalnej strategii sektorowej zastosowano analizę TOWS/SWOT dla konfrontacji dotychczasowych oraz nowych (wewnętrznych i zewnętrznych) czynników usprawniających funkcjonowanie i wpływających na rozwój przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Ponieważ analiza przyjmuje wymiar strategicznej analizy sektora, może być odniesiona do konkretnego przedsiębiorstwa uzdrowiskowego wyłącznie po uwzględnieniu dodatkowych czynników dotyczących wybranej spółki oraz jej otoczenia.

W celu dokonania rozkładu siły wpływu kolejnych czynników na wybór ostatecznej strategii nadano im odpowiednie wagi, których suma wynosi 1. Największy (pozytywny) wpływ może mieć nowoczesność oferty przedsiębiorstw uzdrowiskowych oraz szeroki wachlarz profili leczniczych. Za największą słabość uznano niski poziom infrastruktury technicznej. Do największych szans i zagrożeń zaliczono odpowiednio – wkroczenie Polski do struktur Unii Europejskiej, w tym współpracę transgraniczną oraz konkurencję na polskim oraz europejskim rynku usług uzdrowiskowych. Zestawienie wag zidentyfikowanych elementów składowych analizy strategicznej TOWS i SWOT przedsiębiorstw uzdrowiskowych Małopolski przedstawia tabela 43.

Największymi zagrożeniami dla zidentyfikowanych sił tkwiących w przedsiębiorstwach uzdrowiskowych jest duże uzależnienie od zawartych kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Drugim zagrożeniem o podobnym znaczeniu jest popyt i zainteresowanie substytutami (SPA & Wellness) wykazywany przez hotele.

Biorąc pod uwagę iloczyn interakcji i wag można stwierdzić, że siłą, która najszybciej straci na znaczeniu w obliczu pojawiających się zagrożeń jest proponowany przez przedsiębiorstwa uzdrowiskowe szeroki zakres usług oraz ich konkurencyjność cenowa w stosunku do innych podmiotów. Wykwalifikowana kadra pracowników i – co za tym idzie – wysoka jakość świadczonych usług mogą przyczynić się do utrzymania dużej liczby pacjentów.

**Tabela 43**

**Zestaw czynników i ich wag w analizie strategicznej przedsiębiorstw uzdrowiskowych w Małopolsce**

	<b>Mocne strony (siły)</b>	<b>Waga</b>	<b>Słabe strony (słabości)</b>	<b>Waga</b>
<b>Czynniki wewnętrzne</b>	1. Różnorodność profili leczniczych i szeroka oferta usług	0,20	1. Poziom infrastruktury technicznej obiektów	0,20
	2. Poziom kompetencji kadry medycznej	0,25	2. Niska rentowność usług uzdrowiskowych	0,25
	3. Bogate zasoby naturalne, w tym wód leczniczych	0,20	3. Kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia	0,20
	4. Konkurencyjność cenowa usług	0,15	4. Potencjał usługowy przedsiębiorstw świadczących usługi sportowo – rekreacyjne i czasu wolnego	0,15
	5. Dobra opinia klientów	0,15	5. Niewykorzystanie w pełni zasobów naturalnych	0,10
	6. Rozmieszczenie i lokalizacja	0,05	6. Brak działań promocyjnych i reklamowych	0,10
	<b>Suma</b>	<b>1,00</b>	<b>Suma</b>	<b>1,00</b>
<b>Czynniki zewnętrzne</b>	<b>Szanse</b>	<b>Waga</b>	<b>Zagrożenia</b>	<b>Waga</b>
	1. Przystąpienie Polski do struktur Unii Europejskiej, w tym współpraca transgraniczna	0,15	1. Wzrost konkurencji na europejskim w tym na polskim rynku usług uzdrowiskowych	0,2
	2. Pozyskanie funduszy UE	0,2	2. Popyt i zainteresowanie substytutami (SPA & Wellness)	0,25

3. Prawo uzdrowiskowe jako integralna część systemu ochrony zdrowia	0,1	3. Monopol NFZ, niewystarczająca wysokość kontraktów	0,3
4. Wzrost liczby kuracjuszy w wyniku zmian demograficznych (starzenie się społeczeństwa)	0,3	4. Podnoszenie cen przez kooperantów	0,15
5. Wzrost znaczenia profilaktyki zdrowotnej w leczeniu oraz pojawiająca się moda na atrakcyjny wygląd	0,25	5. Zaostrzone przepisy podatkowe	0,10
<b>Suma</b>	<b>1,00</b>	<b>Suma</b>	<b>1,00</b>

Źródło: Opracowanie własne.

Największą szansą, która może wzmocnić silne strony przedsiębiorstw uzdrowiskowych, jest pozyskanie funduszy ze środków Unii Europejskiej, co pozwoli na modernizację istniejącej infrastruktury technicznej i zakup nowoczesnego sprzętu medycznego. Nowi pacjenci mogą także być zainteresowani usługami komercyjnymi, co może przynieść dalsze korzyści ekonomiczne i pozwoli lepiej wykorzystać istniejącą bazę lokalową. Na drugim miejscu uplasowały się kolejno: wejście Polski do struktur Unii Europejskiej oraz zmiany demograficzne, powodujące starzenie się społeczeństwa, co w konsekwencji może spowodować wzrost liczby pacjentów. Siłą, która w największym stopniu zostanie spotęgowana przez szanse jest różnorodność profili leczniczych i szeroka oferta usług.

Zagrożeniem, które niewątpliwie pogłębi słabości przedsiębiorstw uzdrowiskowych, jest ograniczenie świadczonych usług przez kontrakty z NFZ oraz silna konkurencja. Zależność od wpływów z NFZ i wzrost zagrożenia ze strony konkurencji może bowiem utrudnić podniesienie płac personelu i obsługi, a także przyczynić się do obniżenia efektywności pracy. Słabą stroną, która w największym stopniu zostanie spotęgowana przez zagrożenia, jest niska rentowność usług uzdrowiskowych.

Szansą, która w największym stopniu pozwoli przezwyciężyć słabości, jest wzrost znaczenia profilaktyki zdrowotnej w leczeniu uzdrowiskowym oraz pojawiająca się moda na atrakcyjny wygląd. Z kolei słabością, która może być przeszkodą dla pojawiających się szans jest przede wszystkim niska rentowność usług uzdrowiskowych, jak również niezadowalające kontrakty z NFZ. Rozszerzenie działalności komercyjnej mogłoby znacząco zwiększyć dochody przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Wtedy przedsiębiorstwa mogłyby przeznaczyć większe nakłady na działania marketingowe w celu pozyskania nowych pacjentów. Można przypuszczać, że szersze działania promocyjne zwiększyłyby także zainteresowanie usługami komercyjnymi.

Siłą, która w najwyższym stopniu pozwoli wykorzystać pojawiające się szanse, jest dobra opinia o placówkach wśród pacjentów. Przedsiębiorstwa uzdrowiskowe powinny utrzymywać i wzmacniać ten obszar, gdyż właśnie on może również przezwyciężyć potencjalne zagrożenia pojawiające się ze strony konkurencji. Szansą, która może wzmocnić silne strony jest pojawienie się nowej grupy klientów na skutek starzenia się społeczeństwa i wzrostu jego zamożności oraz pozyskanie funduszy ze środków Unii Europejskiej. Niska rentowność usług oraz ograniczoność środków finansowych z tytułu kontraktów z NFZ są słabościami, które mogą przyczynić się do niewykorzystania w pełni pojawiających się szans. Z kolei zmiany demograficzne (starzenie się społeczeństwa) oraz wzrost znaczenia profilaktyki zdrowotnej

w leczeniu jak również pojawiająca się moda na atrakcyjny wygląd to szanse, które w największym stopniu pozwolą na przezwycięzenie słabości.

Siłą, która w najwyższym stopniu pozwoli przeciwstawić się różnorodnym zagrożeniom, jest bogata oferta usług i profili leczniczych. Natomiast największym zagrożeniem dla mocnych stron przedsiębiorstw uzdrowiskowych jest popyt i oferowanie substytutów takich, jak SPA i Wellness. Stąd płynie wniosek o podejmowaniu przez sanatoria nowych usług – a więc stawianie na ich wielofunkcyjność oraz związaną z tym komercyjność oferowanych usług.

Słabością, która w największym stopniu przyczyni się do spotęgowania pojawiających się zagrożeń, jest zarówno niski poziom infrastruktury technicznej, jak i ograniczoność środków z tytułu kontraktów z NFZ. Z kolei zagrożeniem, które pogłębi niewątpliwie słabość przedsiębiorstw uzdrowiskowych jest konkurencja na polskim oraz europejskim rynku usług uzdrowiskowych.

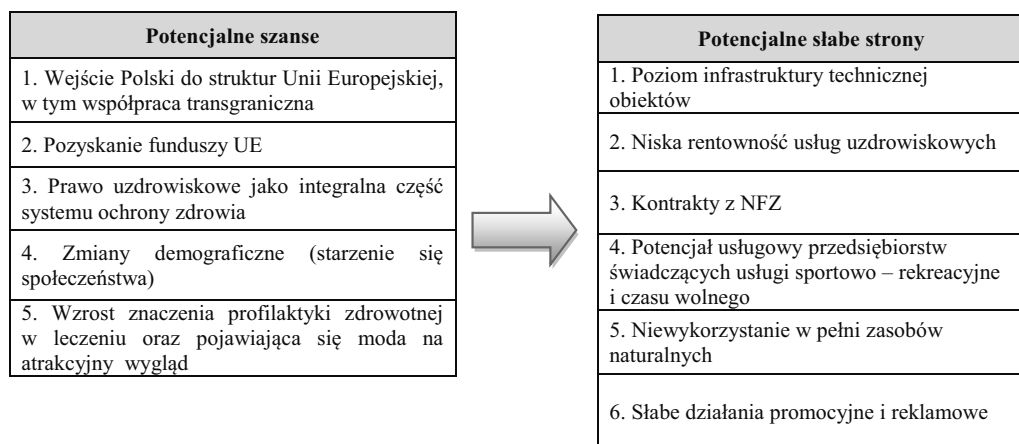
Z przeprowadzonej analizy wynika, iż identyfikacja czynników mających wpływ na strategię przedsiębiorstw uzdrowiskowych pozwoliła na uzyskanie zestawienia iloczynu interakcji i wag dla wszystkich kombinacji zaprezentowanych w opracowanych zestawieniach liczbowych. Jak obrazuje tabela 44, wynik analizy strategicznej jest jednak niezupełnie jednoznaczny, ponieważ analiza SWOT wskazuje na odmienną strategię działania od analizy TOWS. Okazuje się, że największą sumę iloczynów odnotowano w przypadku konfrontacji szans i słabości (14,75). Oznacza to, iż przedsiębiorstwa uzdrowiskowe w Małopolsce w najbliższych latach powinny przyjąć *strategię konkurencyjną* (mini-maxi), która w konsekwencji polega na eliminacji słabych stron przedsiębiorstwa, przy równoczesnym wykorzystaniu pojawiających się szans, jakie stwarza otoczenie<sup>176</sup>. Natomiast analiza SWOT wskazuje na konieczność zastosowania wobec przedsiębiorstw uzdrowiskowych strategii konkurencyjnej (maxi-maxi), która dąży do wykorzystania szans pojawiających się w otoczeniu, bazując na mocnych stronach firmy; jest to strategia silnej ekspansji rozwojowej, wchodzenia w nowe rynki, inwestowania i dalszego budowania przewagi konkurencyjnej.

**Tabela 44**  
**Wynik analizy TOWS/SWOT**

Rozpatrywana kombinacja	Wyniki analizy TOWS		Wyniki analizy SWOT		Zestawienie zbiorcze TOWS/SWOT	
	Liczba interakcji	Waga	Suma interakcji	Suma iloczynów	Suma interakcji	Suma iloczynów
Szanse/Słabości	44	8,3	32	6,45	76	14,75
Zagrożenia/Słabości	30	5,75	20	3,9	50	9,65
Szanse/Siły	16	3,1	34	7,05	50	10,15
Zagrożenia/Siły	20	3,9	28	5,5	48	9,4

Źródło: Opracowanie własne.

<sup>176</sup> A. Klasik: *Planowanie strategiczne*. PWE, Warszawa 2003, s.111-112.



**Schemat 6. Wynik analizy TOWS/SWOT.**

Źródło: Opracowanie własne.

Bazując na wynikach przeprowadzonej analizy można stwierdzić, że *strategia konkurencyjna* przedsiębiorstw sektora uzdrowiskowego powinna obejmować m.in.:

- eliminację słabych stron przedsiębiorstw przez intensywne wykorzystanie szans, jakie stwarza otoczenie przedsiębiorstwa,
- inwestowanie w infrastrukturę, a tym samym zwiększenie zdolności usługowej przedsiębiorstw uzdrowiskowych;
- podnoszenie jakości usług lecznictwa uzdrowiskowego.

Opracowana analiza wykazała konieczność wykorzystania faktu starzenia się społeczeństwa, które w konsekwencji w perspektywie kilkudziesięciu kolejnych lat będzie wymagało zwiększenia dostępności do usług leczniczych, rehabilitacyjnych i profilaktycznych. Znaczny wpływ na zmniejszenie słabości przedsiębiorstw uzdrowiskowych będzie miała również współpraca transgraniczna i pozyskanie klientów (kuracjuszy) z innych krajów.

Znaczący wpływ na przedsiębiorstwa funkcjonujące w uzdrowisku mogą mieć pozyskiwane fundusze europejskie, dzięki którym wzrasta jakość infrastruktury uzdrowiskowej i turystycznej. Dotyczy to raczej perspektywy finansowej (budżetu Unii) na lata 2014-2020.

Podniesienie jakości bazy noclegowej przy znaczącej atrakcyjności zasobów naturalnych może być istotnym atutem także w rozwijaniu turystyki uzdrowiskowej. Najmniejszym z wymienionych, choć wciąż znaczącym atutem polskiego lecznictwa uzdrowiskowego jest jego unormowanie prawne, a szczególnie włączenie w system ochrony zdrowia. Jest to zarazem podstawowy fakt pozwalający mieć pewność co do kontynuacji dotychczasowego rozwoju uzdrowisk i lecznictwa uzdrowiskowego oraz badań naukowych w tym obszarze medycyny.

## **4. Analiza wyników badań empirycznych nad konkurencyjnością przedsiębiorstw uzdrowiskowych w Małopolsce**

### **4.1. Koncepcja oraz cele i zakres badań empirycznych nad konkurencyjnością uzdrowisk**

Współcześnie podstawowym przedmiotem badań w naukach o przedsiębiorstwie jest konkurencyjność – a także innowacyjność – która stanowi warunek konieczny jego istnienia, a więc utrzymania się i ekspansji na rynku poprzez pogłębianie efektywności ekonomicznej, co z kolei ma istotne znaczenie również dla rozwoju społeczno-gospodarczego regionu.

W opracowaniu podjęto próbę ujęcia problemu konkurencyjności przedsiębiorstwa z uwzględnieniem najważniejszych elementów konkurencyjnych zachowań zakładów uzdrowiskowych. Na kanwie wcześniejszych rozważań przyjęto, że konkurencyjność przedsiębiorstw uzdrowiskowych będzie rozważana w aspekcie konkurencyjności czynnikowej – czyli sił sprawczych i zdolności konkurencyjnej – oraz konkurencyjności wynikowej, tj. z punktu widzenia efektów prowadzonej działalności i zdobytej pozycji konkurencyjnej.

W celu ustalenia hierarchii czynników wpływających na obecną pozycję konkurencyjną przedsiębiorstw w regionie, jak również określenia barier funkcjonowania oraz czynników stymulujących i hamujących rozwój przedsiębiorstw uzdrowiskowych w przyszłości, pozyskano opinie wybranych przedsiębiorców oraz kuracjuszy. Narzędziem niezbędnym do uzyskania tych informacji i ocen jest przeprowadzenie badań ankietowych według określonego kwestionariusza. Badania ankietowe przeprowadzono w roku 2012.

Ankieta skierowana do *przedsiębiorstw* składała się z dwóch części oraz metryczki. Pytania w pierwszej części kwestionariusza dotyczą następujących obszarów działalności przedsiębiorstwa:

- działalność usługowa;
- umiejętności techniczne i poziom technologii;
- działalność w zakresie polityki kadrowej;
- działalność marketingowa;
- organizacja i zarządzanie przedsiębiorstwem;
- rentowność i potencjał finansowy;
- badania i rozwój (B +R);
- umiejętność uczenia się, zarządzanie wiedzą oraz informacją.

Odpowiedzi na pytania w wymienionych obszarach działalności polegały na zaznaczeniu znakiem x – stopnia istotności wymienionych czynników (od 0 – najmniej istotny do 5 – najbardziej istotny).

Pytania w drugiej części kwestionariusza odnoszą się do opinii na temat barier i występowania konkurencji w sektorze usług uzdrowiskowych i dotyczą następujących kwestii:

- ustalenie czynników, które zdaniem przedsiębiorców stanowią barierę funkcjonowania i rozwoju przedsiębiorstwa uzdrowiskowego;
- odczuwanie przez przedsiębiorców zjawiska konkurencji oraz nasilenie konkurencji w świadczeniu usług uzdrowiskowych;



- warunki ustabilizowania sytuacji badanego przedsiębiorstwa w sferze konkurencji;
- nasilenie konkurencji usług uzdrowiskowych w przyszłości;
- stanowienie bezpośredniej konkurencji ze strony innych obiektów niż sanatoria dla działalności usługowej badanego przedsiębiorstwa;
- działania, jakie wymusza konkurencja na badanym przedsiębiorstwie.

W metryczce natomiast zawarto informacje dotyczące następujących spraw:

- nazwa przedsiębiorstwa oraz forma prawna prowadzonej działalności;
- miejsce i okres prowadzonej działalności;
- ilość zatrudnionych pracowników;
- dane ilościowe na temat przedsiębiorstwa za lata 2009-2011 (liczba miejsc noclegowych, łączna liczba oferowanych usług, udzielone noclegi ogółem, udzielone noclegi odbiorcom krajowym oraz odbiorcom zagranicznym, liczba zabiegów wykonanych, liczba przyjazdów kontraktowych, liczba przyjazdów odbiorców komercyjnych, wynik finansowy w tys. zł, rentowność sprzedaży usług w %, wartość aktywów obrotowych, wartość zobowiązań bieżących, przychody ogółem w tys. zł, wskaźnik poziomu kosztów w %, przychody ze sprzedaży usług uzdrowiskowych ogółem, przychody ze sprzedaży usług noclegowych kuracjom komercyjnym, kuracjom kontraktowym, liczba udzielonych noclegów kuracjom komercyjnym oraz kontraktowym).

Ankieta skierowana do *odbiorców usług uzdrowiskowych* składa się również z dwóch części oraz metryczki. Pytania w pierwszej części kwestionariusza dotyczą pięciu obszarów działalności przedsiębiorstwa, są nimi:

- działalność usługowa;
- umiejętności techniczne i poziom technologii;
- działalność kadrowa;
- działalność marketingowa;
- organizacja i zarządzanie.

Odpowiedzi na pytania w wymienionych obszarach działalności polegają na zaznaczeniu znakiem x stopnia istotności wymienionych czynników (od 0 – najmniej istotny; do 5 – najistotniejszy).

Pytania w drugiej części kwestionariusza odnoszą się do zdania na temat celu oraz powodu przyjazdu do uzdrowisk i dotyczą następujących kwestii:

- okres, od jakiego przyjeżdżają do uzdrowisk;
- częstotliwość przyjazdów;
- powód przyjazdu do uzdrowisk;
- powody odwiedzanych uzdrowisk;
- rodzaje obiektów, z których korzysta kuracjusz najczęściej.

Wykorzystując kwestionariusz ankiety, uzyskać można informacje potrzebne do zrealizowania kolejnego celu opracowania, jakim jest określenie pozycji konkurencyjnej badanych przedsiębiorstw. Do realizacji tego celu wykorzystano wielowymiarową analizę porównawczą, która pozwoliła na klasyfikację przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego. Klasyfikację taką przeprowadza się na podstawie pewnej syntetycznej miary. Wybrane zostały zatem zmienne, które posłużyły jej stworzeniu. Miernikami, które zostały wykorzystane dla

oceny pozycji konkurencyjnej firmy są odpowiedzi udzielone w badaniu ankietowym dotyczące: wyniku finansowego przedsiębiorstwa uzdrowiskowego, średniego rocznego tempa zmian wyniku finansowego, rentowności sprzedaży usług, przychodów ze sprzedaży usług uzdrowiskowych ogółem, wskaźnika ogólnego zadłużenia oraz bieżącej płynności. Zmienne te wprawdzie nie wyczerpują informacji o pozycji konkurencyjnej przedsiębiorstwa uzdrowiskowego, niemniej jednak podstawowym zadaniem jest wskazanie kilku najistotniejszych w tym względzie cech statystycznych, aby w ten sposób uzyskać odpowiedź na postawione pytania.

Przeprowadzoną analizę oparto na danych z lat 2009-2011, którą objęte zostały wybrane przedsiębiorstwa uzdrowiskowe województwa małopolskiego. Do realizacji tego zadania wykorzystano jedną z metod wielowymiarowej analizy porównawczej.

W dalszej kolejności podjęto próbę ukazania wpływu pozycji konkurencyjnej uzdrowisk na rozwój przedsiębiorstw uzdrowiskowych, jak również dokonano oceny zależności między rozwojem przedsiębiorstw uzdrowiskowych a rozwojem społeczno-gospodarczym gmin uzdrowiskowych województwa małopolskiego. Bowiem od niedawna zaczęto dostrzegać i doceniać pozytywną rolę funkcjonowania branży uzdrowiskowej dla rozwoju regionów, jak również jej znaczenie ekonomiczne w skali kraju przy stworzeniu dogodnych warunków dla rozwoju uzdrowisk. Jednak dotąd nie ma głębszych badań ilościowych tego problemu.

Ponieważ przedsiębiorstwa uzdrowiskowe są podstawowym elementem gospodarczego funkcjonowania uzdrowiska, a ich dobra kondycja finansowa wpływa w szczególności na wzrost zatrudnienia w sanatoriach i zmniejszenie bezrobocia w regionie, to ich pozycja uzależniona jest m.in. od zwiększenia ilości kuracjuszy i turystów w miejscowościach uzdrowiskowych, co przekłada się także na wzrost dochodów gmin i państwa z płaconych podatków, a to z kolei na zwiększanie oferty świadczeń. Oznacza to przyspieszenie wzrostu gospodarczego.

#### **4.2. Charakterystyka wybranych przedsiębiorstw uzdrowiskowych oraz ich sytuacja finansowa**

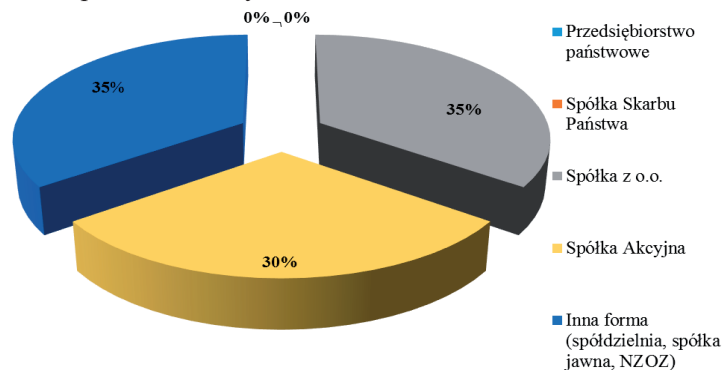
Wybrane przedsiębiorstwa uzdrowiskowe województwa małopolskiego zanalizowano wykorzystując dane pozyskane z Krajowego Rejestru Sądowego. Na podstawie uzyskanych informacji, wyłoniono grupę trzynastu przedsiębiorstw zgodnych pod względem porównywalności danych.

Charakterystyka wybranych przedsiębiorstw uzdrowiskowych uwzględnia następujące aspekty ich struktury i funkcjonowania: formę prawną, okres prowadzonej działalności, wielkość przedsiębiorstwa i strukturę jego zatrudnienia. Uzupełnia go, zaprezentowana na koniec, ocena kondycji finansowej sportretowanych przedsiębiorstw. Z uwagi na utrudniony dostęp do aktualnych danych finansowych przedsiębiorstw uzdrowiskowych (ujednolicone wyniki finansowe omawianych jednostek udało się pozyskać jedynie do roku 2010), analizy przeprowadzono w oparciu o rok 2010. Zamyka tę część syntetyczne przedstawienie kluczowych konkluzji, wynikających z zebranego materiału empirycznego.

Z zebranych danych wynika, że dominującą formą prawną przedsiębiorstw uzdrowiskowych w Małopolsce jest działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki z o.o. oraz w tzw. innej formie, czyli przedsiębiorstwa te w szczególności należały do niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Stanowią one w sumie 70%

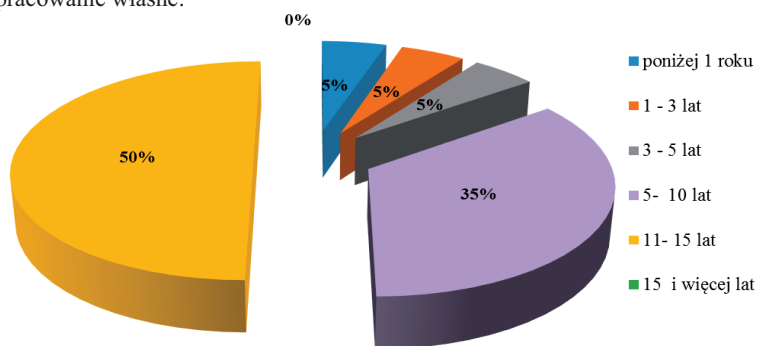
wszystkich badanych podmiotów. Drugą co do częstości występowania formą prawną w 2012 roku była spółka akcyjna (30%). Pełną charakterystykę zagadnienia przedstawia wykres 15.

W kolejnym etapie analizy przedsiębiorstw uzdrowiskowych ustalono okres prowadzonej działalności. Jak wynika z pozyskanych danych najliczniejszą – bo stanowiącą 50% ogółu analizowanych przedsiębiorstw – grupą „wiekową” były przedsiębiorstwa funkcjonujące na rynku od 11-15 lat. Dla odróżnienia przedsiębiorstwa o stażu krótszym od jednego roku stanowiły mniej niż 1%. Szczegółowe dane przedstawia wykres 16.



**Wykres 15. Forma prawna prowadzonej działalności przedsiębiorstw uzdrowiskowych Małopolski w 2012 r.**

Źródło: Opracowanie własne.



**Wykres 16. Struktura według okresu prowadzonej działalności przedsiębiorstw uzdrowiskowych Małopolski do 2012 roku w %.**

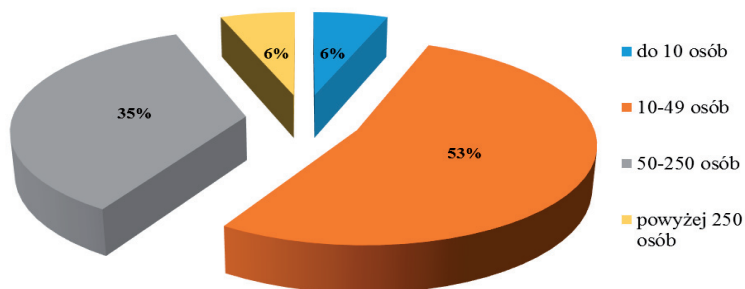
Źródło: Opracowanie własne.

Analizując działalność przedsiębiorstw uzdrowiskowych należy wziąć pod uwagę wielkość zatrudnienia. W niniejszej ocenie do pogrupowania przedsiębiorstw według ich wielkości wprowadzono kryterium następujących grup zatrudnienia:

- mikro przedsiębiorstwa, o zatrudnieniu do 9 pracowników;
- małe przedsiębiorstwa, o zatrudnieniu od 10 do 49 pracowników;
- średnie przedsiębiorstwa o zatrudnieniu od 50 do 250 pracowników;
- duże przedsiębiorstwa o zatrudnieniu powyżej 250 pracowników.

Pod względem wielkości zatrudnienia ponad 53% analizowanych przedsiębiorstw stanowiły przedsiębiorstwa kwalifikujące się do klasy małych przedsiębiorstw, przedsiębiorstwa średnie stanowiły w badanej próbie około 35%, natomiast przedsiębiorstwa mikro i duże – kolejno – po 6%. Szczegółową charakterystykę ilości omawianych przedsiębiorstw w przedziałach według wielkości zatrudnienia przedstawia wykres 17.

Kondycja finansowa przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego jest niezwykle zróżnicowana. W 2010 roku najwyższy zysk netto z prowadzonej działalności zarejestrowano w Sanatorium Uzdrowiskowym „Budowlani” w Szczawnicy, najniższy odnotowano z kolei w Uzdrowisku Szczawnica S.A. Zależności te szczegółowo przedstawia tabela 45.



**Wykres 17. Struktura przedsiębiorstw uzdrowiskowych Małopolski według liczby zatrudnionych pracowników w 2012 r.**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z Raportów o przedsiębiorcach z Krajowego Rejestru Sądowego.

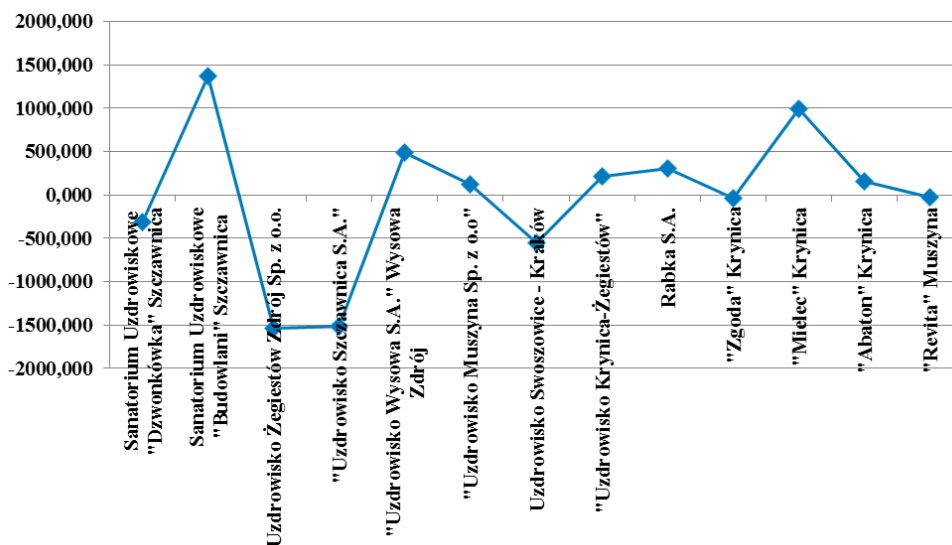
**Tabela 45**

**Wyniki finansowe przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego za rok 2010 w tys. zł**

Nazwa przedsiębiorstwa uzdrowiskowego	Wynik finansowy w tys. zł	Zmiany wyniku finansowego w %
Sanatorium Uzdrowiskowe „Dzwonkówka” Szczawnica	-314,85	-281,10
Sanatorium Uzdrowiskowe „Budowlani” Szczawnica	1375,21	-15,79
Uzdrowisko Żegiestów Zdrój Sp. z o.o.	-1537,00	-47,81
Uzdrowisko Szczawnica S.A.	-1512,47	-31,20
Uzdrowisko Wysowa S.A. Wysowa Zdrój	486,96	82,87
Uzdrowisko Muszyna Sp. z o.o	117,70	-38,54
Uzdrowisko Swoszowice - Kraków	-558,00	-1477,65
Uzdrowisko Krynica-Żegiestów	212,72	-24,90
Rabka S.A.	306,51	-41,35
„Zgoda”, Krynica	-35,50	-137,87
„Mielec”, Krynica	990,86	-39,98
„Abaton”, Krynica	161,00	-36,86
„Revita”, Muszyna	-28,45	-118,69

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z Raportów o przedsiębiorcach z Krajowego Rejestru Sądowego.

Przeprowadzając analizę wyniku finansowego obserwuje się, iż przyrost zysku w 2010 roku w porównaniu z rokiem 2009 odnotowano jedynie w Uzdrowisku Wysowa S.A. (o 82,87%). Największym spadkiem wyniku finansowego charakteryzowało się Uzdrowisko Swoszowice-Kraków. Kształtowanie się kwot wyniku finansowego przedsiębiorstw uzdrowiskowych przedstawia wykres. 18.



**Wykres 18. Kształtowanie się kwoty wyniku finansowego przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego w 2010 roku.**

Źródło: Opracowanie własne.

Istotne informacje dotyczące sytuacji finansowej przedsiębiorstw zawiera tabela 46. Przedstawia ona wartość aktywów obrotowych przedsiębiorstw, wysokość zobowiązań bieżących oraz wskaźnik bieżącej płynności w 2010 roku. Najwyższą kwotą aktywów obrotowych charakteryzowało się przedsiębiorstwo uzdrowiskowe Rabka S.A. 7921,87 tys. zł oraz uzdrowisko „Krynica Żegiestów” z kwotą 7552,85 tys. zł. Najniższą wartość zanotowało z kolei Uzdrowisko Żegiestów Zdrój Sp. z o.o. (15,97 tys. zł). Istotną częścią przeprowadzanej analizy finansowej jest zbadanie wskaźnika bieżącej płynności, który mierzy stopień pokrycia bieżących zobowiązań bieżącymi aktywami. Optymalna wartość wskaźnika, jak już podkreślano, powinna mieścić się w przedziale 1,2-2,0. Analiza tego wskaźnika pozwoliła odpowiedzieć na pytanie, w jakim stopniu firma może pokryć zobowiązania krótkoterminowe aktywami obrotowymi łatwo zamienialnymi na środki pieniężne. Zauważa się, że odpowiednią wartość wskaźnika osiągnęły w 2010 roku jedynie dwa przedsiębiorstwa uzdrowiskowe: Uzdrowisko Wysowa Zdrój S.A. (1,78) oraz uzdrowisko Krynica-Żegiestów (1,21). Kłopoty z terminowym regulowaniem zobowiązań miały w analizowanym okresie: Sanatorium Uzdrowiskowe „Dzwonkówka” w Szczawnicy, Sanatorium Uzdrowiskowe „Budowlani” w Szczawnicy, uzdrowisko Szczawnica S.A., „Zgoda” Krynica oraz „Revita” w Muszynie. Wskaźniki płynności tych przedsiębiorstw kształtowały się na poziomie mniejszym od 1. Z kolei pozostałe analizowane przedsiębiorstwa (Uzdrowisko Żegiestów Zdrój Sp. z o.o., Uzdrowisko

Muszyna Sp. z o.o., Uzdrawisko Swoszowice, Rabka S.A., „Mielec” oraz „Abaton” w Krynicy), których wartość wskaźnika była większa niż 3 – wykazywały, że „coś się w majątku obrotowym nie obraca”, na przykład występują niezyskane należności lub krótkoterminowe papiery wartościowe, których nie można sprzedać, co również jest sytuacją niekorzystną, bądź nadpłynność (niewykorzystane środki obrotowe w Uzdrawiskach Żegiestów-Zdrój oraz Muszyna.

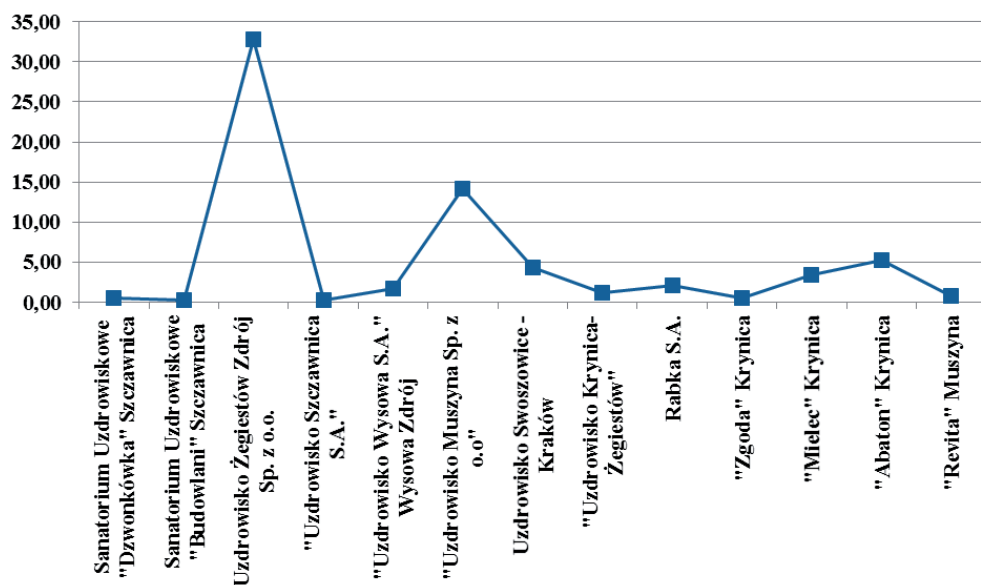
**Tabela 46**

**Wartość aktywów obrotowych oraz zobowiązań bieżących w przedsiębiorstwach uzdrawiskowych województwa małopolskiego w 2010 r. w tys. zł.**

Nazwa przedsiębiorstwa uzdrawiskowego	Wartość aktywów obrotowych w tys. zł	Wartość zobowiązań bieżących w tys. zł	Wskaźnik bieżącej płynności aktywa obrotowe/ zobowiązania bieżące
Sanatorium Uzdrawiskowe „Dzwonkówka” Szczawnica	116,64	216,77	0,54
Sanatorium Uzdrawiskowe „Budowlani” Szczawnica	570,26	2060,29	0,28
Uzdrawisko Żegiestów Zdrój Sp. z o.o.	15,97	488,00	32,73
Uzdrawisko Szczawnica S.A.	981,61	2955,69	0,33
Uzdrawisko Wysowa S.A., Wysowa Zdrój	3774,04	2118,05	1,78
Uzdrawisko Muszyna Sp. z o.o	1015,19	71,62	14,17
Uzdrawisko Swoszowice - Kraków	1079,36	251,36	4,29
Uzdrawisko Krynica-Żegiestów	7552,85	6222,51	1,21
Rabka S.A.	7921,87	3665,90	2,16
„Zgoda”, Krynica	83,02	163,06	0,51
„Mielec”, Krynica	4365,93	1255,19	3,48
„Abaton”, Krynica	395,00	75,00	5,27
„Revita”, Muszyna	237,65	283,70	0,84

Źródło: Opracowanie własne.

Oceniając stronę przychodów przedsiębiorstw uzdrawiskowych, obserwuje się, że największą wartość przychodów odnotowano w Uzdrawisku Krynica Żegiestów, którego przychody ukształtowały się w 2010 roku na poziomie 31,93 mln zł. Na kolejnym miejscu pod względem wysokości przychodów znalazło się Uzdrawisko Rabka S.A. (16,64 mln zł) oraz Uzdrawisko Wysowa Zdrój S.A. z kwotą 16, 28 mln zł. Niepokojący jest fakt, że jedno z analizowanych przedsiębiorstw nie generowało przychodów od 2007 roku. Było to Uzdrawisko Żegiestów Zdrój Sp. z o.o. poddane modernizacji i czynne od 2012 roku. Sytuację niniejszą obrazuje tabela 47 i wykres 20.



Wykres 19. Wskaźniki bieżącej płynności przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego w 2010 roku.

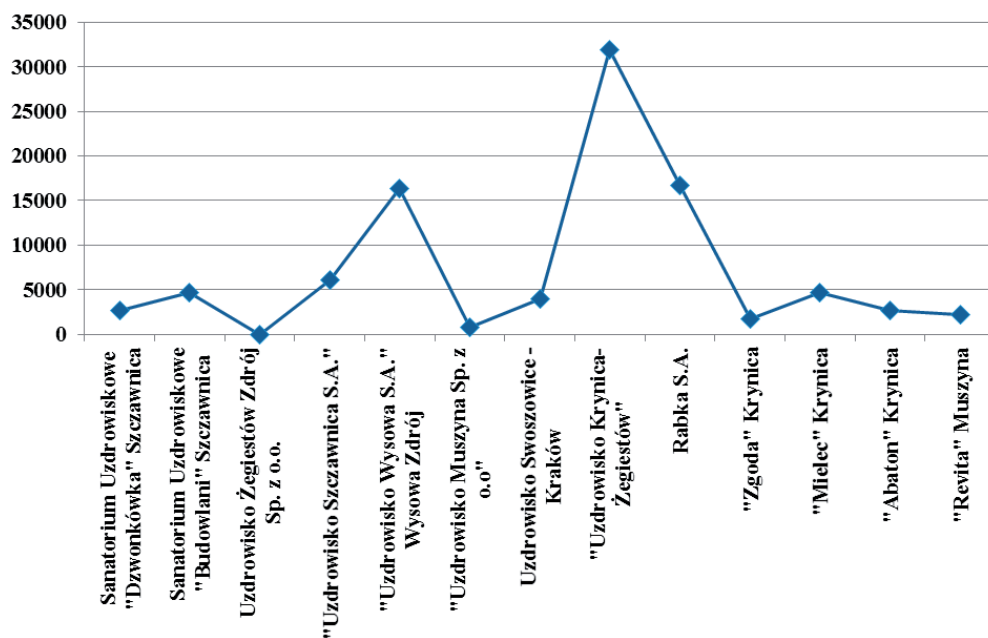
Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 47

Przychody przedsiębiorstw uzdrowiskowych Województwa małopolskiego za rok 2010 w tys. zł

Nazwa przedsiębiorstwa uzdrowiskowego	Przychody ogółem w tys. zł	Tempo zmian przychodów w %
Sanatorium Uzdrawiskowe „Dzwonkówka” Szczawnica	2707,00	-19,48
Sanatorium Uzdrawiskowe „Budowlani” Szczawnica	4643,00	-15,37
Uzdrawisko Żegiestów Zdrój Sp. z o.o. (w modernizacji)	-	-
Uzdrawisko Szczawnica S.A.	6115,00	15,25
Uzdrawisko Wysowa S.A., Wysowa Zdrój	16286,00	-5,57
Uzdrawisko Muszyna Sp. z o.o	718,20	-16,30
Uzdrawisko Swoszowice-Kraków	3935,00	-2,56
Uzdrawisko Krynica-Żegiestów	31932,00	-4,96
Rabka S.A.	16644,00	4,49
„Zgoda”, Krynica	1729,00	-8,41
„Mielec”, Krynica	4629,00	-16,75
„Abaton”, Krynica	2631,00	-16,82
„Revita”, Muszyna	2225,00	-16,56

Źródło: Opracowanie własne.



Wykres 20. Kształtowanie się przychodów przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego w 2010 roku w tys. zł.

Źródło: Opracowanie własne.

Biorąc pod uwagę dynamikę zmian w przychodach obserwuje się, że jedynie dwie jednostki wykazywały w analizowanym okresie (2010 rok) dodatnie tempo zmian. Było to Uzdrowisko Szczawnica S.A. (15,25%), którego wysokość przychodów wyniosła 6,1 mln zł oraz Uzdrowisko Rabka S.A. ze wzrostem przychodów o 5 %, który pod względem wysokości przychodów plasował się na drugim miejscu spośród wszystkich badanych przedsiębiorstw.

Kolejnym elementem analizy sytuacji finansowej przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego jest kwestia rentowności sprzedaży usług (tabela 48).

Tabela 48

Rentowność sprzedaży usług uzdrowiskowych przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego w 2010 roku

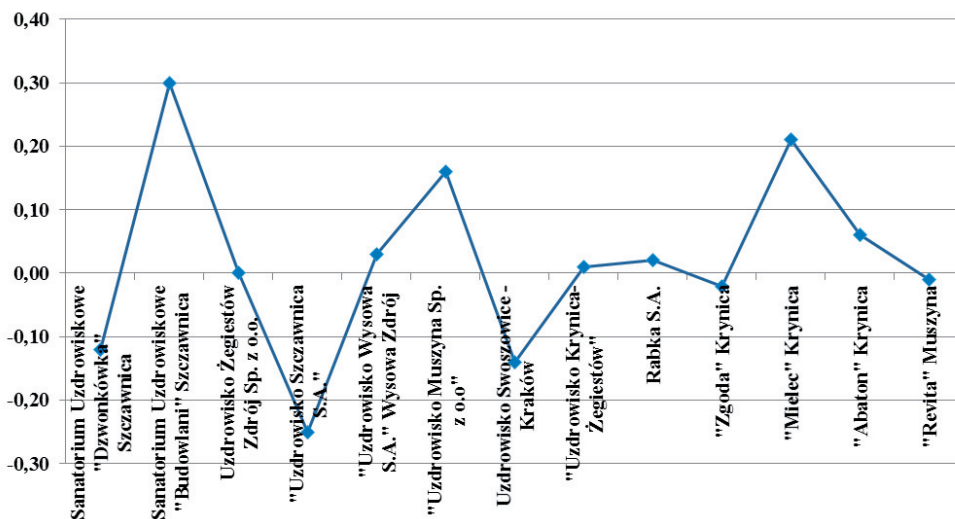
Nazwa przedsiębiorstwa uzdrowiskowego	Rentowność sprzedaży usług (zysk netto/sprzedaż)
Sanatorium Uzdrowskie „Dzwonkówka” Szczawnica	-0,12
Sanatorium Uzdrowskie „Budowlani” Szczawnica	0,30
Uzdrowisko Żegiestów Zdrój Sp. z o.o.	0,00
Uzdrowisko Szczawnica S.A.	-0,25
Uzdrowisko Wysowa S.A., Wysowa Zdrój	0,03
Uzdrowisko Muszyna Sp. z o.o.	0,16
Uzdrowisko Swoszowice - Kraków	-0,14



Uzdrowisko Krynica-Żegiestów	0,01
Rabka S.A.	0,02
„Zgoda”, Krynica	-0,02
„Mielec”, Krynica	0,21
„Abaton”, Krynica	0,06
„Revita”, Muszyna	-0,01

Źródło: Opracowanie własne.

Wskaźnik rentowności sprzedaży usług określa zdolność przedsiębiorstwa do generowania zysku przez sprzedaż. Rosnąca wartość tego wskaźnika stanowi o poprawiającej się opłacalności sprzedaży, co z kolei może świadczyć o redukcji kosztów operacyjnych lub zwiększaniu marży na sprzedaży. Oznacza to, że wzrost obrotów w coraz większym stopniu będzie się przekładał na wzrost zysku ze sprzedaży, a zatem pośrednio także zysku netto. Porównując wartość tego wskaźnika w przedsiębiorstwach uzdrowiskowych, zauważa się, że najwyższą wartość osiągnęło w 2010 roku Sanatorium Uzdrowiskowe „Budowlani” w Szczawnicy (o 30%), najmniejszą zaś wykazywało Uzdrowisko Szczawnica S.A. z wynikiem – 25%. Szczegółowo opisane wielkości obrazuje wykres 21.



Wykres 21. Rentowność sprzedaży usług uzdrowiskowych przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego w 2010 r.

Źródło: Opracowanie własne.

Oceniając przedsiębiorstwa na podstawie wskaźników należy pamiętać o dwóch istotnych wskaźnikach: wskaźniku zwrotu z kapitału własnego (ROE) oraz wskaźniku stopy zwrotu z inwestycji (ROI). Zestawienie tych wskaźników przedstawia tabela 49. Wskaźnik ROE ukazuje rozmiar nadwyżki finansowej osiągniętej z 1 zł kapitału własnego, czyli odzwierciedla efektywność kapitałów zaangażowanych przez właścicieli. Im wartość tego wskaźnika jest wyższa, tym korzystniejsza jest sytuacja finansowa przedsiębiorstwa. Wyższa efektywność kapitału

własnego wiąże się z możliwością uzyskania wyższej nadwyżki finansowej. ROE pozwala autorce ustalić, jak efektywnie pracuje kapitał własny inwestorów. Z przeprowadzonej analizy wynika, że z pewnością godne zainteresowania z punktu widzenia inwestora są przedsiębiorstwa: Sanatorium Uzdrowskie „Budowlani” w Szczawnicy oraz „Abaton” w Krynicy, których wartość wskaźnika jest większa od 0,2. Najniższą wartość wskaźnika ROE wykazywało natomiast Sanatorium Uzdrowskie „Dzwonkówka” w Szczawnicy (wykres 22).

**Tabela 49**

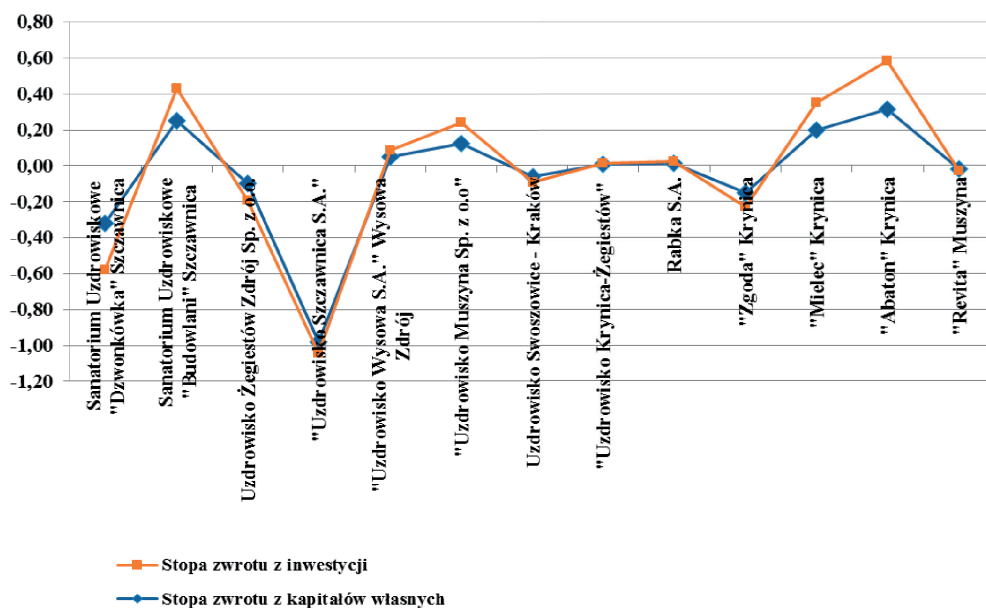
**Stopa zwrotu z kapitałów własnych oraz stopa zwrotu z inwestycji przedsiębiorstw uzdrowskich województwa małopolskiego w 2010 roku**

Nazwa przedsiębiorstwa uzdrowskiego	Stopa zwrotu z kapitałów własnych ROE = zysk netto/kapitał własny	Stopa zwrotu z inwestycji ROI = zysk netto/aktywa
Sanatorium Uzdrowskie „Dzwonkówka” Szczawnica	-0,32	-0,26
Sanatorium Uzdrowskie „Budowlani” Szczawnica	0,25	0,18
Uzdrowsko Żegiestów-Zdrój Sp. z o.o.	-0,10	-0,10
Uzdrowsko Szczawnica S.A.	-0,98	-0,07
Uzdrowsko Wysowa S.A., Wysowa Zdrój	0,05	0,04
Uzdrowsko Muszyna Sp. z o.o	0,13	0,12
Uzdrowsko Swoszowice-Kraków	-0,06	-0,03
Uzdrowsko Krynica-Żegiestów	0,01	0,01
Rabka S.A.	0,01	0,01
„Zgoda”, Krynica	-0,15	-0,08
„Mielec”, Krynica	0,20	0,16
„Abaton”, Krynica	0,31	0,27
„Revita”, Muszyna	-0,02	-0,01

Źródło: Opracowanie własne.

Wskaźnik ROI (stopa zwrotu z inwestycji) stosowany jest w celu zmierzenia efektywności działania przedsiębiorstwa, niezależnie od struktury jego majątku czy czynników nadzwyczajnych. To jeden z najważniejszych wskaźników zaliczanych do grupy wskaźników rentowności. Dzięki jego analizie zbadano, jaki jest procentowy zwrot zysku z zainwestowanych w przedsiębiorstwo środków pieniężnych w 2010 roku. Na szczególną uwagę w tym przypadku zasługuje (podobnie jak w przypadku wskaźnika ROE) Przedsiębiorstwo Uzdrowskie „Abaton” w Krynicy, którego stopa zwrotu z inwestycji wynosiła 27%. Na drugim miejscu uplasowało się Sanatorium Uzdrowskie „Budowlani” w Szczawnicy z wynikiem 18% oraz „Mielec” w Krynicy ze wskaźnikiem 16%. Najniższą z kolei wartość zwrotu z zainwestowanych w jednostkę środków wykazywało w badanym (2010 roku) Sanatorium Uzdrowskie „Dzwonkówka” w Szczawnicy. Wartość ujemna wskaźnika ROI dla tego przedsiębiorstwa kształtowała się na poziomie -26%.

Analizie finansowej w niniejszej monografii poddano również kolejne dwa wskaźniki: wskaźnik poziomu kosztów oraz wskaźnik zadłużenia ogólnego (tabela 50).



Wykres 22. Stopa zwrotu z kapitałów własnych przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego w 2010 roku

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 50

Wskaźnik poziomu kosztów oraz wskaźnik ogólnego zadłużenia przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego w 2010 roku

Nazwa przedsiębiorstwa uzdrowiskowego	Wskaźnik poziomu kosztów koszty działalności operacyjnej/przychody netto ze sprzedaży	Wskaźnik ogólnego zadłużenia zobowiązania ogółem/ aktywa ogółem
Sanatorium Uzdrawiskowe „Dzwonkówka” Szczawnica	1,11	0,22
Sanatorium Uzdrawiskowe „Budowlani” Szczawnica	1,03	0,37
Uzdrowisko Żegiestów-Zdrój Sp. z o.o.	*	0,03
Uzdrowisko Szczawnica S.A.	1,12	13,03
Uzdrowisko Wysowa S.A., Wysowa-Zdrój	0,78	0,27
Uzdrowisko Muszyna Sp. z o.o	0,77	0,08
Uzdrowisko Swoszowice - Kraków	1,18	0,03
Uzdrowisko Krynica-Żegiestów	0,98	0,33
Rabka S.A.	1,07	0,29
„Zgoda”, Krynica	1,05	0,72
„Mielec”, Krynica	0,78	0,25
„Abaton”, Krynica	0,94	0,15
„Revita”, Muszyna	1,00	0,24

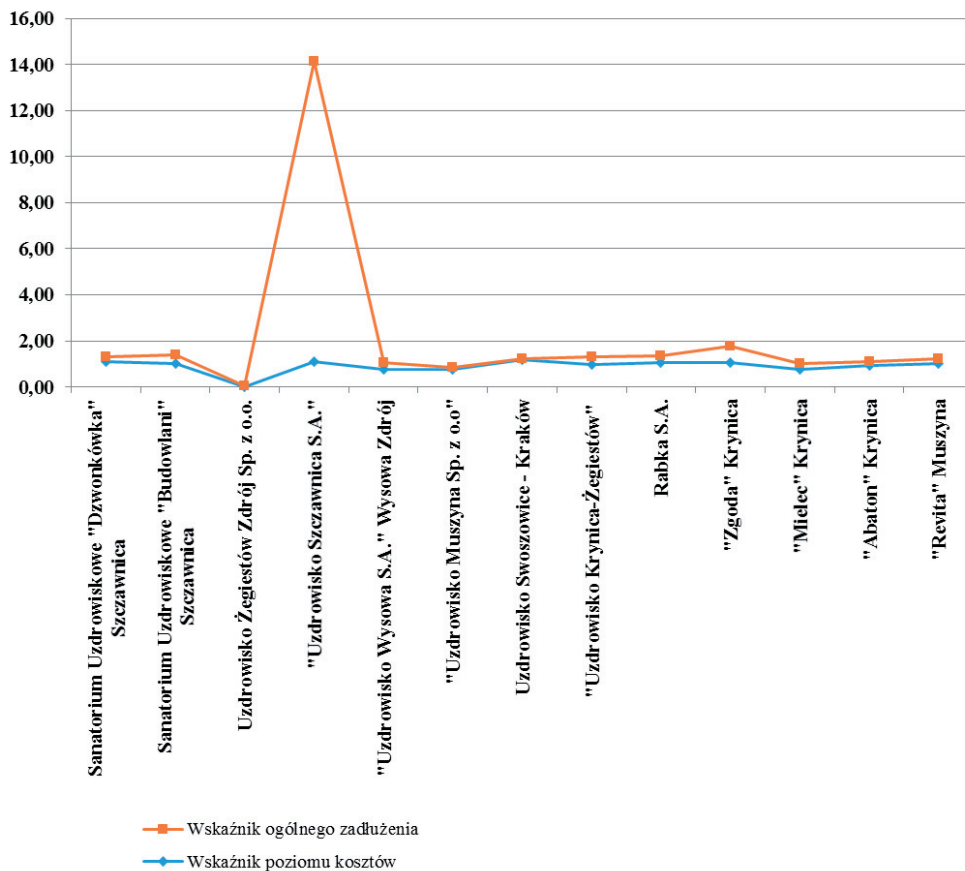
\* Nie można policzyć, ponieważ spółka nie wygenerowała przychodów w 2010 roku.

Źródło: Opracowanie własne.

Wskaźnik poziomu kosztów (udział kosztów w wartości sprzedaży) pozwala zobrazować efektywność gospodarowania w przedsiębiorstwie oraz zdolność jego kierownictwa do kontroli i obniżki kosztów. Z przeprowadzonej analizy wynika, że tylko trzy z analizowanych przedsiębiorstw uzyskały korzystny wskaźnik efektywności gospodarowania (sytuacja, kiedy wskaźnik poziomu kosztów jest niższy niż 0,9): Uzdrowisko Wysowa S.A., uzdrowisko Muszyna Sp. z o.o. oraz Przedsiębiorstwo Uzdrowiskowe „Mielec” w Krynicy. Wskaźnik poziomu kosztów dla tych jednostek kształtował się bowiem w przedziale 0,5-0,9, czyli w zakresie uznawanym za zadowalający. Uzdrowiska Krynica-Żegiestów i Przedsiębiorstwo „Abaton” zanotowały wskaźnik 0,94-0,98.

Możliwość wystąpienia trudności w zwrocie poniesionych nakładów wykazywały wszystkie pozostałe przedsiębiorstwa uzdrowiskowe. Wskaźnik operacyjności tych jednostek był wyższy niż 0,9 (udział kosztów ponad 90%). Należy jednak pamiętać, że najwięcej informacji dostarcza stała obserwacja wartości wskaźnika oraz jego porównanie z poziomem osiąganym przez inne przedsiębiorstwa tej samej branży. Wykres 23 przedstawia zestawienie wskaźnika operacyjności z równie ważnym wskaźnikiem ogólnego zadłużenia. Wskaźnik zadłużenia zobrazował strukturę finansowania majątku przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Na podstawie przeprowadzonej analizy ustalono, że zadłużenie (kapitały obce) stanowiły znikomą część w całości źródeł finansowania aktywów badanych jednostek. Może to wskazywać przesadną ostrożność lub słabą zdolność kredytową i w efekcie na zbyt mały udział kapitałów obcych w finansowaniu działalności firmy, co jest sytuacją niekorzystną. Dwa przedsiębiorstwa (Uzdrowisko Szczawnica S.A. oraz „Zgoda” w Krynicy) wykazywały z kolei zbyt wysoki poziom wskaźnika zadłużenia (powyżej 0,67). Świadczy to o podwyższonym ryzyku finansowym tych jednostek, spowodowanym zagrożeniem utraty zdolności do spłaty zadłużenia.

Należy nadmienić, że według standardów zachodnich, dopuszczalny poziom wskaźnika zadłużenia ogólnego powinien oscylować maksymalnie wokół 57-67%, co oznacza, że w przedsięwzięcia gospodarcze (inwestycyjne) przedsiębiorstwo powinno zaangażować przynajmniej 35% kapitału własnego. Przeprowadzone analizy pozwalają stwierdzić zatem, że analizowane przedsiębiorstwa nie osiągnęły optymalnego poziomu omawianego wskaźnika.



Wykres 23. Wskaźnik poziomu kosztów oraz wskaźnik ogólnego zadłużenia przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego w 2010 roku.

Źródło: Opracowanie własne.

#### 4.3. Identyfikacja czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych

Analiza literatury dotycząca czynników konkurencyjności przedsiębiorstw oraz liczne ich interpretacje przyczyniły się do sprecyzowania rozumienia tego zagadnienia w warunkach uzdrowisk. W opracowaniu wzięto zatem pod uwagę podstawowy podział czynników konkurencyjności według kryteriów i rodzaju podejmowanych decyzji oraz rynkowego charakteru czynników. Z uwagi na kwestię wpływu decyzji podejmowanych w przedsiębiorstwie na różnych szczeblach zarządzania na konkurencyjność tych podmiotów, dokonano próby identyfikacji przede wszystkim tych czynników, na kształtowanie których bezpośrednio mają wpływ same przedsiębiorstwa. Ponieważ proces podejmowania kwestii konkurencyjności i prowadzenia walki konkurencyjnej przez przedsiębiorstwa zaczyna się od oceny odbiorców i ich preferencji oraz udziału w rynku, w opracowaniu zostaną poddane analizie również czynniki konkurencyjności z punktu widzenia kuracjuszy i turystów przybywających do uzdrowisk. Poziom istotności poszczególnych czynników może

być różny i determinowany jest sektorem gospodarki, regionem, krajem, zależy również od rodzaju produktu i usługi oraz ich walorów. W monografii zostanie on zdiagnozowany dla badanego sektora określonego jako sektor *przedsiębiorstw uzdrowiskowych*. Tabela 51 przedstawia identyfikację czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych według obszarów działalności.

**Tabela 51**  
**Czynniki konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych według obszarów działalności**

Obszar działalności przedsiębiorstwa uzdrowiskowego	Czynniki konkurencyjności przedsiębiorstwa uzdrowiskowego	Obszar działalności przedsiębiorstwa	Czynniki mające znaczenie dla odbiorcy usług uzdrowiskowych	Czynniki istotne dla kuracji	
				bepośredni	pośrednie
Działalność usługowa	Jakość usług lecznictwa uzdrowiskowego	Działalność usługowa	Wysoka jakość usług lecznictwa uzdrowiskowego	x	
	Poziom opieki personelu medycznego		Poziom opieki personelu medycznego	x	
	Zróżnicowanie oferty usług lecznictwa uzdrowiskowego		Zróżnicowanie oferty usług lecznictwa uzdrowiskowego	x	
	Tempo wprowadzania innowacji		Dobry standard zakwaterowania	x	
	Liczba łóżek		Dobre i urozmaicone żywienia	x	
	Przepustowość potencjału usługowego		Przyjazny, empatyczny stosunek personelu	x	
	Procedury świadczenia usług uzdrowiskowych		Oferowanie atrakcyjnego programu kulturalno-turystycznego	x	
	Sprawność procesu świadczenia usług uzdrowiskowych		Oferowanie dodatkowych, specjalnych atrakcji,	x	
	Pozyskiwanie klienta zagranicznego		Promocja zdrowia	x	
	Pozyskiwanie klienta krajowego – komercyjnego				
Działalność usługowa	Trwałe relacje z klientem		Atrakcyjność cenowa usług i zabiegów, warunki płatności	x	
	Atrakcyjność cenowa usług i zabiegów				
	Metody sprzedaży usług lecznictwa uzdrowiskowego				
Umiejętności techniczne i poziom technologii	Współpraca pomiędzy przedsiębiorstwami uzdrowiskowymi				
	Stan techniczny przedsiębiorstwa	Umiejętności techniczne i poziom technologii	Wyposażenie w sprzęt i aparaturę leczniczą oraz diagnostyczną zgodnie z postępem technicznym w dziedzinie medycyny		x
	Wykorzystywane technologie lecznictwa				
Umiejętności techniczne i poziom technologii	Konkurencyjność stosowanych technologii				
	Wielkość środków przeznaczanych przez przedsiębiorstwo na postęp techniczny i nowe technologie				

Działalność kadrowa	Wyposażenie w sprzęt i aparaturę leczniczą oraz diagnostyczną zgodnie z postępowaniem technicznym w dziedzinie medycyny				
	Wyposażenie w urządzenia uzdrowiskowe pozwalające na korzystanie z walorów uzdrowiskowych				
Działalność kadrowa	Wykwalifikowana kadra kierownicza			Wykwalifikowany personel medyczny	x
	Wykwalifikowany personel medyczny			Liczba specjalistów	x
	Liczba specjalistów			Zatrudnienie uznanych specjalistów	x
	Zatrudnienie uznanych specjalistów				
	Racjonalizacja zatrudnienia				
Działalność marketingowa	Pozycja rynkowa			Pozycja rynkowa	x
	Sprawność promocyjna			Wizerunek przedsiębiorstwa	x
	Lepszy efekt negocjacji kontraktów z NFZ			Renoma i marka przedsiębiorstwa	x
	Wizerunek przedsiębiorstwa			Lojalność klientów wobec dostawcy usług	x
	Sprawny system poznawania opinii klientów oraz szybkie reagowanie na ich oczekiwania			Poziom zadowolenia klientów	x
	Wskaźnik reklamacji				
	Renoma i marka przedsiębiorstwa			Lokalizacja przedsiębiorstwa uzdrowiskowego	
	Lojalność klientów wobec dostawcy usług				
	Poziom zadowolenia klientów				
	Lokalizacja przedsiębiorstwa uzdrowiskowego				
	Sprawność systemu informacji				
Organizacja i zarządzanie	Zmotywowani pracownicy			Sprawność systemu informacji	x
	Utożsamiający się z przedsiębiorstwem pracownicy			Zmotywowani pracownicy	x
	Realizacja celów przedsiębiorstwa zgodnie ze strategią rozwoju gminy uzdrowiskowej			Organizacja pracy personelu	



	Zarządzanie wiedzą Kreowanie innowacyjnych rozwiązań Przedsiębiorczość i innowacyjność menadżerów Organizacja pracy Sprawne zarządzanie			x
Rentowność i potencjał finansowy  Badania i rozwój – możliwości i umiejętności przeznaczania środków na finansowanie działalności B+R	Wzrost finansowy przedsiębiorstwa Rentowność sprzedaży usług Płynność finansowa Dynamika przychodów Wskaźnik poziomu kosztów Umiejętność związana z wprowadzaniem obniżki kosztów wytwarzania Współpraca z innymi ośrodkami naukowo-badawczymi w kraju i za granicą Elastyczne podążanie za trendami rozwojowymi w branży światowej Umiejętność pozyskiwania wiedzy oraz umiejętności analizowania jej Własna baza laboratoryjna Stale aktualizowanie nowej wiedzy technicznej			
Umiejętność uczenia się, zarządzanie wiedzą oraz informacją  Źródło: Opracowanie własne.	Udział w szkoleniach, sympoziach naukowych, konferencjach i seminariach kadry Komunikowanie się wewnątrz przedsiębiorstwa oraz szybkie przekazywanie nowej wiedzy pracownikom Zdobywanie wiedzy o metodach zarządzania oraz zdobywanie informacji			

#### **4.4. Ocena czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych**

Konkurencyjność przedsiębiorstw uzdrowiskowych jest miarą ich zdolności do osiągnięcia przewagi nad innymi uczestnikami sektora usług uzdrowiskowych. Przewagę tę osiąga się zwykle na drodze zwiększania produktywności posiadanych zasobów oraz pełniejszego zaspokojenia oczekiwań użytkowników przez dostarczenie im odpowiednich usług. Ocenę czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego przeprowadzono na podstawie badań ankietowych, przeprowadzonych wśród kuracjuszy uzdrowisk oraz wybranych przedsiębiorstw uzdrowiskowych.

##### ***Badania ankietowe przedsiębiorców***

W ustaleniu hierarchii czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych wzięły udział wybrane przedsiębiorstwa uzdrowiskowe Małopolski.

Pytania w pierwszej części kwestionariusza usytuowano w ośmiu obszarach działalności przedsiębiorstwa uzdrowiskowego:

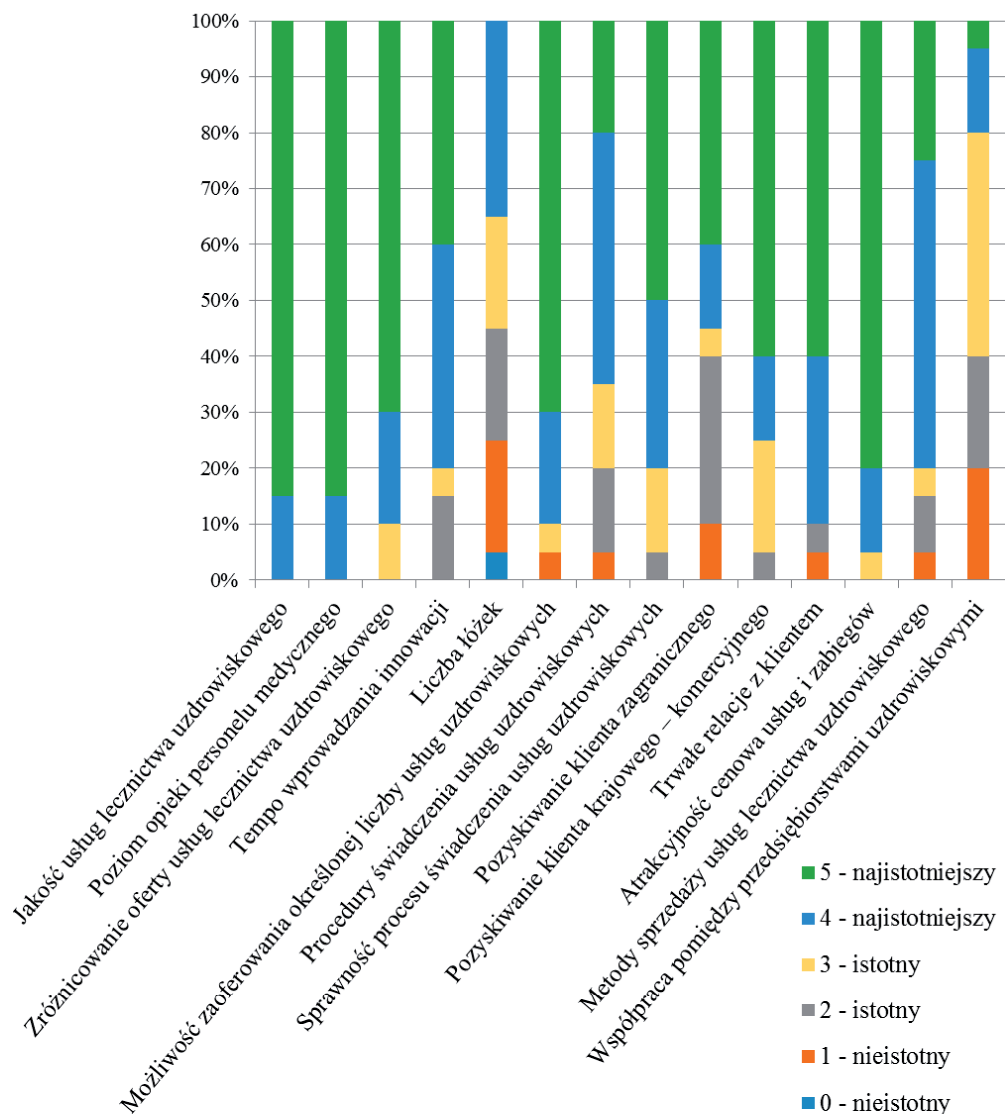
- działalność usługowa;
- umiejętności techniczne i poziom technologii;
- działalność kadrowa;
- działalność marketingowa;
- organizacja i zarządzanie;
- rentowność i potencjał finansowy;
- badania + rozwój (B +R)
- umiejętność uczenia się, zarządzanie wiedzą oraz informacją.

Skalę odpowiedzi (0-5) podzielono kolejno na trzy grupy według ustalonych poziomów istotności każdego z czynników: 0-1 – nieistotny; 2-3 – istotny; 4-5 – najistotniejszy.

Jak wynika z przeprowadzonych badań, w pierwszym z analizowanych obszarów działalności przedsiębiorstw uzdrowiskowych „działalność usługowa” – przedsiębiorcy określali stopień istotności wymienionych w kwestionariuszu czynników konkurencyjności z punktu widzenia przedsiębiorstwa. Najczęściej wskazywanym przez przedsiębiorców czynnikiem w tej grupie była „wysoka jakość usług lecznictwa uzdrowiskowego” (100%), której przypisywano siłę na poziomie 4 i 5 oraz wysoki poziom personelu medycznego. Świadczy to zdecydowanie o tym, że przedsiębiorstwa uzdrowiskowe według tej grupy ankietowanych konkurowały ze sobą przede wszystkim jakością usług oraz poziomem personelu, co potwierdzają również opisane w dalszej części opinie kuracjuszy. A więc najistotniejszym czynnikiem konkurencyjności o charakterze rynkowym, który może być wykorzystany dzięki specyficznym walorom przedsiębiorstw uzdrowiskowych okazała się jakość świadczonych usług a czynnikiem o charakterze wewnętrznym – poziom opieki. Spora liczba ankietowanych uważa, że przedsiębiorstwa uzdrowiskowe konkurują ze sobą również ceną. 95% badanych wskazało atrakcyjność cenową usług, zabiegów oraz warunki płatności, jako drugi najistotniejszy czynnik konkurencyjności z siłą 4 i 5. Cena jest zatem istotnym czynnikiem z punktu widzenia nie tylko odbiorców usług uzdrowiskowych ale również usługodawców.

Kolejnym, trzecim pod względem poziomu istotności czynnikiem konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych, wpływających na wybór

określonej oferty uzdrowiskowej wskazanym przez przedsiębiorców, okazała się zróżnicowana oferta oraz trwałe relacje z klientem. Ponad 90% badanych wskazało ten czynnik jako istotny na poziomie 4 i 5 (wykres 24).

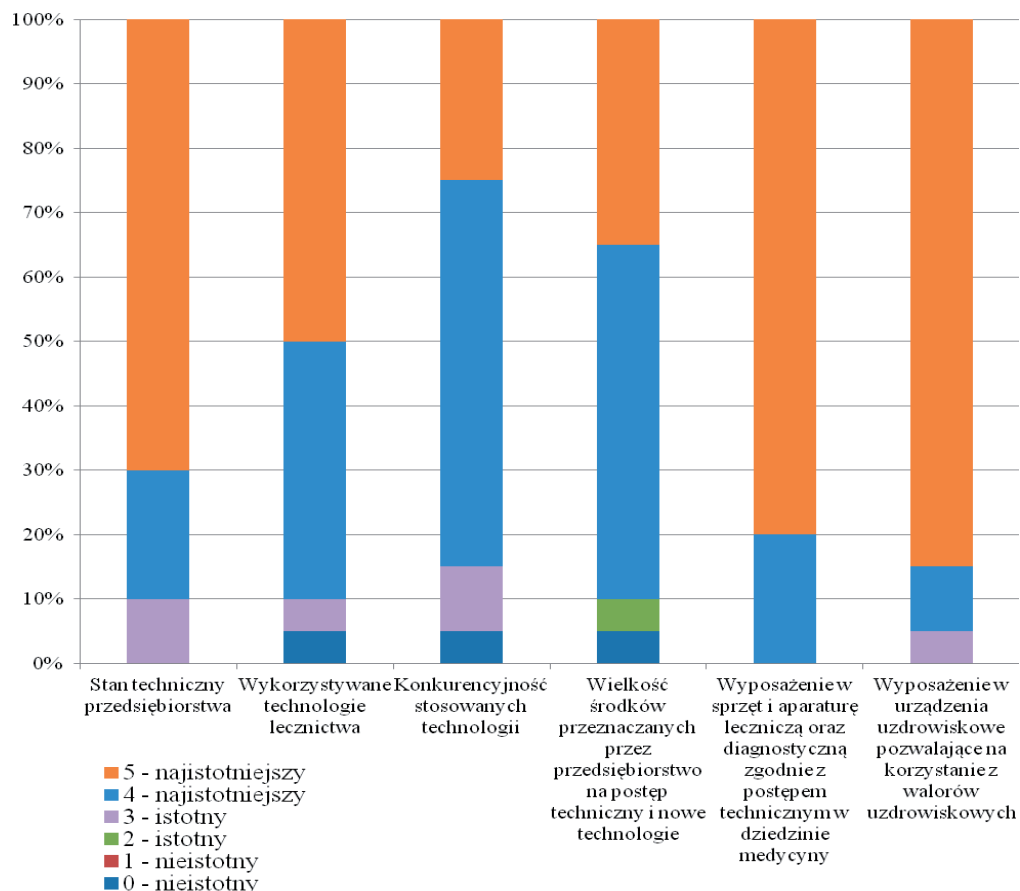


Wykres 24. Opinie przedsiębiorców na temat czynników istotnych z punktu widzenia wyboru określonej oferty uzdrowiskowej.

Źródło: Opracowanie własne.

Drugim analizowanym obszarem działalności przedsiębiorstw uzdrowiskowych brany pod uwagę przy ustalaniu czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych były „umiejętności techniczne i poziom technologii” (wykres 25).

Wyniki badań ankietowych jednoznacznie wskazują, że najistotniejszym czynnikiem konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych w tym obszarze okazało się „wyposażenie w sprzęt i aparaturę leczniczą oraz diagnostyczną zgodnie z postępowaniem technicznym w dziedzinie medycyny”. Czynnikiem ten bowiem wskazało na poziomie 4 i 5 łącznie 100% ankietowanych przedsiębiorców (tak samo wskazali kuracjusze). 90% odpowiedzi na poziomie 4 i 5 wskazano na „wyposażenie w urządzenia uzdrowiskowe pozwalające na korzystanie z walorów uzdrowiskowych”, oraz na „stan techniczny przedsiębiorstwa”.

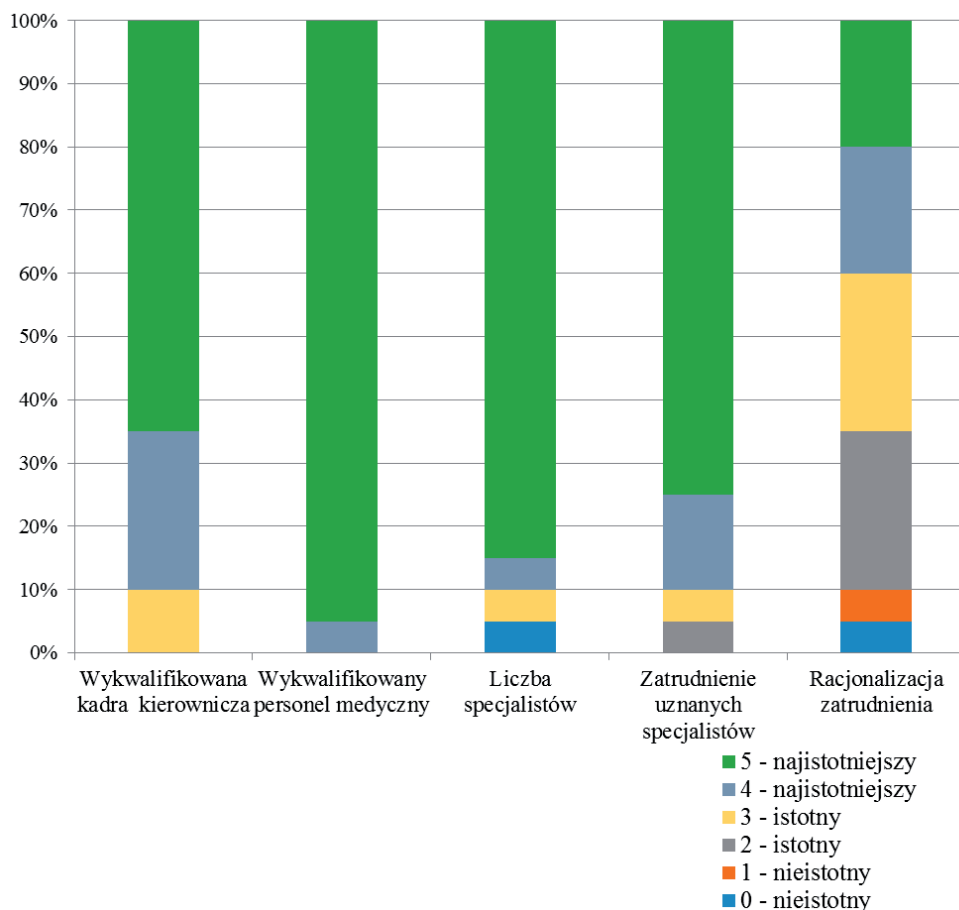


**Wykres 25. Opinie przedsiębiorców na temat czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych w zakresie umiejętności technicznych i poziomu technologii.**

Źródło: Opracowanie własne.

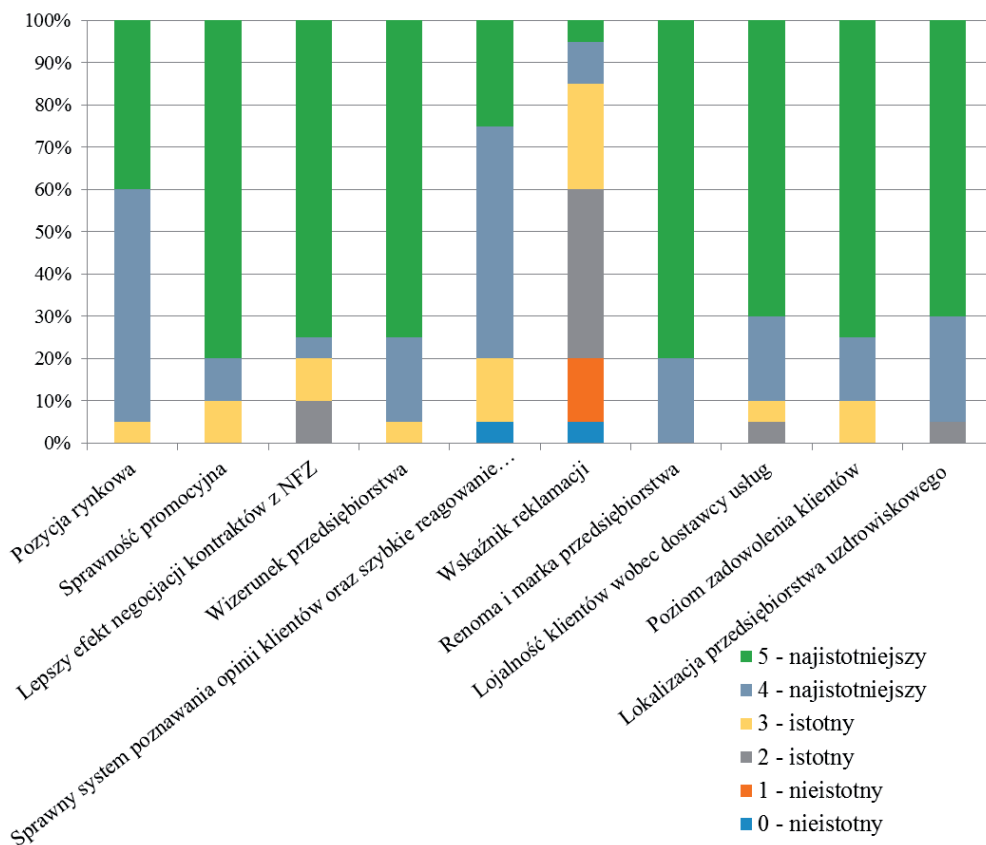
Z kolei w obszarze „działalność kadrowa” za zjawisko korzystne można uznać nadanie wysokiej rangi czynnikom konkurencyjności o charakterze wewnętrznym, do których należą m.in. kwalifikacje personelu medycznego (100% jako czynnik najbardziej istotny, także zdaniem kuracjuszy), liczba specjalistów, wykwalifikowana kadra kierownicza, jak również zatrudnienie uznanych, doświadczonych specjalistów (ponad 90%). Sytuację tę dokładnie ilustruje wykres 26.

Z przeprowadzonych badań ankietowych wynika, że w czwartym analizowanym obszarze konkurencyjności „działalność marketingowa” (wykres 27) ankietowani docenili szczególnie wartość renomy i marki, jako najistotniejszego czynnika konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych z punktu widzenia przedsiębiorców (100%). Za bardzo istotny czynnik uznali również wizerunek przedsiębiorstwa oraz „pozycję rynkową” (95%). Niewiele mniej przedsiębiorców (90%) uznało za bardzo ważną także sprawność promocyjną, jak również lojalność klientów wobec dostawcy usług.



*Wykres 26. Opinie przedsiębiorców na temat czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych w zakresie działalności kadrowej.*

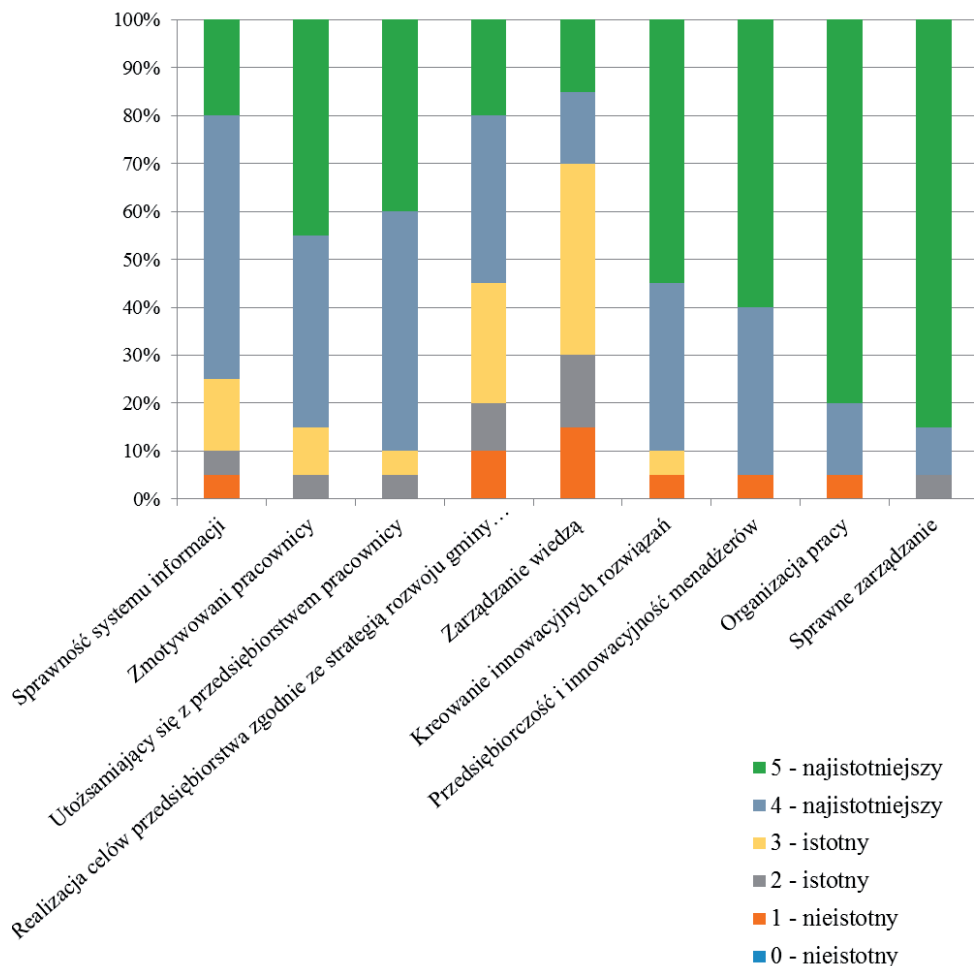
Źródło: Opracowanie własne.



**Wykres 27. Opinie przedsiębiorców na temat czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych w zakresie działalności marketingowej.**

Źródło: Opracowanie własne.

W obszarze „organizacja i zarządzanie” przedsiębiorcy za priorytetowy czynnik konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych wskazali organizację pracy oraz przedsiębiorczość i innowacyjność menadżerów. Ocenę na poziomie 4-5 przyznało temu czynnikowi 95% ankietowanych. Równie ważnym elementem konkurowania okazało się kreowanie innowacyjnych rozwiązań, jak również utożsamianie się pracowników z przedsiębiorstwem. 90% ankietowanych uznało te czynniki za najistotniejsze. Niewiele mniej ankietowanych (85%) twierdzi, że zmotywowani pracownicy mają także istotne znaczenie z punktu widzenia konkurencyjności. Opisane zależności obrazuje wykres 28.



**Wykres 28. Opinie przedsiębiorców na temat czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych w zakresie organizacji i zarządzania.**

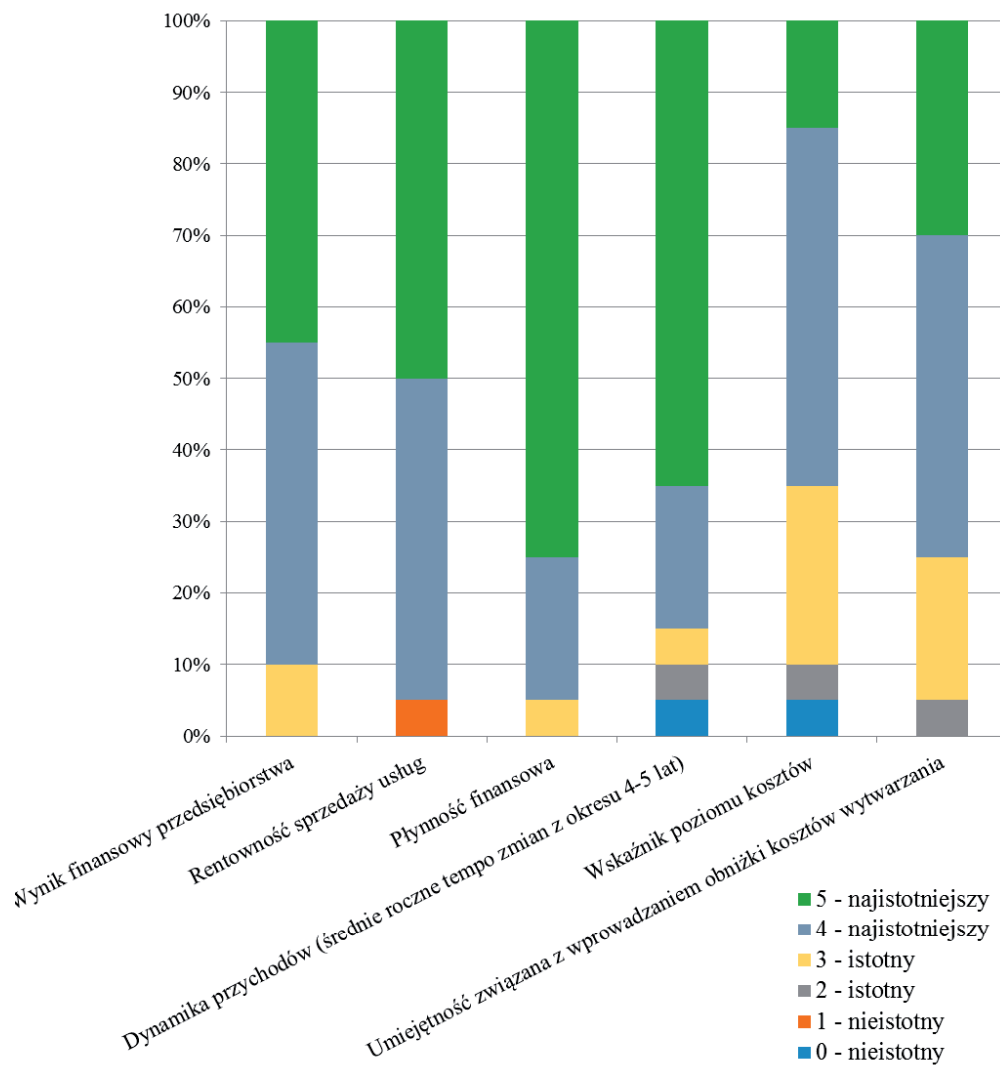
Źródło: Opracowanie własne.

Kolejnym analizowanym obszarem działalności przedsiębiorstw uzdrowiskowych brany pod uwagę przy ustalaniu czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych była „rentowność i potencjał finansowy” (wykres 29).

Wyniki badań ankietowych jednoznacznie wskazują, że najistotniejszym czynnikiem konkurencyjności w tym zakresie okazała się rentowność sprzedaży usług oraz płynność finansowa. Czynniki te bowiem wskazało na poziomie 4 i 5 łącznie 95% ankietowanych przedsiębiorców. Z kolei 90% odpowiedzi na poziomie 4 i 5 wskazano na wynik finansowy. Równie istotna z punktu widzenia przedsiębiorców okazała się także „dynamika przychodów”. Czynniki te wskazało za bardzo istotny 85% badanych.

Jak wynika z przeprowadzonych badań, w kolejnym z analizowanych obszarów działalności przedsiębiorstw uzdrowiskowych: „Badania i rozwój (B+R)”

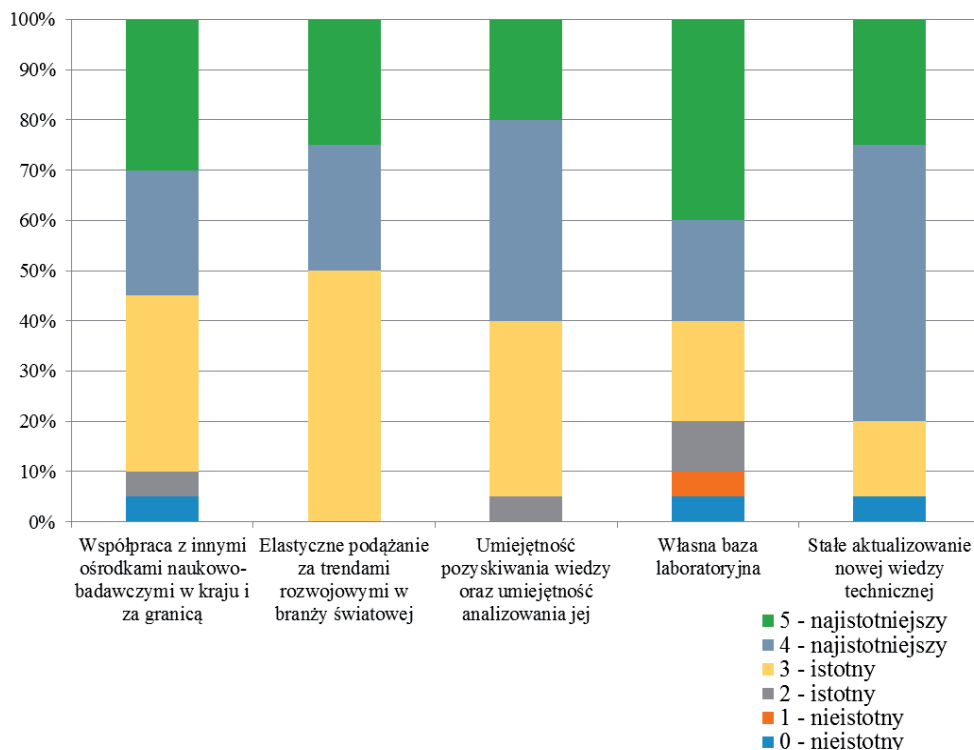
przedsiębiorcy najczęściej wskazywali w tej grupie stałe aktualizowanie nowej wiedzy technicznej (75%), której przypisywano siłę na poziomie 4 i 5 (wykres 30). Świadczy to zdecydowanie o tym, że przedsiębiorstwa uzdrowiskowe według tej grupy czynników konkurują ze sobą przede wszystkim stałym aktualizowaniem wiedzy technicznej. Należy ponadto zauważyć, że rozkład istotności pozostałych czynników wskazanych na wykresie kształtuje się bardzo podobnie.



**Wykres 29. Opinie przedsiębiorców na temat czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych w zakresie rentowności i potencjału finansowego.**

Źródło: Opracowanie własne.

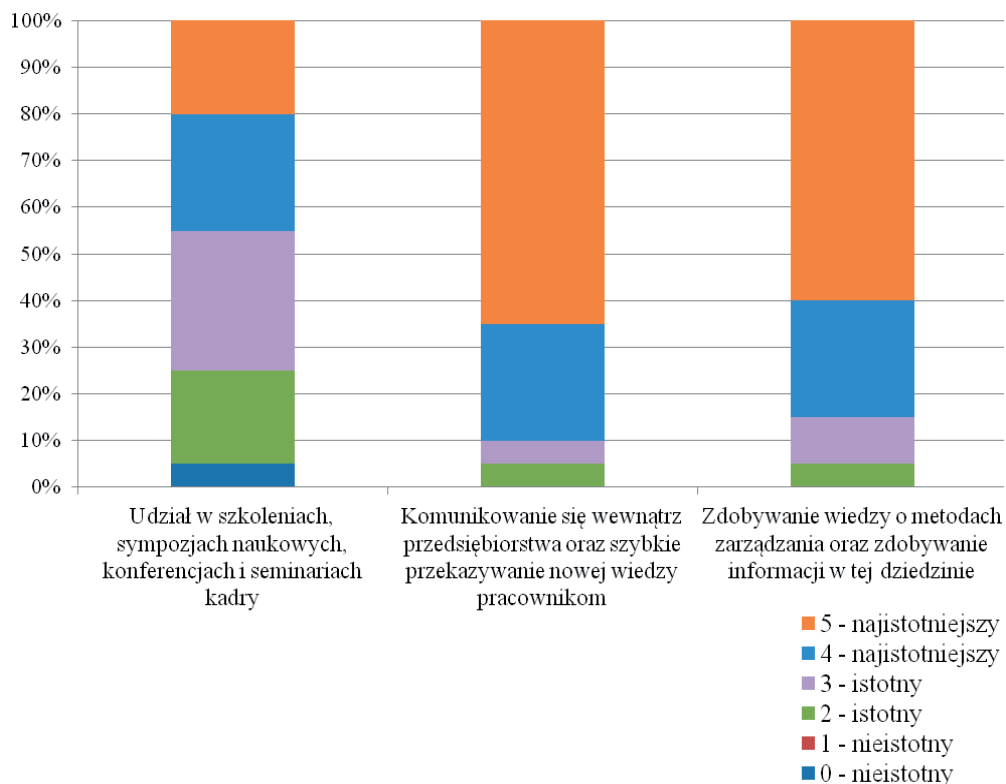




**Wykres 30. Opinie przedsiębiorców na temat czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych w zakresie „badania i rozwój”.**

Źródło: Opracowanie własne.

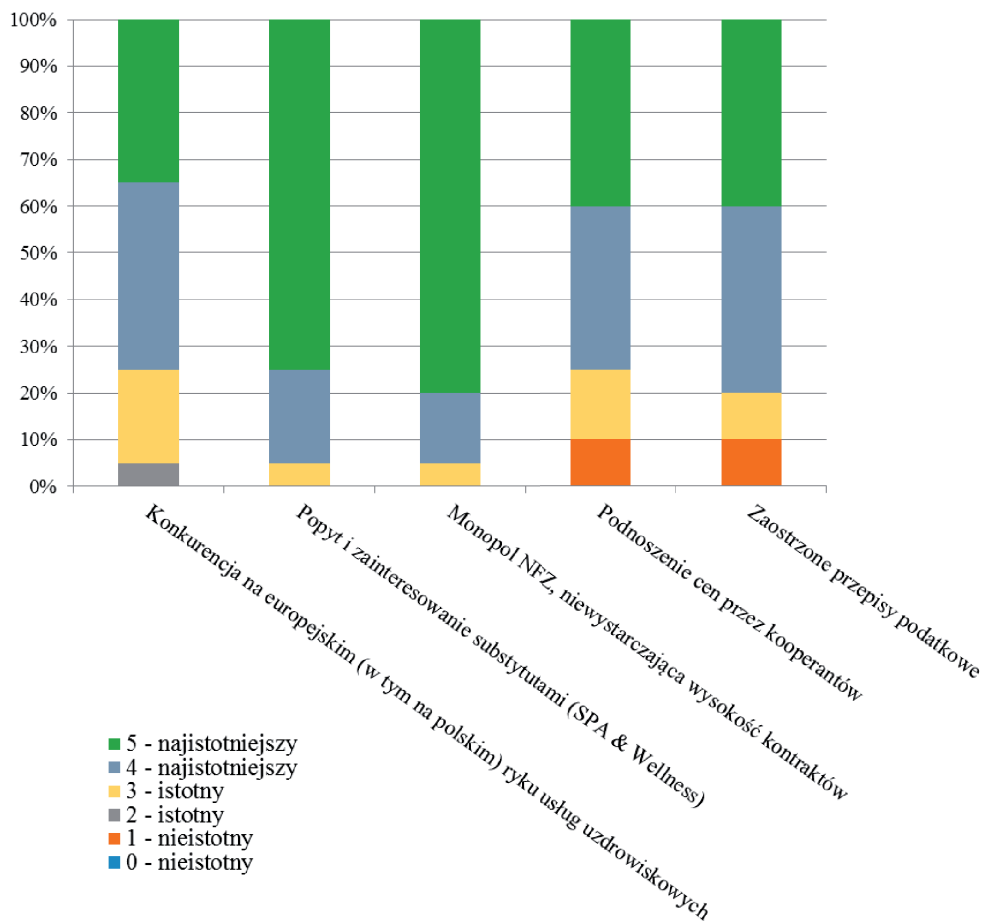
Ostatnim obszarem badania czynników konkurencyjności była „umiejętność uczenia się, zarządzanie wiedzą oraz informacją” (wykres 31). Za najistotniejszy czynnik konkurencyjności w tym obszarze ankietowani wskazali komunikowanie się wewnątrz przedsiębiorstwa oraz szybkie przekazywanie nowej wiedzy pracownikom (90%). Równie wysoko ankietowani ocenili czynnik „zdobywanie wiedzy o metodach zarządzania oraz zdobywanie informacji w tej dziedzinie”. 85% badanych przypisało temu czynnikowi siłę 4 i 5.



**Wykres 31. Opinie przedsiębiorców na temat czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych w zakresie umiejętności uczenia się, zarządzania wiedzą oraz informacją.**

Źródło: Opracowanie własne.

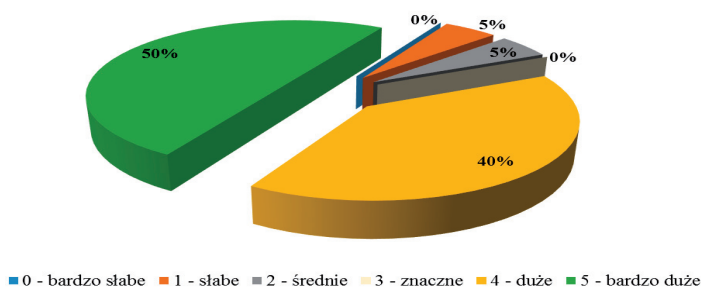
Pytania w drugiej części kwestionariusza dotyczyły opinii na temat barier i występowania konkurencji w sektorze usług uzdrowiskowych. Jest to najbardziej istotna część badania ankietowego przedsiębiorców. Przeprowadzone badania ankietowe pozwalają jednoznacznie potwierdzić, że najważniejszym czynnikiem z punktu widzenia barier funkcjonowania przedsiębiorstw uzdrowiskowych jest kwestia popytu na zainteresowanie substytutami oraz „monopol ze strony NFZ” i wynikająca z tego faktu niewystarczająca ilość kontraktów mająca istotny wpływ na niezadowalający poziom przychodów przedsiębiorstw uzdrowiskowych. 95% ankietowanych uznało te czynniki za najistotniejsze. Równie istotnym utrudnieniem okazują się także zastrzone przepisy podatkowe, których ważność na poziomie 4 i 5 wskazało aż 80% badanych (wykres 32).



**Wykres 32. Opinie przedsiębiorców na temat czynników stanowiących barierę funkcjonowania i rozwoju przedsiębiorstw uzdrowiskowego.**

Źródło: Opracowanie własne.

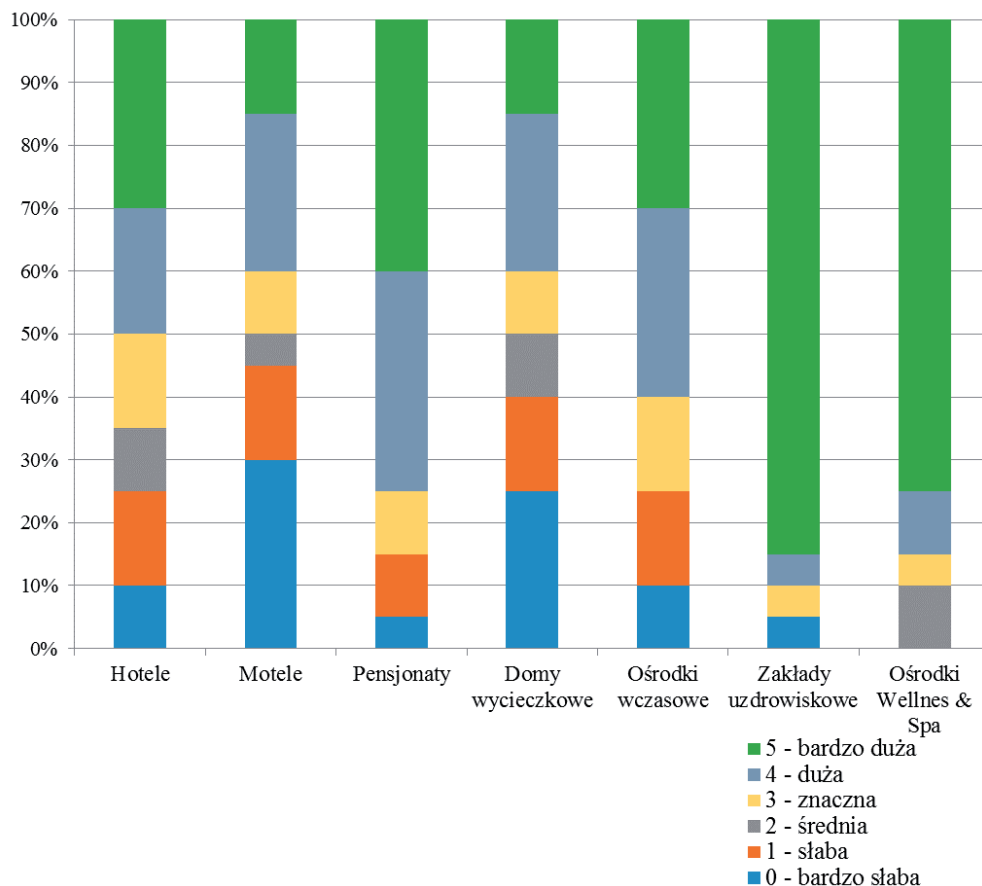
Należy dodać, że aż 95 % ankietowanych przedsiębiorców odczuwa zjawisko konkurencji w obszarze usług uzdrowiskowych, którego siłę na najwyższym poziomie istotności ocenia łącznie 60% badanych.



**Wykres 33. Opinie przedsiębiorców na temat nasilenia konkurencji w świadczeniu usług uzdrowiskowych.**

Źródło: Opracowanie własne.

Niestety, okazuje się również, że zdaniem aż 85% przedsiębiorców świadczących usługi uzdrowiskowe sytuacja w sferze konkurencji nie jest ustabilizowana i w najbliższych latach ta niestabilność jeszcze się nasili (100% ankietowanych odpowiedziało twierdząco na to pytanie). Należy także wspomnieć, że za największą konkurencję dla działalności przedsiębiorstw uzdrowiskowych ankietowani uważają przede wszystkim „inne zakłady uzdrowiskowe” (90%), jak również ośrodki „Wellnes i SPA” (80% badanych uznało te obiekty za największą konkurencję), co prezentuje wykres 34.

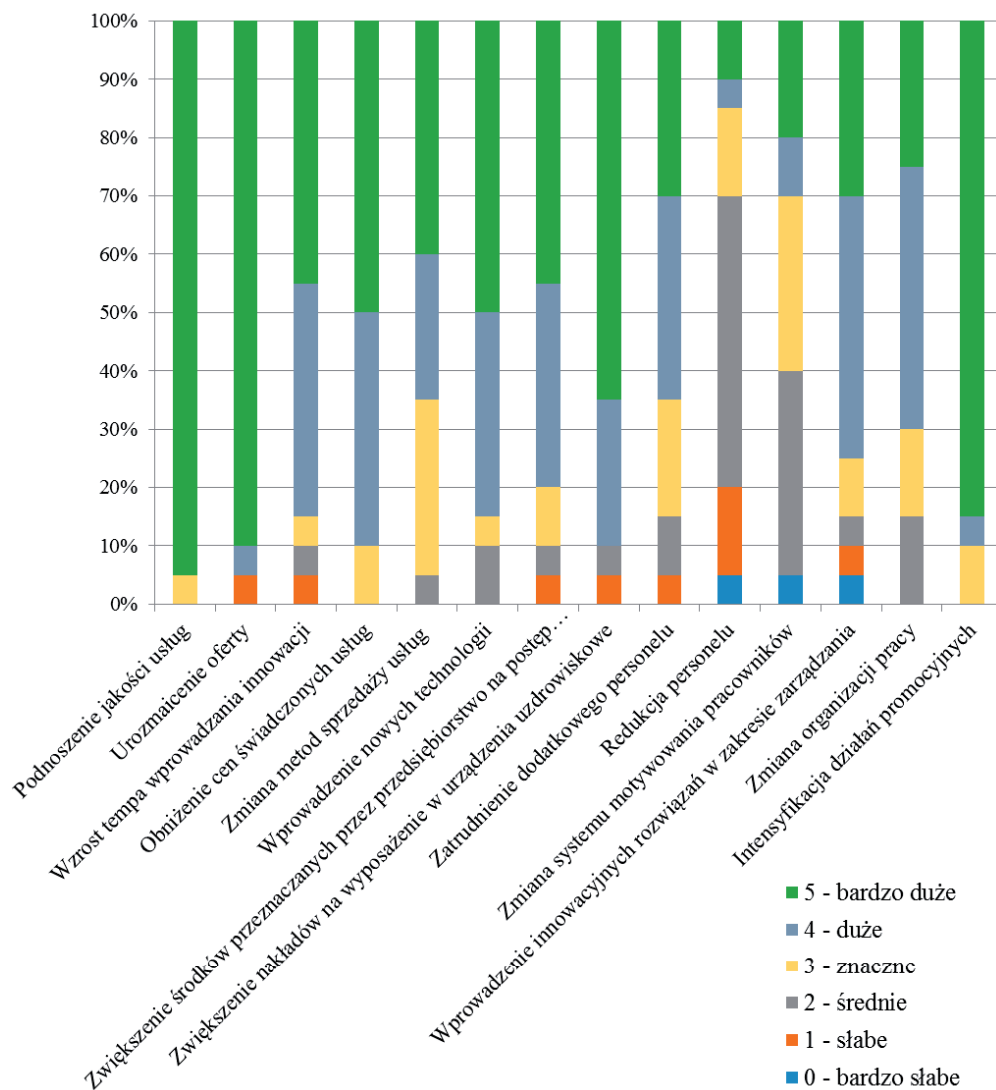


**Wykres 34. Opinie przedsiębiorców na temat obiektów stanowiących bezpośrednią konkurencję dla działalności usługowej przedsiębiorstw uzdrowiskowych.**

Źródło: Opracowanie własne.

Z uwagi na nasilającą się konkurencję w obszarze usług uzdrowiskowych, przedsiębiorstwa uzdrowiskowe są zmuszone podejmować pewne działania pozwalające utrzymać się tym jednostkom na rynku. Za najistotniejsze z punktu widzenia przedsiębiorców staje się w tym względzie przede wszystkim: podnoszenie jakości usług, urozmaicenie oferty oraz wzrost tempa wprowadzania innowacji (95% odpowiedzi na poziomie 4 i 5). Równie ważna okazuje się intensyfikacja działań

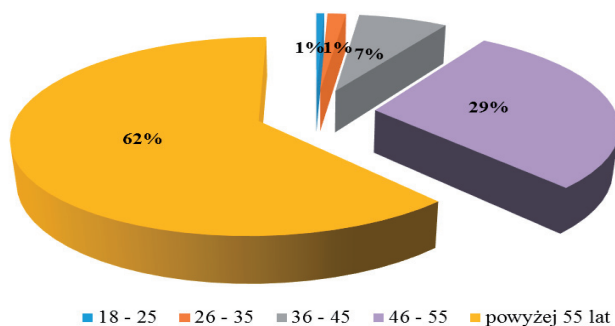
promocyjnych (90%), obniżenie cen świadczonych usług (90%), jak również wprowadzanie nowych technologii i zwiększenie nakładów na wyposażenie w urządzenia uzdrowiskowe (85% odpowiedzi na poziomie 4 i 5). Szczegółowe wyniki przedstawia wykres 35. Przedsiębiorstwa uzdrowiskowe wykorzystują zarówno te czynniki konkurencyjności, które są dostępne i najczęściej stosowane przez duże organizacje gospodarcze, jak i te które są związane z ich specyfiką. Konkurowanie ceną i jakością musi być jednak w przypadku tych podmiotów wzmocnione tymi czynnikami wewnętrznymi i zewnętrznymi, które umożliwiają większe wykorzystanie twórczego potencjału pracowników oraz wzajemnych relacji występujących między przedsiębiorstwami uzdrowiskowymi a rynkiem.



**Wykres 35. Działania wymuszone przez konkurencję badanych przedsiębiorstw uzdrowiskowych.**  
 Źródło: Opracowanie własne.

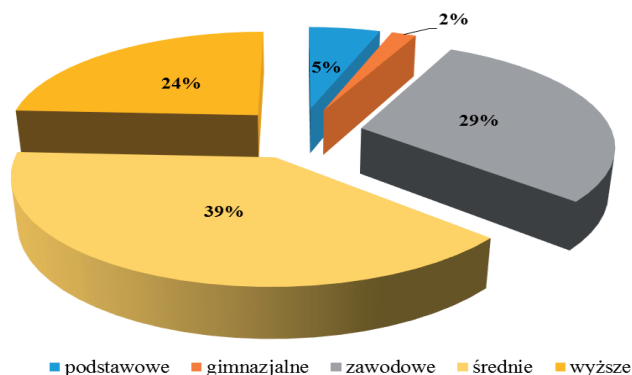
### ***Badania ankietowe kuracjuszy***

Celem badania kuracjuszy było poznanie opinii kuracjuszy na temat czynników wpływających na wybór określonej oferty uzdrowiskowej. W badaniu wzięło udział 481 kuracjuszy uzdrowisk Małopolski, z czego najliczniejszą grupę (62%) tworzyły osoby w wieku powyżej 55 lat (wykres 36). Ponad 67% ankietowanych stanowiły kobiety. Badania wykazały również, że osoby biorące w nim udział w większości (39%) miały wykształcenie średnie (wykres 37) i najczęściej wskazywanym przez nich miejscem zamieszkania (36%) było miasto do 100 tys. mieszkańców (wykres 38). Dane te zapewne dobrze ilustrują strukturę kuracjuszy w małopolskich uzdrowiskach.



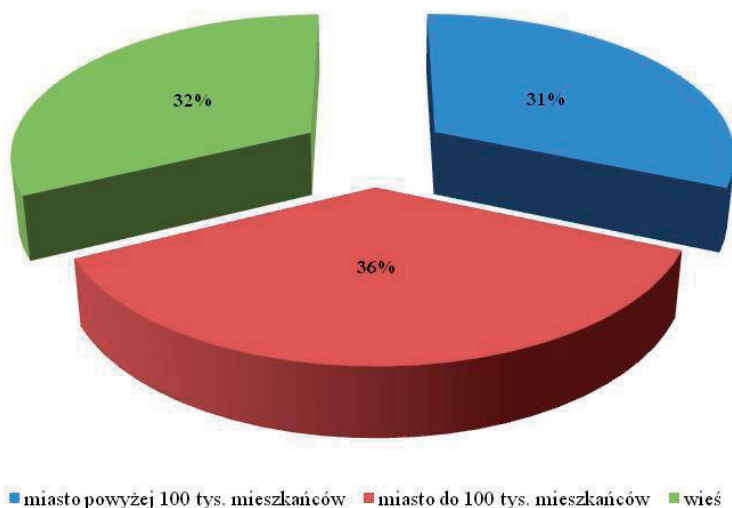
***Wykres 36. Wiek kuracjuszy biorących udział w badaniu ankietowym.***

Źródło: Opracowanie własne.



***Wykres 37. Wykształcenie kuracjuszy biorących udział w badaniu.***

Źródło: Opracowanie własne.



**Wykres 38. Miejsce zamieszkania kuracjuszy biorących udział w badaniu.**

Źródło: Opracowanie własne.

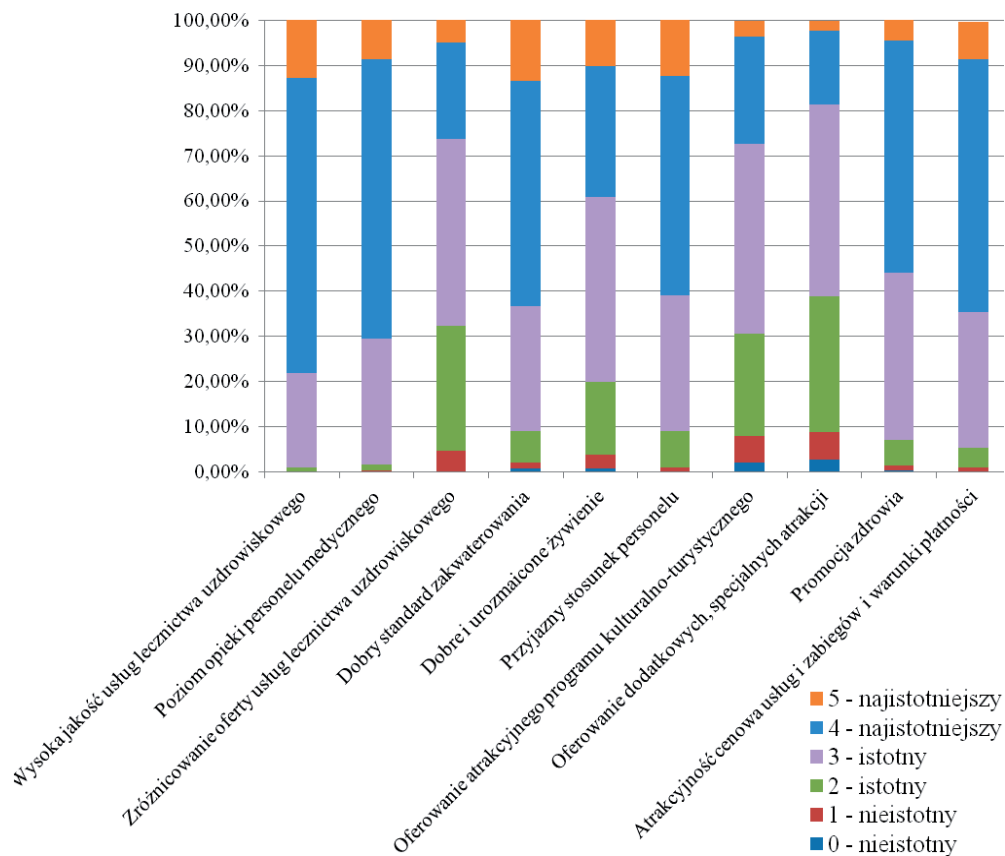
Pytania w pierwszej części kwestionariusza usytuowano w pięciu obszarach działalności przedsiębiorstwa uzdrowiskowego:

- Działalność usługowa;
- Umiejętności techniczne i poziom technologii;
- Działalność kadrowa;
- Działalność marketingowa;
- Organizacja i zarządzanie.

Skalę odpowiedzi (0-5) podzielono kolejno na trzy grupy według ustalonych poziomów istotności każdego z czynników: 0-1 – nieistotny; 2-3 – istotny; 4-5 – najistotniejszy.

Jak wynika z badań, w pierwszym z analizowanych obszarów działalności przedsiębiorstw uzdrowiskowych – „działalność usługowa” – kuracjusze określali stopień istotności wymienionych w kwestionariuszu czynników konkurencyjności z punktu widzenia wyboru określonej oferty uzdrowiskowej. Najczęściej wskazywanym przez kuracjuszy czynnikiem w tej grupie była wysoka jakość usług lecznictwa uzdrowiskowego (78,17%), której przypisywano siłę na poziomie 4 i 5. Świadczy to zdecydowanie o tym, że przedsiębiorstwa uzdrowiskowe – według tej grupy badanych – konkurowały ze sobą przede wszystkim jakością. A więc najistotniejszym czynnikiem konkurencyjności o charakterze rynkowym, który może być wykorzystany dzięki specyficznym walorom przedsiębiorstw uzdrowiskowych, okazała się jakość świadczonych usług (wykres 39).

Zadowolający jest fakt wysokiej klasyfikacji czynnika konkurencyjności o charakterze wewnętrznym, który dotyczy poziomu opieki personelu medycznego. Aż 70,48% badanych uważa, że przedsiębiorstwa uzdrowiskowe kształtują swoją pozycję konkurencyjną w dużej mierze właśnie poprzez odpowiedni poziom opieki personelu medycznego.



**Wykres 39. Działalność usługowa: Czynniki istotne z punktu widzenia wyboru określonej oferty uzdrowiskowej przez kuracjuszy.**

Źródło: Opracowanie własne.

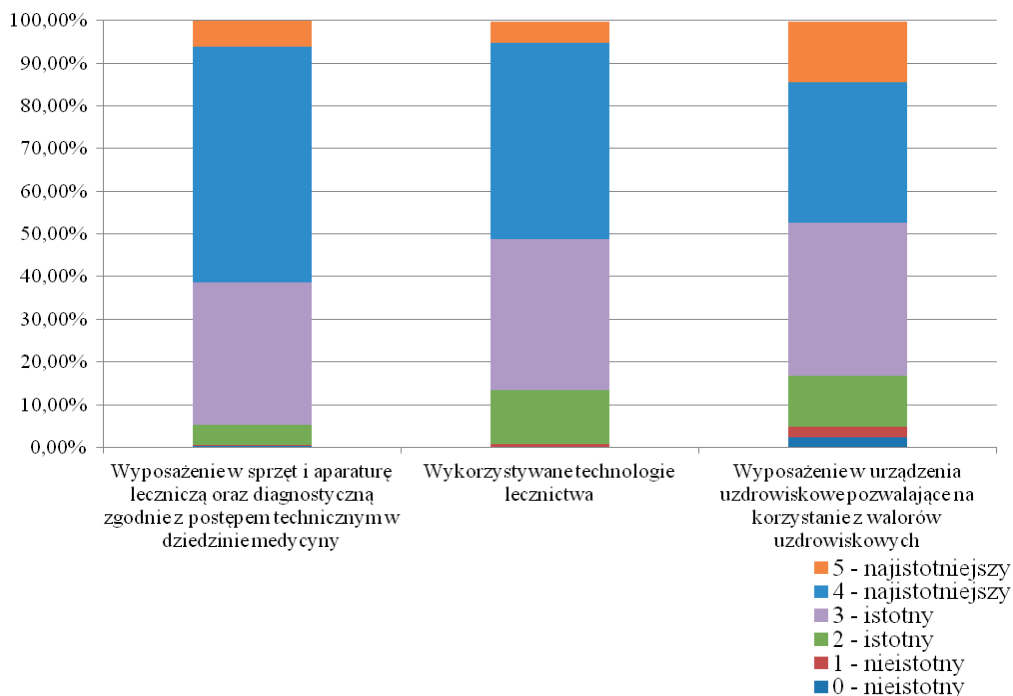
Spora liczba ankietowanych uważa, że przedsiębiorstwa uzdrowiskowe konkurują ze sobą również ceną. 64,25% badanych wskazało atrakcyjność cenową usług, zabiegów oraz warunki płatności jako trzeci najistotniejszy czynnik konkurencyjności z siłą 4 i 5. Cena jest zatem istotnym czynnikiem z punktu widzenia komercyjnych odbiorców usług uzdrowiskowych, którzy w ostatnich latach coraz częściej są klientami przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Czynnikiem cenowy może w najbliższych latach nabrać jeszcze większego znaczenia, gdyż liczba kuracjuszy płacących pełną cenę za usługi uzdrowiskowe, a także pobyt w uzdrowisku – będzie się systematycznie zwiększała.

Kolejnym, czwartym pod względem poziomu istotności czynnikiem konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych, wpływającym na wybór określonej oferty uzdrowiskowej wskazanym przez klientów tych usług, okazała się promocja zdrowia. Ponad 55% kuracjuszy wskazało ten czynnik jako istotny na poziomie 4 i 5. Warto również dodać, że dla badanych istotny przy wyborze oferty uzdrowiskowej (ponad 60%) okazał się dla klientów standard zakwaterowania oraz przyjazny stosunek personelu. Z kolei najrzadziej wskazywanymi za istotne



czynnikami konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych w tym obszarze było oferowanie atrakcyjnego programu kulturalnego oraz oferowanie dodatkowych, specjalnych atrakcji.

Drugim analizowanym przez autorkę obszarem działalności przedsiębiorstw uzdrowiskowych brany pod uwagę przy ustalaniu czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych były „umiejętności techniczne i poziom technologii” (wykres 40).



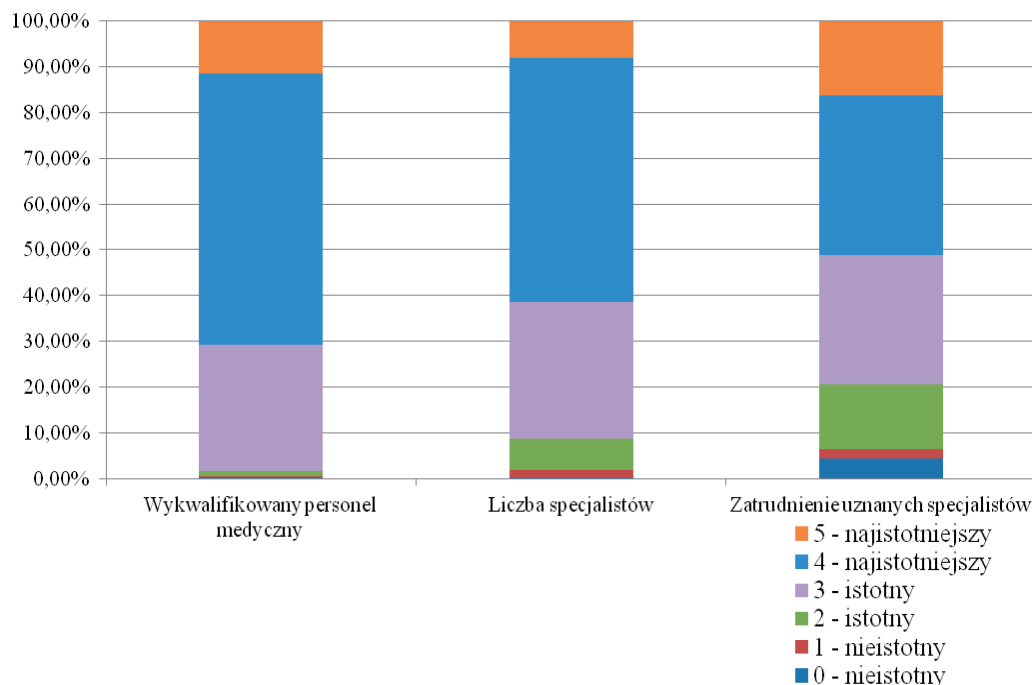
**Wykres 40. Umiejętności techniczne i poziom technologii: Czynniki istotne z punktu widzenia wyboru określonej oferty uzdrowiskowej przez kuracjuszy.**

Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki przeprowadzonych badań jednoznacznie wskazują, że najistotniejszym czynnikiem konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych w obszarze „umiejętności techniczne i poziom technologii” okazał się sprzęt i aparatura lecznicza oraz diagnostyczna zgodna z postępem technicznym w dziedzinie medycyny. Czynnikiem ten bowiem wskazało na poziomie 4 i 5 ponad 60% ankietowanych. Ponad 50% odpowiedzi za istotny czynnik konkurencyjności uznało wykorzystywanie technologii leczenia, a niespełna 48% badanych kuracjuszy uznało, że najistotniejsze dla konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych jest wyposażenie w urządzenia uzdrowiskowe pozwalające na korzystanie z walorów uzdrowiskowych.

Z kolei w obszarze „działalność kadrowa” za zjawisko korzystne można uznać przyznanie wysokiej rangi czynnikom konkurencyjności o charakterze wewnętrznym, do których należą m.in. kwalifikacje personelu medycznego (ponad 70%), liczba

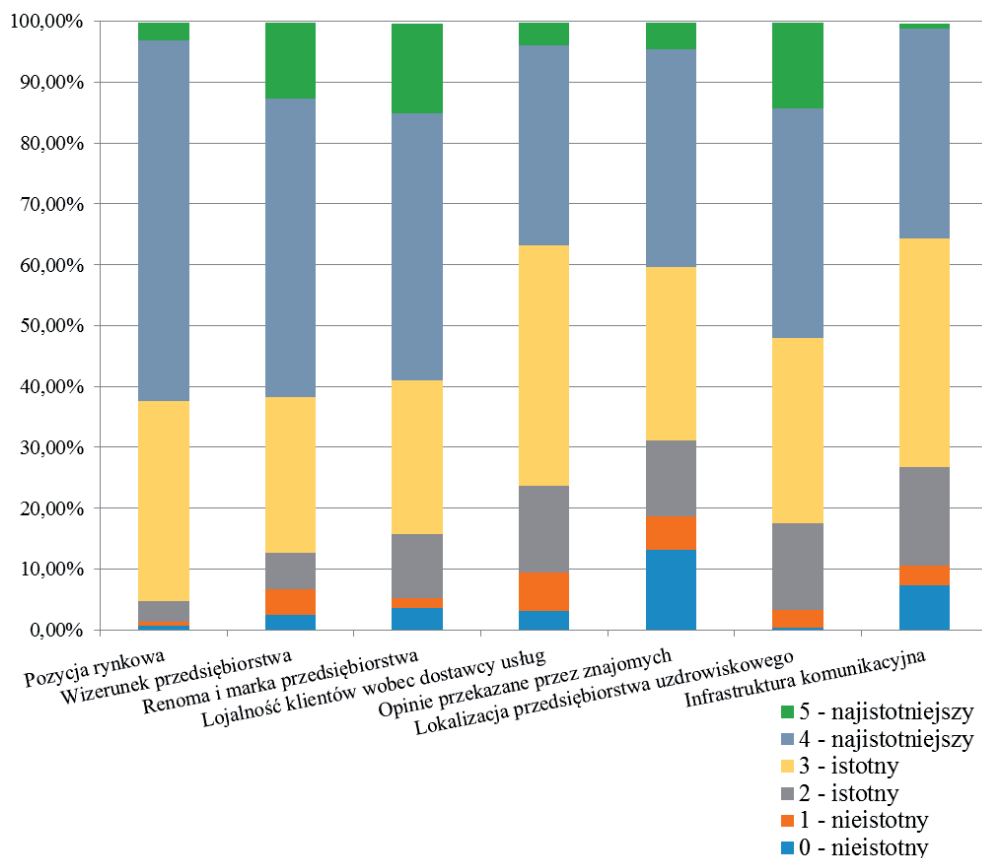
specjalistów (ponad 60%), jak również zatrudnienie doświadczonych specjalistów (niespełna 51%). Sytuację tę dokładnie ilustruje wykres 41.



**Wykres 41. Działalność kadrowa: Czynniki istotne z punktu widzenia wyboru określonej oferty uzdrowiskowej przez kuracjuszy.**

Źródło: Opracowanie własne.

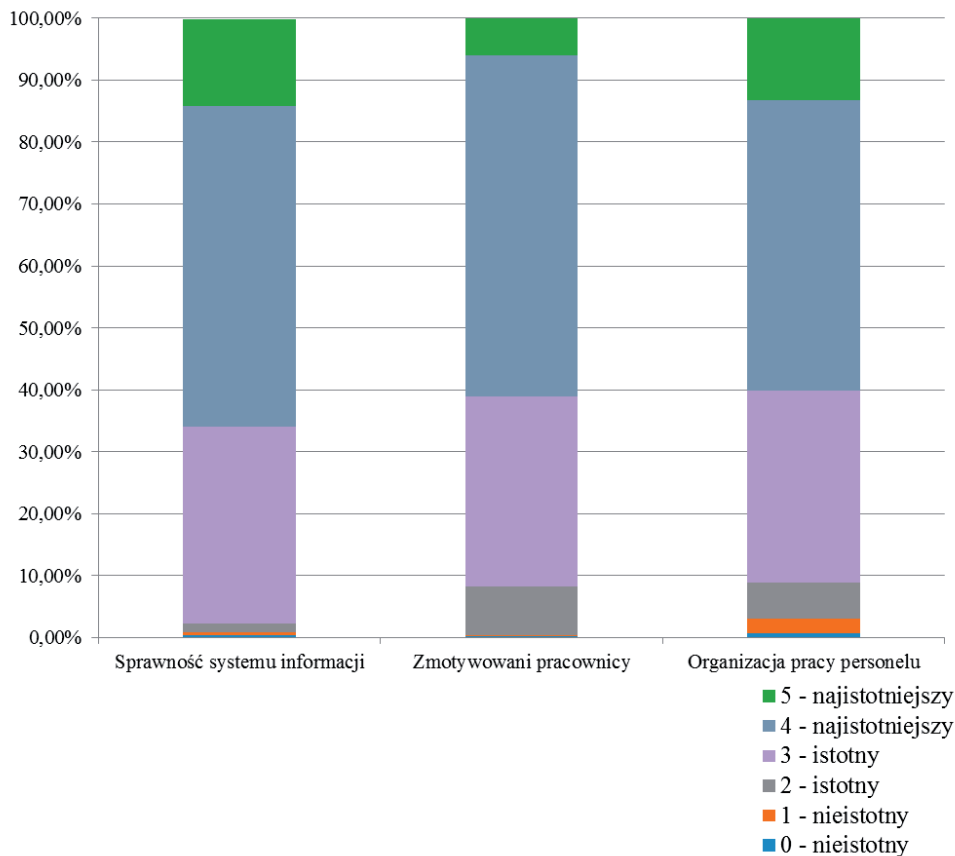
Z przeprowadzonych badań wynika, że w czwartym badanym obszarze konkurencyjności „działalność marketingowa” (wykres 42) ankietowani docenili szczególnie wartość pozycji rynkowej, jako najistotniejszego czynnika konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych z punktu widzenia wyboru określonej oferty uzdrowiskowej (62%). Za bardzo istotny czynnik uznali również wizerunek przedsiębiorstwa (62%), niewiele mniej kuracjuszy (59%) uznało za bardzo ważną także renomę i markę przedsiębiorstwa uzdrowiskowego. Z kolei za istotny czynnik konkurencyjności (mieszczący się w przedziale 2-3) klienci usług uzdrowiskowych uznali „lojalność klientów wobec dostawcy usług” (54%), podobnie „infrastruktura komunikacyjna” (niespełna 54%).



**Wykres 42. Działalność marketingowa: Czynniki istotne z punktu widzenia wyboru określonej oferty uzdrowiskowej przez kuracjuszy.**

Źródło: Opracowanie własne.

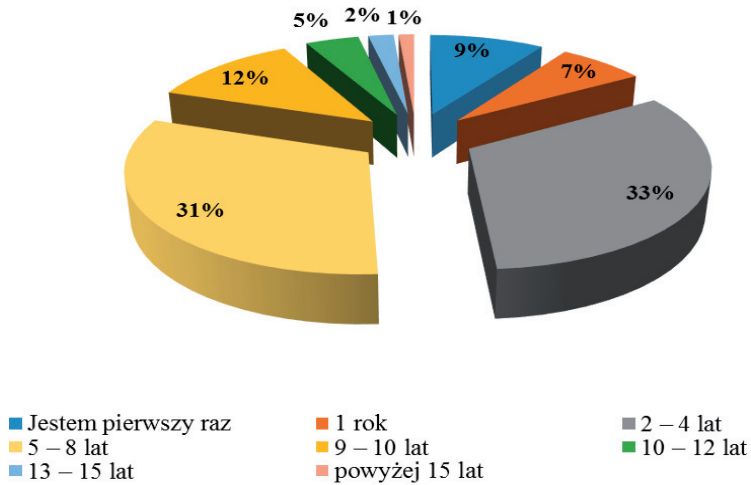
W obszarze „organizacja i zarządzanie” klienci usług uzdrowiskowych za priorytetowy czynnik konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych wskazali „sprawność systemu informacji”. Ocenę na poziomie 4-5 przyznało temu czynnikowi blisko 66% ankietowanych. Równie ważnym elementem konkurowania okazali się „zmotywowani pracownicy”. Ponad 61% badanych uznało ten czynnik za najistotniejszy. Niewiele mniej ankietowanych (60%) twierdzi, że „organizacja pracy personelu” jest także bardzo istotna z punktu widzenia wyboru określonej oferty uzdrowiskowej. Opisane zależności obrazuje wykres 43.



**Wykres 43. Organizacja i zarządzanie: Czynniki istotne z punktu widzenia wyboru określonej oferty uzdrowskiej przez kuracjuszy.**

Źródło: Opracowanie własne.

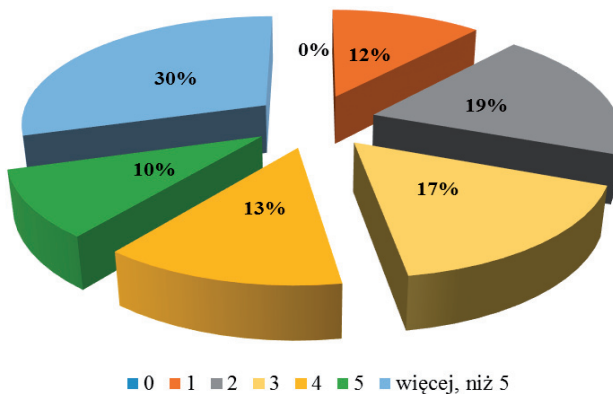
Pytania w drugiej części kwestionariusza dotyczą celu oraz powodu przyjazdu do uzdrowisk. Jest to także istotna część badania ankietowego kuracjuszy. Bowiernie poznanie częstotliwości przyjazdów do uzdrowisk, preferencji kuracjuszy co do wyboru miejsca pobytu i powodu przyjazdu do uzdrowisk może być przydatne przedsiębiorcom w celu przyszłego planowania działań przedsiębiorstw uzdrowskich. Wykres 44 przedstawia okres, od jakiego kuracjusze odwiedzają uzdrowiska. Z przeprowadzonej analizy wynika, że przeważająca ilość odwiedzających (33%) przyjeżdża do uzdrowisk od 2-4 lat. Niewiele mniej (31%) ankietowanych odpowiedziało, że korzystają z usług leczenia uzdrowskiego od 5-8 lat. Najmniej zaś badanych podało, że przyjeżdżają do uzdrowisk od 15 i więcej lat.



**Wykres 44. Od ilu lat przyjeżdża Pan/Pani do uzdrowiska?**

Źródło: Opracowanie własne.

Przeprowadzone badania wykazały, że 30% kuracjuszy odwiedza dotychczas uzdrowiska więcej niż 5 razy (wykres 45), a celem ich przyjazdów w większości jest poprawa kondycji fizycznej i psychicznej. Ten powód wskazało aż 52% ankietowanych (wykres 46).



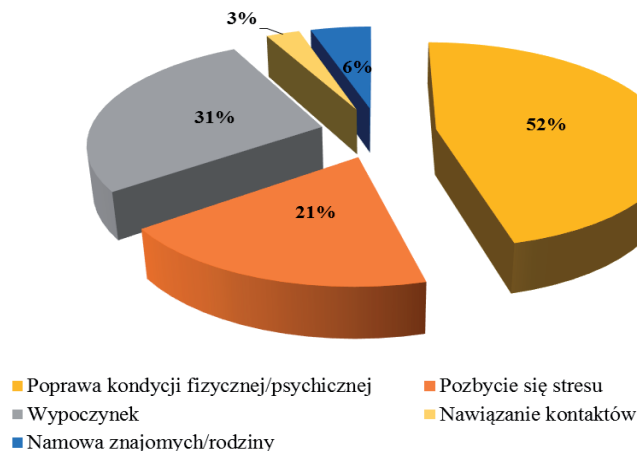
**Wykres 45. Ile razy był/a Pan/Pani w uzdrowisku?**

Źródło: Opracowanie własne.

Należy zauważyć, że coraz częściej oprócz powodów zdrowotnych, przyjeżdżający do uzdrowiska wskazują cel wypoczynkowy (31%), co potwierdza wcześniejsze rozważania dotyczące powodów przyjazdów do uzdrowisk, zawarte w części teoretycznej pracy.

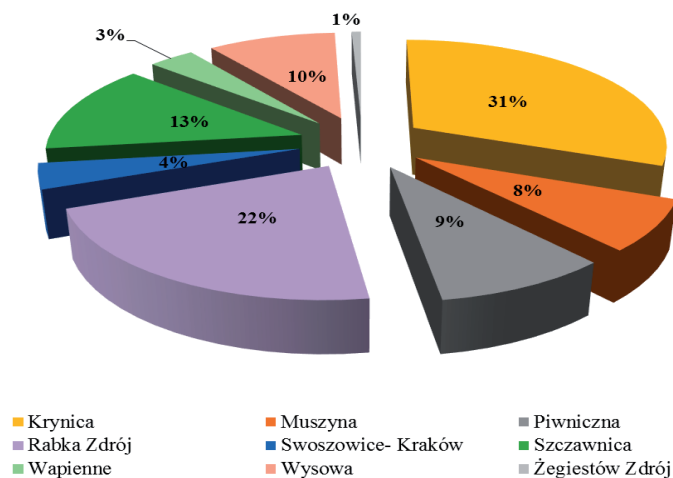
Ankietowani ponadto odpowiedzieli na pytania dotyczące uzdrowisk oraz obiektów z usług których korzystają najczęściej. Z analizy zebranych wyników badań

wynika, że najczęściej odwiedzanymi miejscowościami uzdrowskowymi jest Krynica-Zdrój (31%) oraz Rabka-Zdrój (22%). Przedstawia to wykres 47.



**Wykres 46. Jaki jest Pana/Pani powód przyjazdu do uzdrowisk?**

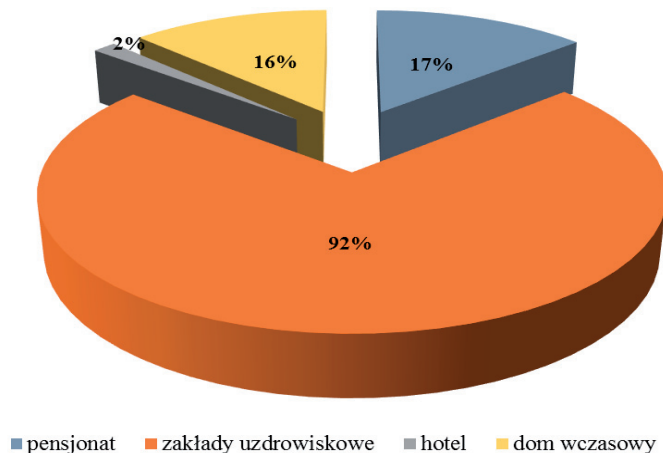
Źródło: Opracowanie własne.



**Wykres 47. Które uzdrowiska małopolskie Pan/Pani odwiedza najczęściej?**

Źródło: Opracowanie własne.

Przyczyną takich opinii może być w szczególności różnorodność dostępnych usług uzdrowskowych, jak również inne walory, które zachęcają kuracjuszy do odwiedzania właśnie tych miejscowości. Biorąc pod uwagę rodzaj obiektu zbiorowego zakwaterowania, korzystający z uzdrowisk najczęściej wskazywali zakłady uzdrowskowe (92%), najrzadziej zaś hotele (2%). Szczegółowo preferencje kuracjuszy obrazuje wykres 48.



**Wykres 48. Z jakiego rodzaju obiektów korzysta Pan/Pani najczęściej?**

Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki przeprowadzonych badań usystematyzowano w tabeli zbiorczej na podstawie następujących kryteriów:

- podział czynników w zależności od przyznanej oceny: 0-1 – nieistotny, 2-3 – istotny, 4-5 – najistotniejszy;
- wybranie najistotniejszych czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych z punktu widzenia przedsiębiorcy oraz kuracjusza, czyli tych, którym ankietowani przyznali ocenę 4 i 5, a także tych, które uznane zostały za „istotne”, (przyznanie oceny 2 i 3);
- czynnikom konkurencyjności w zależności od stopnia istotności przyznano wagi: nieistotny – 0, istotny – 0,5, najistotniejszy – 1;
- usystematyzowanie w tabeli wskazanych czynników wraz z określeniem wartości wskaźnika struktury;
- wyliczenie średnich ważonych dla każdego czynnika, co pozwoliło ustalić hierarchię poszczególnych czynników wskazanych przez kuracjuszy oraz przedsiębiorców reprezentujących przedsiębiorstwa uzdrowiskowe.

Wyniki przeprowadzonych badań pozwoliły ustalić hierarchię poszczególnych czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych najistotniejszych z punktu widzenia kuracjusza oraz przedsiębiorcy. I tak kolejno w zakresie poszczególnych obszarów działalności przedsiębiorstwa wyłoniono grupę czynników o największym stopniu istotności:

- działalność usługowa – najistotniejszym czynnikiem konkurencyjności w tym obszarze jest „**wysoka jakość usług lecznictwa uzdrowiskowego**”;
- umiejętności techniczne i poziom technologii – najistotniejszym czynnikiem konkurencyjności w tym obszarze jest: „**wyposażenie w sprzęt i aparaturę leczniczą oraz diagnostyczną zgodnie z postępem technicznym w dziedzinie medycyny**”;
- działalność kadrowa – najistotniejszym czynnikiem konkurencyjności w tym obszarze jest „**wykwalfikowany personel medyczny**”;

- działalność marketingowa – najistotniejszym czynnikiem konkurencyjności w tym obszarze jest zarówno „*pozycja rynkowa*” jak i „*wizerunek przedsiębiorstwa*”;
- organizacja i zarządzanie – najistotniejszym czynnikiem konkurencyjności w tym obszarze jest „*organizacja pracy personelu*”;
- rentowność i potencjał finansowy – najistotniejszym czynnikiem konkurencyjności w tym obszarze jest „*rentowność sprzedaży usług*” oraz „*płynność finansowa*”;
- badania i rozwój (B+R) – najistotniejszym czynnikiem konkurencyjności w tym obszarze jest „*stałe aktualizowanie nowej wiedzy technicznej*”;
- umiejętność uczenia się, zarządzanie wiedzą oraz informacją – najistotniejszym czynnikiem konkurencyjności w tym obszarze jest „*komunikowanie się wewnątrz przedsiębiorstwa oraz szybkie przekazywanie nowej wiedzy pracownikom*”.

#### 4.5. Pozycja konkurencyjna przedsiębiorstw uzdrowiskowych w województwie małopolskim

Sposobem na określenie związków przyczynowo-skutkowych jest wyodrębnienie jednorodnych grup badanych podmiotów. Analiza cech poszczególnych grup umożliwia identyfikację pewnych zależności wskazujących na występowanie związków przyczynowo-skutkowych. W przypadku badań konkurencyjności wybranej grupy przedsiębiorstw umożliwia to określenie profili przedsiębiorstw będących liderami rynku, ale także przedsiębiorstw przeciętnych oraz przedsiębiorstw o najsłabszej pozycji rynkowej. W tym celu została ustalona pozycja konkurencyjna przedsiębiorstw uzdrowiskowych, rozumiana jako osiągnięty przez przedsiębiorstwo wynik konkurowania w danym sektorze, rozpatrywany na tle wyników osiąganych przez konkurentów, innymi słowy – miejsce na skali korzyści ekonomicznych i pozaekonomicznych, jakich przedsiębiorstwo dostarcza wszystkim swoim interesariuszom, w porównaniu z miejscami zajmowanymi przez konkurentów.

Z uwagi na ograniczoność w dostępie do niektórych danych źródłowych w wyznaczaniu pozycji konkurencyjnej wzięto pod uwagę 13 podmiotów, dla których udało się uzyskać usystematyzowane dane z Krajowego Rejestru Sądowego. Zastosowano uniwersalne wyznaczniki pozycji konkurencyjnej, do których zaliczono dane dotyczące sytuacji finansowej przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Są nimi w szczególności:

- Wielkości wskazane (na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych) za najistotniejsze w obszarze działalności przedsiębiorstwa „Rentowność i potencjał finansowy”. Należą do nich:
  - a) P1 - rentowność sprzedaży usług,
  - b) P2 - płynność finansowa.
- Pozostałe wskaźniki finansowe badanych przedsiębiorstw obliczone na podstawie zgromadzonych danych o przedsiębiorstwach uzdrowiskowych:
  - a) P3 - dynamika przychodów,
  - b) P4 - dynamika wyniku finansowego,
  - c) P5 - wskaźnik ogólnego zadłużenia.



Ocena pozycji konkurencyjnej przedsiębiorstw uzdrowiskowych została dokonana zatem na podstawie analizy pięciu parametrów (P1, P2, P3, P4, P5). Do realizacji tego celu wybrano miary wzorca rozwoju.

Pozycję konkurencyjną przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego prezentuje tabela 52.

**Tabela 52**

**Pozycja konkurencyjna przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego**

Pozycja konkurencyjna	Przedsiębiorstwa uzdrowiskowe województwa małopolskiego	Wartość wskaźnika
1	Uzdrowisko Żegiestów-Zdrój Sp. z o.o.	0,65
2	Uzdrowisko Muszyna Sp. z o.o	0,50
3	Rabka S.A.	0,49
4	Uzdrowisko Wysowa S.A., Wysowa Zdrój	0,44
5	Uzdrowisko Krynica-Żegiestów	0,43
6	„Mielec”, Krynica	0,42
7	Sanatorium Uzdrowiskowe "Budowlani" w Szczawnicy	0,41
8	„Abaton”, Krynica	0,40
9	„Zgoda”, Krynica	0,38
10	„Revita”, Muszyna	0,33
11	Sanatorium Uzdrowiskowe „Dzwonkówka” Szczawnica	0,24
12	Uzdrowisko Swoszowice-Kraków	0,13
13	Uzdrowisko Szczawnica S.A.	0,10

Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki przeprowadzonych badań pozwalają stwierdzić, że najlepszą pozycję konkurencyjną wśród analizowanych przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego osiągnęło Uzdrowisko Żegiestów-Zdrój Sp. z o.o. Na drugim miejscu uplasowało się Uzdrowisko Wysowa SA w Wysowej Zdroju, a na trzecim Uzdrowisko Rabka SA .Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że informacje służące do oceny pozycji konkurencyjnej przedsiębiorstw uzdrowiskowych (m.in. wolumen sprzedaży czy – będąca pochodną zysku – rentowność) są niechętnie udostępniane przez przedsiębiorstwa, a tym samym dokonanie porównań z wszystkimi przedsiębiorstwami lub średnimi wynikami osiąganymi w sektorze okazało się niemożliwe. Można zatem zakładać, że pozycja konkurencyjna wymienionych trzech przedsiębiorstw uzdrowiskowych mogłaby nie być na najwyższym poziomie.

## **5. Wnioski i rekomendacje dla przedsiębiorstw uzdrowiskowych w świetle przeprowadzonych badań empirycznych**

### **5.1. Wpływ osiągniętej pozycji konkurencyjnej na rozwój badanych przedsiębiorstw**

Na podstawie dokonanej oceny pozycji konkurencyjnej 13 przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego według czynników konkurencyjności – wskazano wpływ pozycji konkurencyjnej tych jednostek na rozwój przedsiębiorstw tego sektora.

W tym celu dokonano usystematyzowania danych o pozycji konkurencyjnej przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Przedsiębiorstwa ponumerowano zgodnie z osiągniętą pozycją konkurencyjną następująco:

1. Uzdrowisko Żegiestów Zdrój Sp. z o.o.;
2. Uzdrowisko Wysowa S.A. w Wysowej Zdroju;
3. Rabka S.A.;
4. Uzdrowisko Muszyna Sp. z o.o.;
5. „Zgoda” w Krynicy;
6. Uzdrowisko Krynica-Żegiestów;
7. Sanatorium Uzdrowiskowe „Budowlani” w Szczawnicy;
8. „Mielec” w Krynicy;
9. Uzdrowisko Swoszowice w Krakowie;
10. „Abaton” w Krynicy;
11. „Revita” w Muszynie;
12. Sanatorium Uzdrowiskowe „Dzwonkówka” w Szczawnicy;
13. Uzdrowisko Szczawnica S.A.

Następnie dokonano oceny poziomu rozwoju przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego (podobnie, jak w przypadku pozycji konkurencyjnej) za pomocą metody wzorca rozwoju (której specyfika została opisana we wcześniejszych rozważaniach). Przy wyznaczaniu cech diagnostycznych wpływających na rozwój przedsiębiorstwa wykorzystano grupę kryteriów określaną mianem: kluczowych czynników sukcesu (KCS)<sup>177</sup>.

Na ich podstawie wyznaczono następujące cechy:

- P1 - udział w rynku;
- P2 - wskaźnik poziomu kosztów;
- P3 - rentowność sprzedaży usług;
- P4 - stopa zwrotu z kapitałów własnych;
- P5 - stopa zwrotu z inwestycji.

Ocena poziomu rozwoju przedsiębiorstw uzdrowiskowych została dokonana zatem na podstawie analizy pięciu parametrów (P1, P2, P3, P4, P5). Wyniki dokonanej oceny przedstawia tabela 53.

---

<sup>177</sup> G. Gierszewska, M. Romanowska: *Analiza strategiczna przedsiębiorstwa*. PWE, Warszawa 1994, s.159.

**Tabela 53****Poziom rozwój przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego**

Poziom rozwoju	Przedsiębiorstwa uzdrowiskowe województwa małopolskiego	Wartość wskaźnika
1	„Mielec” Krynica	0,60
2	Sanatorium Uzdrowiskowe „Budowlani” Szczawnica	0,58
	Uzdrowisko Krynica-Żegiestów	0,58
3	Uzdrowisko Wysowa S.A., Wysowa Zdrój	0,57
4	„Abaton” Krynica	0,53
5	Uzdrowisko Muszyna Sp. z o.o	0,52
	Rabka S.A.	0,52
6	„Revita”, Muszyna	0,40
7	„Zgoda”, Krynica	0,33
8	Uzdrowisko Swoszowice Kraków	0,30
9	Uzdrowisko Żegiestów Zdrój Sp. z o.o.	0,22
10	Sanatorium Uzdrowiskowe „Dzwonkówka” Szczawnica	0,15
11	Uzdrowisko Szczawnica S.A.	0,06

Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki przeprowadzonych analiz pozwalają stwierdzić, że najlepiej rozwiniętym przedsiębiorstwem uzdrowiskowym województwa małopolskiego jest Sanatorium „Mielec” w Krynicy. Na drugim miejscu, z minimalnie niższym wynikiem uplasowało się Sanatorium Uzdrowiskowe „Budowlani” w Szczawnicy oraz Uzdrowisko Krynica-Żegiestów. Na trzecim miejscu znalazło się zaś Uzdrowisko Wysowa SA w Wysowej Zdroju.

Jednakże, jak już podkreślano, informacje służące do oceny rozwoju przedsiębiorstw uzdrowiskowych są niechętnie udostępniane przez przedsiębiorstwa, a tym samym dokonanie porównań z wszystkimi przedsiębiorstwami lub średnimi wynikami osiąganymi w sektorze okazało się niemożliwe.

W dalszej kolejności dokonano usystematyzowania danych dotyczących rozwoju przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Przedsiębiorstwa ponumerowano zgodnie z osiągniętym poziomem rozwoju następująco:

1. „Mielec” w Krynicy;
2. Sanatorium Uzdrowiskowe „Budowlani” w Szczawnicy;
3. Uzdrowisko Krynica-Żegiestów;
4. Uzdrowisko Wysowa S.A. w Wysowej Zdroju;
5. „Abaton” w Krynicy;
6. Uzdrowisko Muszyna Sp. z o.o
7. Rabka S.A.;
8. „Revita” w Muszynie;
9. „Zgoda” w Krynicy;
10. Uzdrowisko Swoszowice w Krakowie;
11. Uzdrowisko Żegiestów Zdrój Sp. z o.o.;
12. Sanatorium Uzdrowiskowe „Dzwonkówka” w Szczawnicy;
13. Uzdrowisko Szczawnica S.A.

Na podstawie dokonanej oceny pozycji konkurencyjnej i poziomu rozwoju przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego – skonstruowano matematyczny model funkcji regresji liniowej.

Na podstawie ocen, jakie każdemu przedsiębiorstwu przypisano w zakresie pozycji konkurencyjnej i poziomu rozwoju, przeprowadzono obliczenia, w wyniku których określono współczynnik liniowej regresji prostej  $b=0,17$ . Współczynnik  $R^2$  wskazuje, że model wyjaśnia w 32% zmienność wartości poziomu rozwoju przedsiębiorstw. Wartość odchylenia resztowego wskazuje na niewielkie przeciętne odchylenia wartości rzeczywistych zmiennej prognozowanej od teoretycznych.

Z obserwacji przedsiębiorstw uzdrowiskowych wynika jednoznacznie, że pozycja konkurencyjna w dużej mierze wpływa na poziom rozwoju przedsiębiorstw. Wyniki analizy potwierdzają, że przedsiębiorstwa o wysokim stopniu rozwoju charakteryzowały się także relatywnie wysoką pozycją konkurencyjną, a przedsiębiorstwa o niskim poziomie rozwoju miały niską pozycję konkurencyjną. Wyjątek stanowi Uzdrowisko Żegiestów Zdrój Sp. z o.o., które według danych finansowych branych pod uwagę przy wyznaczaniu pozycji konkurencyjnej, charakteryzował się najwyższym wynikiem, natomiast z punktu widzenia rozwoju przedsiębiorstwa – najniższym.

Taka sytuacja jest wynikiem niskiego poziomu zadłużenia, który wskazywany był w badaniach jako destymulanta, co dawało temu przedsiębiorstwu przewagę nad innymi jednostkami. Z drugiej jednak strony charakteryzowało się brakiem sprzedaży usług, niekorzystnym wskaźnikiem stopy zwrotu z kapitałów własnych oraz z inwestycji, co ostatecznie spowodowało, że Uzdrowisko Żegiestów-Zdrój jest jednym z najgorzej rozwijających się przedsiębiorstw uzdrowiskowych.

## **5.2. Ocena relacji między rozwojem przedsiębiorstw uzdrowiskowych a rozwojem społeczno-gospodarczym gmin uzdrowiskowych województwa małopolskiego**

W dalszej kolejności dokonano usystematyzowania danych dotyczących rozwoju społeczno-gospodarczego gmin uzdrowiskowych. Gminy ponumerowano zgodnie z osiągniętym poziomem rozwoju następująco:

1. m. Kraków;
2. Krynica-Zdrój;
3. Muszyna, Żegiestów Zdrój;
4. Uście Gorlickie;
5. Piwniczna-Zdrój;
6. Sękowa;
7. Rabka-Zdrój;
8. Szczawnica.

Na podstawie dokonanej oceny poziomu rozwoju przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego oraz poziomu rozwoju gmin uzdrowiskowych, skonstruowano matematyczny model funkcji regresji liniowej.

Na podstawie ocen, jakie każdemu z wybranych przedsiębiorstw przypisano w zakresie poziomu rozwoju, oraz ocen rozwoju gmin uzdrowiskowych, przeprowadzono obliczenia, w wyniku których określono współczynnik liniowej regresji prostej  $b=0,42$ . Współczynnik  $R^2$  wskazuje, że model wyjaśnia w 20%

zmienność wartości poziomu rozwoju przedsiębiorstw. Wartość odchylenia resztowego wskazuje na niewielkie przeciętne odchylenia wartości rzeczywistych zmiennej prognozowanej od teoretycznych.

Dokonując interpretacji skonstruowanego modelu regresji liniowej dla poziomu rozwoju przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego oraz poziomu rozwoju gmin uzdrowiskowych, gdzie znajdują się analizowane jednostki, należy stwierdzić, że choć model wyjaśnia 0,2 zmienności wartości poziomu rozwoju gmin uzdrowiskowych, nie oznacza, że poziom rozwoju społeczno-gospodarczego nie jest istotny z punktu widzenia rozwoju przedsiębiorstw uzdrowiskowych i odwrotnie. Powiązanie to ma zapewne inny obraz statystyczny.

Badając zatem opisaną wcześniej relację należy zwrócić uwagę, że z merytorycznego punktu widzenia pomiędzy rozwojem przedsiębiorstw a rozwojem gmin uzdrowiskowych istnieją ściśle powiązania. Przedsiębiorstwa uzdrowiskowe są bowiem grupą podmiotów wpływających na rozwój gospodarczy m.in.: poprzez tworzenie nowych miejsc pracy i rosnący udział w zatrudnieniu. Przekłada się to także na wytwarzanie PKB oraz działalność inwestycyjną. Ta grupa przedsiębiorstw wywiera zatem znaczący wpływ na poziom społeczno-gospodarczy danej gminy uzdrowiskowej, chociaż istotną rolę mogą odgrywać również inne czynniki rozwoju, jak na przykład produkcja wód mineralnych oraz rękodzieła artystycznego na potrzeby odbiorców krajowych oraz na eksport.

Wysoki poziom rozwoju społeczno-gospodarczego regionu i kraju ma również wpływ na poziom rozwoju pojedynczych przedsiębiorstw. Niekorzystne warunki koniunkturalne przyczyniają się bowiem do powstawania problemów (w szczególności finansowych) przedsiębiorstw uzdrowiskowych, których konsekwencją nierzadko jest likwidacja miejsc pracy, brak inwestycji rozwojowych, jak również problemy z płynnością finansową tych jednostek gospodarczych. Następstwem tych kłopotów jest pogorszenie sytuacji gospodarczej całego obszaru uzdrowiskowego. Zjawiska takie obserwowane były w okresie spowolnienia gospodarczego w latach 2008-2009. Niemniej jednak, sytuacja w tej dziedzinie ulega wyraźnej poprawie.

### **5.3. Zalecenia dla przedsiębiorstw uzdrowiskowych w aspekcie podejmowanych działań zmierzających do poprawy ich konkurencyjności**

Rozważając kwestię konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych, a także niwelowania barier ich rozwoju, nie należy pominąć znaczenia oddziaływania państwa i administracji lokalnej na gospodarkę oraz bieżącą działalność tych jednostek. Jednakże działania i zaangażowanie samych przedsiębiorstw mają podstawowe znaczenie w budowaniu ich konkurencyjności. Funkcjonowanie oraz rozwój przedsiębiorstw uzdrowiskowych zależy w dużym stopniu od kadry zarządzającej tymi jednostkami, od której inicjatywy i motywacji zależy kierunek działań strategicznych. Zarząd przedsiębiorstwa uzdrowiskowego musi być świadomy metod budowy strategii konkurencji, źródeł przewagi konkurencyjnej, a także możliwości uzyskania pomocy ze strony państwa.

Przeprowadzone analizy pozwoliły określić czynniki konkurencyjności oraz pozycję konkurencyjną przedsiębiorstw uzdrowiskowych i tym samym posłużyły do weryfikacji założonych hipotez badawczych. Przeprowadzono także szczegółowe wnioski, obejmujące problematykę rozwoju przedsiębiorstw uzdrowiskowych.

Wprawdzie badania ankietowe dotyczące czynników konkurencyjności nie przyniosły zaskakujących wyników, gdyż oceny kuracjuszy a zwłaszcza przedsiębiorców są zbliżone do identyfikacji i hierarchii tych czynników przeprowadzonych wcześniej przez autorkę na podstawie literatury. Jednak utwierdziły w przyjętych hipotezach i pozwoliły lepiej określić stopień ich oddziaływania na konkurencyjność przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Natomiast mniej oczekiwane i wyraźnie zróżnicowane okazały się wyniki ekonomiczne wybranych przedsiębiorstw uzdrowiskowych w Małopolsce. Zróżnicowanie to jest rezultatem m.in.: odmiennych zasobów i warunków działania poszczególnych uzdrowisk oraz podejścia zarządów przedsiębiorstw uzdrowiskowych do transformacji systemowej i restrukturyzacji organizacyjnej oraz strategii rozwoju ich sanatoriów.

W oparciu o wyniki badań empirycznych określono zalecenia dla przedsiębiorstw w aspekcie podejmowanych przez nich działań, których celem jest poprawa ich konkurencyjności. Sprawdzona droga do sukcesu rynkowego przedsiębiorstw uzdrowiskowych prowadzi, m.in. poprzez realizację strategii kompleksowej jakości. Otóż przedsiębiorstwa uzdrowiskowe chcąc umiejętnie konkurować na rynku usług uzdrowiskowych, powinny w swoich działaniach uwzględnić przede wszystkim kategorię jakości świadczonych usług oraz nadążać za oczekiwaniami coraz bardziej wymagających klientów. Jednym z działań, które trzeba podejmować, jest zróżnicowanie oferty usług lecznictwa uzdrowiskowego oraz ich ciągłe dostosowywanie do zmieniających się warunków rynkowych i potrzeb klientów. Niezbędne jest zatem połączenie wzajemnie przenikających się i komplementarnych funkcji, czyli turystycznej i leczniczej, w ramach szeroko rozumianej turystyki uzdrowiskowej. Dlatego przedsiębiorstwa uzdrowiskowe powinny nastawić się na przygotowanie atrakcyjnej, innowacyjnej i konkurencyjnej oferty obejmującej usługi leczniczo-profilaktyczne, turystyczno-wypoczynkowe, sportowo-rekreacyjne oraz kulturalne, co zagwarantuje efektywny ich rozwój. Nadchodzą czasy, w których należy oferować możliwie zindywidualizowany i zintegrowany produkt, który odpowiadałby potrzebom zmiennego i wymagającego rynku. Ze względu na fakt, że potrzeby klientów ulegają częstym zmianom, podobnie jak zdolność konkurentów do ich zaspokajania, kształtowanie atrakcyjnej oferty usług uzdrowiskowych powinno być procesem ciągłym.

Wyzwaniem, przed którym stoją obecnie przedsiębiorstwa uzdrowiskowe jest wykorzystanie i rozwój nowoczesnych technologii i uczynienie z nich narzędzia, które stwarza możliwości poprawy poziomu obsługi klientów usług uzdrowiskowych. Dlatego też niezwykle istotne jest monitorowanie przez przedsiębiorstwa uzdrowiskowe postępu technicznego w dziedzinie medycyny, co pozwoli na odpowiednie wyposażenie w sprzęt i aparaturę leczniczą oraz diagnostyczną i podniesie znacznie jakość świadczonych usług. Kolejnym elementem, który powinny wziąć pod uwagę przedsiębiorstwa uzdrowiskowe jest zatrudnienie wykwalifikowanego personelu medycznego oraz podnoszenie kwalifikacji zatrudnionych specjalistów z dziedziny usług uzdrowiskowych. Specjaliści z różnych dziedzin medycyny stanowią bowiem podstawę jakości świadczonych usług uzdrowiskowych, na które klienci zwracają szczególną uwagę. Dlatego też siłą przedsiębiorstw uzdrowiskowych są w szczególności zgromadzone przez nią zasoby ludzkie, ich wiedza oraz doświadczenie. Istotnym elementem systemu zarządzania

przedsiębiorstwami uzdrowiskowymi jest organizacja pracy personelu. Przedsiębiorstwa nie będą mogły skutecznie konkurować z innymi jednostkami bez odpowiedniej organizacji pracy, która jest podstawą sprawnego funkcjonowania każdej organizacji. Niezbędne jest zatem aby przedsiębiorstwa uzdrowiskowe działały w sposób planowy i konsekwentny. Dobra organizacja pracy oszczędza bowiem ludzki wysiłek, zapewnia wysoką wydajność, zabezpiecza przed stratami czasu i innymi niepożądanymi zjawiskami. Podstawą w tym zakresie jest odpowiednie zaplanowanie czynności oraz zadań zgodnie z przyjętymi priorytetami, racjonalne wykorzystanie czasu pracy, jak również właściwe wyposażenie stanowisk pracy personelu.

W procesie konkurowania przedsiębiorstw uzdrowiskowych nieodzownym działaniem jest dbanie o wizerunek jednostki. Jest on jednym z najistotniejszych czynników konkurowania w sferze usług uzdrowiskowych. Unikatowy wizerunek decyduje o niepowtarzalności i indywidualności przedsiębiorstwa. Przekłada się to na przewagę konkurencyjną przedsiębiorstwa na rynku. Przedsiębiorstwa uzdrowiskowe, chcąc dbać o wizerunek swojej organizacji, powinny wziąć pod uwagę następujące elementy:

- identyfikacja werbalna (nazwy, slogany, hasła),
- identyfikacja wizualna (logo, system identyfikacji wizualnej),
- formy komunikacji marketingowej (materiały marketingowe, reklamowe i promocyjne),
- system zachowań pracowników i reprezentantów firmy (zwany także kulturą organizacji).

Wszystkie cztery rodzaje elementów identyfikujących przedsiębiorstwo uzdrowiskowe powinny ze sobą współgrać w ramach jednego spójnego systemu. Mamy wtedy do czynienia z synergią wizerunkową. Koszty i nakłady na wizerunek przedsiębiorstwa są wówczas mniejsze i wykorzystywane bardziej efektywnie.

Przedsiębiorstwa uzdrowiskowe niezależnie od wielkości stykają się z zewnętrznymi i wewnętrznymi czynnikami, stwarzającymi niepewność w realizacji zamierzonych celów. Efektem tej niepewności jest występowanie ryzyka. Nieodzownym działaniem przedsiębiorstw uzdrowiskowych powinna być realizacja odpowiedniej strategii działania w warunkach ryzyka i niepewności. Przedsiębiorstwa uzdrowiskowe powinny budować systemy wczesnego ostrzegania, tworzyć scenariusze zarządzania na nieprzewidziane sytuacje kryzysowe oraz programy szybkiego reagowania, jak również wzmacniać wewnętrzne mechanizmy przywracania równowagi. Istotnym działaniem z punktu widzenia nie tylko konkurencyjności ale też sprawności działania przedsiębiorstwa uzdrowiskowego jest również badanie jego płynności finansowej. Jest ona bowiem szczególnie istotna w chwilach, kiedy jednostka jest w niepomyślnej sytuacji i szybko potrzebuje znacznych zasobów gotówkowych. W podejmowanych działaniach, przedsiębiorstwa uzdrowiskowe powinny również pamiętać o stałym monitorowaniu rentowności prowadzonej działalności. Pozwala ona bowiem określić, w jakiej kondycji finansowej znajduje się jednostka w danym momencie oraz jaka jest jej jakość zarządzania. Pomaga określić zdolność przedsiębiorstwa do generowania satysfakcjonującego zysku, a także zwrot z dokonanych inwestycji, co z kolei jest nieodzownym elementem przewagi konkurencyjnej. Dlatego też niezwykle ważne jest dokonywanie przez przedsiębiorstwa uzdrowiskowe systematycznej analizy i kontroli ryzyka

podjęmowanych przedsięwzięć, jak również badanie rentowności sprzedaży usług oraz płynności finansowej.

Fundamentem w realizacji strategii przedsiębiorstw jest aktywne prowadzenie komunikacji wewnątrz jednostki. Dlatego tak ważne jest, aby przedsiębiorstwa uzdrowiskowe realizowały swoje zadania w oparciu o skuteczną komunikację wewnątrz przedsiębiorstwa, umożliwiając również sprawne przekazywanie nowej, niezbędnej wiedzy swoim pracownikom. Dobrze poinformowani pracownicy, znający cele przedsiębiorstwa, umiejący przełożyć je na własne zadania, są lepiej zmotywowani i bardziej zaangażowani w wykonywanie codziennych zadań. Komunikacja kadry zarządzającej z pracownikami daje szansę na budowanie zrozumienia strategii biznesowej, działań operacyjnych i wyzwań, jakie stoją przed przedsiębiorstwem i jej pracownikami. Tym drugim pozwala na przedstawienie swoich wątpliwości, ale też pomysłów czy propozycji usprawnień. A to buduje wizerunek dobrego pracodawcy i identyfikację pracowników z przedsiębiorstwem. Każde przedsiębiorstwo, pragnąc odnieść sukces w dłuższym okresie czasu, potrzebuje odpowiedniej koncepcji rozwoju oraz określenia przyszłej pozycji względem konkurentów. Świadomość przemyślanych działań strategicznych w zakresie konkutowania umożliwia celowe i aktywne działania przedsiębiorstw na rynku usług uzdrowiskowych. Przejawiać się one powinny odchodzeniem od zachowań defensywnych na rzecz ofensywnej działalności rynkowej. Postawa taka daje przedsiębiorstwom uzdrowiskowym szanse na zbudowanie trwałej pozycji konkurencyjnej na rynku.



## Wnioski

Wybór tematyki konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego, jako przedmiotu opracowania, wynikał z przekonania o istotnym znaczeniu działalności tych jednostek dla rozwoju gospodarczego omawianego obszaru oraz roli, jaką odgrywają przedsiębiorstwa uzdrowiskowe w sferze usług leczniczych a także turystycznych. Badania ankietowe przeprowadzono wśród wybranych przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego (z czego analiza sfery finansowej dotyczyła 13 przedsiębiorstw, dla których udało się uzyskać dane finansowe oraz doprowadzić je do porównywalności) oraz wśród 481 odbiorców usług uzdrowiskowych.

Na podstawie uzyskanych danych z Krajowego Rejestru Sądowego dokonano charakterystyki małopolskich przedsiębiorstw uzdrowiskowych pod względem formy prawnej, okresu i miejsca prowadzonej działalności, liczby specjalistów oraz sfery finansowej jednostki. Przeprowadzone analizy pozwoliły stwierdzić, iż dominującą formą prawną przedsiębiorstw uzdrowiskowych w Małopolsce jest działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki z o.o. oraz w tzw. innej formie, czyli przedsiębiorstwa te w szczególności należały do niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Stanowią one w sumie 70% wszystkich podmiotów. Drugą co do częstości występowania formą prawną w 2012 roku była spółka akcyjna (30%). Z kolei z uwagi na okres funkcjonowania – najliczniejszą, stanowiącą 50% ogółu badanych przedsiębiorstw grupą „wiekową” były przedsiębiorstwa funkcjonujące na rynku od 11-15 lat. Dla odróżnienia przedsiębiorstwa o stażu krótszym od jednego roku stanowiły mniej niż 1%. Pod względem wielkości zatrudnienia: ponad 53% przedsiębiorstw stanowiły jednostki kwalifikujące się do klasy małych przedsiębiorstw, przedsiębiorstwa średnie stanowiły w badanej próbie około 35%, natomiast przedsiębiorstwa mikro i duże – kolejno – po 6%.

Biorąc pod uwagę kondycję finansową przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego ustalono, iż jest ona niezwykle zróżnicowana. W 2010 roku najwyższy zysk netto z prowadzonej działalności zarejestrowano w Sanatorium Uzdrowiskowym „Budowlani” w Szczawnicy, najniższy odnotowano z kolei w Uzdrowisku Szczawnica S.A. Przeprowadzając analizę wyniku finansowego obserwuje się, iż przyrost zysku w 2010 roku w porównaniu z rokiem 2009 odnotowano jedynie w Uzdrowisku Wysowa S.A. (o 82,87%). Największym spadkiem wyniku finansowego charakteryzowało się Uzdrowisko Swoszowice Kraków.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że z pewnością godne zainteresowania z punktu widzenia inwestora są przedsiębiorstwa: Sanatorium Uzdrowiskowe „Budowlani” w Szczawnicy oraz „Abaton” w Krynicy, których wartość wskaźnika stopy zwrotu z kapitałów własnych jest większa od 0,2. Najniższą wartość wskaźnika ROE wykazywało natomiast Sanatorium Uzdrowiskowe „Dzwonkówka” w Szczawnicy. Wyniki badań pozwalają stwierdzić, że tylko trzy z analizowanych przedsiębiorstw uzyskały korzystny wskaźnik efektywności gospodarowania: Uzdrowisko Wysowa S.A., uzdrowisko Muszyna Sp. z o.o. oraz Przedsiębiorstwo Uzdrowiskowe „Mielec” w Krynicy. Wskaźnik poziomu kosztów dla tych jednostek kształtował się bowiem w przedziale 0,5-0,9, czyli w zakresie uznawanym za zadowalający. Uzdrowiska Krynica-Żegiestów i Przedsiębiorstwo „Abaton” zanotowały wskaźnik 0,94-0,98.

Na podstawie przeprowadzonej analizy ustalono, że zadłużenie (kapitały obce) stanowiły znikomą część w całości źródeł finansowania aktywów badanych jednostek. Może to wskazywać przesadną ostrożność lub słabą zdolność kredytową i w efekcie na zbyt mały udział kapitałów obcych w finansowaniu działalności firmy, co jest sytuacją niekorzystną. Dwa przedsiębiorstwa (Uzdrowisko Szczawnica S.A. oraz „Zgoda” w Krynicy) wykazywały z kolei zbyt wysoki poziom wskaźnika zadłużenia (powyżej 0,67). Świadczy to o podwyższonym ryzyku finansowym tych jednostek, spowodowanym zagrożeniem utraty zdolności do spłaty zadłużenia.

W opracowaniu zanalizowano również sylwetkę odbiorcy usług uzdrowiskowych (m.in. wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania). Zarówno ankieta skierowana do przedsiębiorstw uzdrowiskowych, jak i odbiorców usług przez nie świadczonych, miała na celu zanalizowanie potencjalnych czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych oraz ustalenie hierarchii czynników. I tak kolejno w zakresie poszczególnych obszarów działalności przedsiębiorstwa wyłoniono grupę czynników o największym stopniu istotności:

- *działalność usługowa – wysoka jakość usług lecznictwa uzdrowiskowego;*
- *umiejętności techniczne i poziom technologii – wyposażenie w sprzęt i aparaturę leczniczą oraz diagnostyczną zgodnie z postępowaniem technicznym w dziedzinie medycyny;*
- *działalność kadrowa – wykwalifikowany personel medyczny;*
- *działalność marketingowa – pozycja rynkowa jak i wizerunek przedsiębiorstwa;*
- *organizacja i zarządzanie – organizacja pracy personelu;*
- *rentowność i potencjał finansowy – rentowność sprzedaży usług oraz płynność finansowa;*
- *badania i rozwój (B+R) – stale aktualizowanie nowej wiedzy technicznej;*
- *umiejętność uczenia się, zarządzanie wiedzą oraz informacją – komunikowanie się wewnątrz przedsiębiorstwa oraz szybkie przekazywanie nowej wiedzy pracownikom.*

Uzyskane wyniki wskazują, że najistotniejszymi czynnikami konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych z punktu widzenia zarówno przedsiębiorcy, jak i kuracjusza są następujące z nich: wysoka jakość usług lecznictwa uzdrowiskowego, odpowiednie wyposażenie w sprzęt i aparaturę leczniczą, jak również wykwalifikowany personel medyczny. Wymienione czynniki mają tym samym istotny wpływ na jakość świadczonych usług uzdrowiskowych. Pozwala to uznać, iż pierwsza hipoteza badawcza: *Skoro w nowych warunkach gospodarowania przedsiębiorstwa uzdrowiskowe muszą lepiej dostosować się do mechanizmów rynkowych, to jakość usług wynikająca z rozwoju nowoczesnych technologii i zatrudnienie wykwalifikowanego personelu – stają się najbardziej istotnymi czynnikami walki konkurencyjnej między przedsiębiorstwami uzdrowiskowymi* – została zweryfikowana pozytywnie.

Wyniki przeprowadzonych badań ankietowych wśród odbiorców usług uzdrowiskowych pozwalają stwierdzić, że najistotniejszym powodem wyboru określonej oferty uzdrowiskowej jest jakość świadczonych usług, odpowiednia cena oraz bogata oferta uzdrowiskowa. Pozytywnie zatem można zweryfikować drugą z hipotez badawczych: *Jakość usług leczniczych i ich ceny oraz rosnąca oferta usług dodatkowych są najistotniejsze z punktu widzenia odbiorcy dla wyboru określonej*

*oferty uzdrowiskowej. Dlatego przedsiębiorstwa uzdrowiskowe coraz częściej podejmują programy rozwoju wielofunkcyjnego, a to z kolei ma istotne znaczenie dla rozwoju społeczno-gospodarczego gmin uzdrowiskowych w regionie.*

Trzecia z hipotez badawczych: *Dążenie przedsiębiorstwa uzdrowiskowego do osiągnięcia przewagi konkurencyjnej – jako nowy element w systemie funkcjonowania uzdrowisk – staje się jedną z sił przyczyniających się do rozwoju konkurencji w gospodarce – została zweryfikowana poprzez badania oparte na metodach analizy ekonomicznej. Wykorzystano m.in. metody wzorca rozwoju jak również matematyczny model funkcji regresji liniowej. Dzięki temu wyznaczono wpływ osiągniętej pozycji konkurencyjnej na rozwój badanych przedsiębiorstw, zbadano relację pozycji konkurencyjnej i poziomu rozwoju przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego, jak również określono relację między rozwojem przedsiębiorstw uzdrowiskowych a poziomem rozwoju gmin uzdrowiskowych, w której funkcjonują te przedsiębiorstwa. Wyniki przeprowadzonych obliczeń pozwalają pozytywnie zweryfikować hipotezę trzecią.*

Na podstawie przeprowadzonej oceny czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych oraz jej pozycji konkurencyjnej względem 13 przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego – zbadano wpływ pozycji konkurencyjnej tych jednostek na rozwój przedsiębiorstw tego sektora. Przedsiębiorstwa ponumerowano zgodnie z osiągniętą pozycją konkurencyjną następująco: Uzdrowisko Żegiestów Zdrój Sp. z o.o.; Uzdrowisko Wysowa S.A. w Wysowej Zdroju; Rabka S.A.; Uzdrowisko Muszyna Sp. z o.o.; „Zgoda” w Krynicy; Uzdrowisko Krynica-Żegiestów; Sanatorium Uzdrowiskowe „Budowlani” w Szczawnicy „Mielec” w Krynicy; Uzdrowisko Swoszowice w Krakowie; „Abaton” w Krynicy; „Revita” w Muszynie; Sanatorium Uzdrowiskowe „Dzwonkówka” w Szczawnicy; Uzdrowisko Szczawnica S.A.

Z kolei wyniki kolejnych przeprowadzonych badań pozwalają stwierdzić, że najlepiej rozwiniętym przedsiębiorstwem uzdrowiskowym województwa małopolskiego jest Sanatorium „Mielec” w Krynicy. Na drugim miejscu, z minimalnie niższym wynikiem uplasowało się Sanatorium Uzdrowiskowe „Budowlani” w Szczawnicy oraz Uzdrowisko Krynica-Żegiestów. Na trzecim miejscu plasowało się zaś Uzdrowisko Wysowa S.A. w Wysowej Zdroju. Jednakże, jak już podkreślano informacje służące do oceny rozwoju przedsiębiorstw uzdrowiskowych są niechętnie udostępniane przez przedsiębiorstwa, zaś dane dostępne w KRS często są niepełne. Tym samym dokonanie porównań z wszystkimi przedsiębiorstwami lub średnimi wynikami osiąganymi w sektorze okazało się niemożliwe.

Na podstawie ocen, jakie każdemu z wybranych przedsiębiorstw przypisano w zakresie pozycji konkurencyjnej i poziomu rozwoju, przeprowadzono obliczenia, w wyniku których określono współczynnik liniowej regresji prostej  $b=0,17$ . Współczynnik  $R^2$  wskazuje, że model wyjaśnia w 32% zmienność wartości poziomu rozwoju przedsiębiorstw. Wartość odchylenia resztowego wskazuje na niewielkie przeciętne odchylenia wartości rzeczywistych zmiennej prognozowanej od teoretycznych.

Z obserwacji wybranych przedsiębiorstw uzdrowiskowych wynika jednoznacznie, że pozycja konkurencyjna w dużej mierze wpływa na poziom rozwoju przedsiębiorstw. Wyniki analizy potwierdzają, że przedsiębiorstwa o wysokim stopniu

rozwoju charakteryzowały się także relatywnie wysoką pozycją konkurencyjną, a przedsiębiorstwa o niskim poziomie rozwoju miały niską pozycję konkurencyjną.

W opracowaniu zrealizowano także cele metodologiczne, które obejmowały: identyfikację i ocenę czynników decydujących o konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych na przykładzie województwa małopolskiego, określenie pozycji konkurencyjnej badanych przedsiębiorstw uzdrowiskowych, ustalenie hierarchii czynników wpływających na obecną pozycję konkurencyjną przedsiębiorstw uzdrowiskowych w regionie, wpływ osiągniętej pozycji konkurencyjnej na rozwój badanych przedsiębiorstw, ocenę relacji między rozwojem przedsiębiorstw uzdrowiskowych a rozwojem społeczno-gospodarczym gmin uzdrowiskowych województwa małopolskiego, jak również określenie czynników stymulujących rozwój przedsiębiorstw uzdrowiskowych w przyszłości.

Zarówno identyfikacja i hierarchia czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych, jak również zastosowane w monografii procedury badawcze zostały z pozytywnym rezultatem wykorzystane w trakcie realizacji badań. Istotnym elementem opracowanych procedur są formuły oceny pozycji konkurencyjnej przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Opracowana dla potrzeb badań empirycznych procedura badawcza oraz formuły oceny mają charakter uniwersalny i mogą być wykorzystane także w odniesieniu do innych grup przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Dotyczy to także metod wykorzystanych w monografii: analizy regresji, badanie opinii ekspertów i metoda wzorca rozwoju. Uzyskane wyniki badań pozwalają stwierdzić, iż metody statystyczne wykorzystane w pracy mają istotne znaczenie w badaniach nad konkurencyjnością przedsiębiorstw uzdrowiskowych.

Wyniki badań pozwoliły na określenie działań, które powinny podejmować przedsiębiorstwa uzdrowiskowe w przyszłości. Działania te obejmują w szczególności: różnicowanie oferty usług lecznictwa uzdrowiskowego oraz jej ciągle dostosowywanie do zmieniających się warunków rynkowych i potrzeb klientów, wykorzystanie i rozwój nowoczesnych technologii (uczynienie z nich narzędzia, które stwarza możliwości poprawy poziomu obsługi klientów usług uzdrowiskowych), zatrudnienie wykwalifikowanego personelu medycznego oraz podnoszenie kwalifikacji zatrudnionych specjalistów z dziedziny usług uzdrowiskowych, organizacja pracy personelu, dbanie o wizerunek jednostki, realizacja odpowiedniej strategii działania w warunkach ryzyka i niepewności oraz stałe monitorowanie rentowności prowadzonej działalności. Przytoczone rekomendacje działań wydają się dość typowe, jednakże z obserwacji autorki i innych ocen wynika, że nawet jeśli przedsiębiorcy zdają sobie sprawę z użyteczności określonych przedsięwzięć organizacyjnych i zasad zarządzania, to w praktyce nie dbają o ich stosowanie lub nie są w stanie tego robić z powodu słabości kadr, niedostatecznych środków finansowych oraz innych priorytetów.

W oparciu o osiągnięte rezultaty można określić kierunki dalszych badań. Wskazane wydaje się dokonanie analogicznych badań wśród przedsiębiorstw uzdrowiskowych innych regionów, jak również próba wskazania regionalnych uwarunkowań konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Określenie uwarunkowań konkurencyjności takich przedsiębiorstw w innych regionach miałyby istotny wymiar praktyczny. Warto także kontynuować badania nad korelacją między wskaźnikami sprzedaży usług przedsiębiorstw uzdrowiskowych i wskaźnikami

rozwoju społeczno-gospodarczego gmin, w których zlokalizowane są uzdrowiska. Należy wyrazić nadzieję, że osiągnięte i poszerzone wyniki badań będą użyteczne i zostaną wykorzystane w praktyce, zarówno przez małopolskie przedsiębiorstwa uzdrowiskowe, jak i te, które działają w innych regionach.

Rozwiązywanie problemów związanych z rozwojem przedsiębiorstw uzdrowiskowych wymaga stałej obserwacji zachodzących zmian w uzdrowisku, w którym dane przedsiębiorstwo funkcjonuje oraz pełnych informacji o funkcjonowaniu całych jednostek przestrzennych i ich infrastruktury leczniczej, turystycznej i komunalnej. Stąd konieczne wydaje się opracowanie zasad funkcjonowania monitoringu i opartego na nim komputerowego banku informacji o obiektach, miejscowościach i gminach uzdrowiskowych, ze szczególnym uwzględnieniem infrastruktury leczniczej i turystycznej.

## Spis tabel

Tabela 1.	Definicje przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstwa w ujęciu wybranych autorów zagranicznych.....	18
Tabela 2.	Charakterystyka instrumentów konkurowania.....	30
Tabela 3.	Strefy ochrony uzdrowiskowej .....	52
Tabela 4.	Wykaz zadań i uprawnień Ministra Zdrowia w zakresie nadzoru nad lecznictwem uzdrowiskowym .....	57
Tabela 5.	Koszty NFZ w zakresie finansowania lecznictwa uzdrowiskowego .....	58
Tabela 6.	Wykaz spółek uzdrowiskowych sprywatyzowanych w 2010 roku .....	61
Tabela 7.	Wykaz spółek uzdrowiskowych sprywatyzowanych w 2011 roku .....	62
Tabela 8.	Wykaz miejscowości o statusie uzdrowiska w Polsce.....	66
Tabela 9.	Podział uzdrowisk polskich na nizinne, podgórskie i górskie .....	68
Tabela 10.	Typy uzdrowisk statutowych w Polsce .....	69
Tabela 11.	Typologia osób odwiedzających uzdrowisko .....	85
Tabela 12.	Segmentacja rynku odbiorców produktu turystycznego gmin uzdrowiskowych ze względu na cele: profilaktyczny, leczniczy i wypoczynkowy .....	86
Tabela 13.	Wykaz uzdrowisk statutowych w województwie małopolskim .....	88
Tabela 14.	Wody mineralne Krynicy-Zdroju i ich główne wykorzystanie .....	91
Tabela 15.	Zastosowanie muszyńskich wód mineralnych w lecznictwie uzdrowiskowym .....	93
Tabela 16.	Stołowe wody mineralne, butelkowane na terenie Muszyny.....	93
Tabela 17.	Zastosowanie wód mineralnych w lecznictwie uzdrowiskowym w Piwnicznej Zdroju .....	95
Tabela 18.	Zastosowanie wód mineralnych w lecznictwie uzdrowiskowym w Szczawnicy.....	99
Tabela 19.	Zastosowanie wód mineralnych w lecznictwie uzdrowiskowym w Wapiennem.....	100
Tabela 20.	Zastosowanie wód mineralnych w lecznictwie uzdrowiskowym w Wysowej.....	102
Tabela 21.	Wody mineralne z rodzaju szczaw wodorowęglanowo-wapniowo magnezowych występujące w Uzdrowisku Żegiestów Zdrój.....	103
Tabela 22.	Zmiany liczby ludności w gminach uzdrowiskowych województwa małopolskiego w latach 2005-2012 .....	104
Tabela 23.	Udział ludności według ekonomicznych grup wieku i płci w ludności ogółem w latach 2005-2012 w %.....	105
Tabela 24.	Przyrost naturalny w gminach uzdrowiskowych Małopolski oraz w Małopolsce ogółem według płci w latach 2005-2012.....	106
Tabela 25.	Saldo migracji w gminach uzdrowiskowych oraz w Małopolsce ogółem w latach 2005-2012 .....	107
Tabela 26.	Liczba zarejestrowanych bezrobotnych w gminach uzdrowiskowych województwa małopolskiego w latach 2005-2012 .....	108
Tabela 27.	Stopa bezrobocia w gminach uzdrowiskowych województwa małopolskiego w latach 2005-2012 w % .....	109

Tabela 28.	Liczba bezrobotnych przypadająca na 1000 mieszkańców w gminach uzdrowiskowych województwa małopolskiego w latach 2005-2012.....	109
Tabela 29.	Zmiany w liczbie podmiotów gospodarczych zarejestrowanych w gminach uzdrowiskowych województwa małopolskiego w latach 2005-2012.....	111
Tabela 30.	Struktura podmiotów gospodarczych gmin uzdrowiskowych województwa małopolskiego z podziałem na sektor publiczny oraz prywatny w latach 2005-2012 w % .....	112
Tabela 31.	Struktura podmiotów gospodarczych według sekcji PKD w gminach uzdrowiskowych województwa małopolskiego w latach 2009-2012 w %	113
Tabela 32.	Udział dochodów własnych gmin uzdrowiskowych województwa małopolskiego w dochodach ogółem gmin w latach 2005-2012 w %....	117
Tabela 33.	Wydatki gmin uzdrowiskowych w Małopolsce w latach 2005-2012 w przeliczeniu na 1 mieszkańca .....	119
Tabela 34.	Wynik finansowy gmin uzdrowiskowych województwa małopolskiego za lata 2005-2012 w tys. zł .....	120
Tabela 35.	Wynik finansowy gmin uzdrowiskowych per capita w 2012 r.....	120
Tabela 36.	Poziom rozwoju społeczno-gospodarczego gmin uzdrowiskowych województwa małopolskiego .....	121
Tabela 37.	Obiekty zbiorowego zakwaterowania w uzdrowiskach Małopolski według rodzajów w latach 2005-2012 .....	122
Tabela 38.	Miejsca noclegowe w uzdrowiskach Małopolski według rodzajów zbiorowego zakwaterowania w latach 2005-2012 .....	123
Tabela 39.	Przyjazdy do uzdrowisk Małopolski według rodzajów turystycznych obiektów noclegowych w latach 2005-2012.....	125
Tabela 40.	Przyjazdy do uzdrowisk Małopolski turystów zagranicznych według obiektów noclegowych w latach 2005-2012.....	126
Tabela 41.	Rozkład udzielonych noclegów w obiektach zbiorowego zakwaterowania uzdrowisk Małopolski w latach 2005-2012 .....	128
Tabela 42.	Obiekty sanatoryjne i sanatoryjno-wypoczynkowe w Małopolsce.....	132
Tabela 43.	Zestaw czynników i ich wag w analizie strategicznej przedsiębiorstw uzdrowiskowych w Małopolsce .....	140
Tabela 44.	Wynik analizy TOWS/SWOT.....	142
Tabela 45.	Wyniki finansowe przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego za rok 2010 w tys. zł.....	148
Tabela 46.	Wartość aktywów obrotowych oraz zobowiązań bieżących w przedsiębiorstwach uzdrowiskowych województwa małopolskiego w 2010 r. w tys. zł. ....	150
Tabela 47.	Przychody przedsiębiorstw uzdrowiskowych Województwa małopolskiego za rok 2010 w tys. zł.....	151
Tabela 48.	Rentowność sprzedaży usług uzdrowiskowych przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego w 2010 roku .....	152
Tabela 49.	Stopa zwrotu z kapitałów własnych oraz stopa zwrotu z inwestycji przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego w 2010 roku.....	154

Tabela 50. Wskaźnik poziomu kosztów oraz wskaźnik ogólnego zadłużenia przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego w 2010 roku.....	155
Tabela 51. Czynniki konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych według obszarów działalności .....	159
Tabela 52. Pozycja konkurencyjna przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego .....	185
Tabela 53. Poziom rozwoju przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego .....	187

### **Spis wykresów**

Wykres 1. Wielkość dochodów ogółem gmin uzdrowiskowych województwa małopolskiego na mieszkańca w latach 2005-2012 w złotych. ....	116
Wykres 2. Dochody własne gmin uzdrowiskowych województwa małopolskiego na mieszkańca w latach 2005-2012 w zł. ....	118
Wykres 3. Struktura miejsc noclegowych w uzdrowiskach Małopolski w latach 2005-2012 w %.....	124
Wykres 4. Turyści krajowi i zagraniczni ogółem odwiedzający uzdrowiska Małopolski w latach 2005-2012.....	127
Wykres 5. Udział turystów zagranicznych w przyjazdach do uzdrowisk Małopolski ogółem w latach 2005-2012 w %.....	127
Wykres 6. Struktura udzielonych noclegów w obiektach zbiorowego zakwaterowania uzdrowisk Małopolski w noclegach ogółem w 2012 w %.....	130
Wykres 7. Liczba zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w gminach uzdrowiskowych województwa małopolskiego w roku 2012 roku w układzie przestrzennym.....	133
Wykres 8. Struktura zakładów lecznictwa uzdrowiskowego województwa małopolskiego według gmin w roku 2012 w %.....	133
Wykres 9. Struktura liczby łóżek w 2012 r. w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego województwa małopolskiego.....	134
Wykres 10. Średnia liczba łóżek w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego województwa małopolskiego za lata 2005-2012. ....	134
Wykres 11. Pacjenci stacjonarni i ambulatoryjni w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego województwa małopolskiego w roku 2012. ....	136
Wykres 12. Osobodni leczenia w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego województwa małopolskiego w 2012 roku w tys. ....	136
Wykres 13. Korzystający z zabiegów w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego województwa małopolskiego w 2012 r. w tys. osób.....	137
Wykres 14. Udzielone zabiegi w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego województwa małopolskiego w 2012 r. w tys. ....	138
Wykres 15. Forma prawna prowadzonej działalności przedsiębiorstw uzdrowiskowych Małopolski w 2012 r. ....	147
Wykres 16. Struktura według okresu prowadzonej działalności przedsiębiorstw uzdrowiskowych Małopolski do 2012 roku w %.....	147



Wykres 17. Struktura przedsiębiorstw uzdrowiskowych Małopolski według liczby zatrudnionych pracowników w 2012 r. ....	148
Wykres 18. Kształtowanie się kwoty wyniku finansowego przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego w 2010 roku. ....	149
Wykres 19. Wskaźniki bieżącej płynności przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego w 2010 roku. ....	151
Wykres 20. Kształtowanie się przychodów przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego w 2010 roku w tys. zł. ....	152
Wykres 21. Rentowność sprzedaży usług uzdrowiskowych przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego w 2010 r. ....	153
Wykres 22. Stopa zwrotu z kapitałów własnych przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego w 2010 roku. ....	155
Wykres 23. Wskaźnik poziomu kosztów oraz wskaźnik ogólnego zadłużenia przedsiębiorstw uzdrowiskowych województwa małopolskiego w 2010 roku. ....	157
Wykres 24. Opinie przedsiębiorców na temat czynników istotnych z punktu widzenia wyboru określonej oferty uzdrowiskowej. ....	163
Wykres 25. Opinie przedsiębiorców na temat czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych w zakresie umiejętności technicznych i poziomu technologii. ....	164
Wykres 26. Opinie przedsiębiorców na temat czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych w zakresie działalności kadrowej. ....	165
Wykres 27. Opinie przedsiębiorców na temat czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych w zakresie działalności marketingowej ..	166
Wykres 28. Opinie przedsiębiorców na temat czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych w zakresie organizacji i zarządzania. ....	167
Wykres 29. Opinie przedsiębiorców na temat czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych w zakresie rentowności i potencjału finansowego. ....	168
Wykres 30. Opinie przedsiębiorców na temat czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych w zakresie „badania i rozwój” .....	169
Wykres 31. Opinie przedsiębiorców na temat czynników konkurencyjności przedsiębiorstw uzdrowiskowych w zakresie umiejętności uczenia się, zarządzania wiedzą oraz informacją. ....	170
Wykres 32. Opinie przedsiębiorców na temat czynników stanowiących barierę funkcjonowania i rozwoju przedsiębiorstw uzdrowiskowego. ....	171
Wykres 33. Opinie przedsiębiorców na temat nasilenia konkurencji w świadczeniu usług uzdrowiskowych. ....	171
Wykres 34. Opinie przedsiębiorców na temat obiektów stanowiących bezpośrednią konkurencję dla działalności usługowej przedsiębiorstw uzdrowiskowych. ....	172
Wykres 35. Działania wymuszane przez konkurencję badanych przedsiębiorstw uzdrowiskowych. ....	173
Wykres 36. Wiek kuracjuszy biorących udział w badaniu ankietowym. ....	174
Wykres 37. Wykształcenie kuracjuszy biorących udział w badaniu. ....	174
Wykres 38. Miejsce zamieszkania kuracjuszy biorących udział w badaniu. ....	175

Wykres 39. Działalność usługowa: Czynniki istotne z punktu widzenia wyboru określonej oferty uzdrowiskowej przez kuracjuszy. ....	176
Wykres 40. Umiejętności techniczne i poziom technologii: Czynniki istotne z punktu widzenia wyboru określonej oferty uzdrowiskowej przez kuracjuszy. ..	177
Wykres 41. Działalność kadrowa: Czynniki istotne z punktu widzenia wyboru określonej oferty uzdrowiskowej przez kuracjuszy. ....	178
Wykres 42. Działalność marketingowa: Czynniki istotne z punktu widzenia wyboru określonej oferty uzdrowiskowej przez kuracjuszy. ....	179
Wykres 43. Organizacja i zarządzanie: Czynniki istotne z punktu widzenia wyboru określonej oferty uzdrowiskowej przez kuracjuszy. ....	180
Wykres 44. Od ilu lat przyjeżdża Pan/Pani do uzdrowisk?.....	181
Wykres 45. Ile razy był/a Pan/Pani w uzdrowisku? .....	181
Wykres 46. Jaki jest Pana/Pani powód przyjazdu do uzdrowisk?.....	182
Wykres 47. Które uzdrowiska małopolskie Pan/Pani odwiedza najczęściej?.....	182
Wykres 48. Z jakiego rodzaju obiektów korzysta Pan/Pani najczęściej? .....	183

### **Spis map**

Mapa 1. Rozmieszczenie uzdrowisk statutowych w Polsce. ....	65
Mapa 2. Hipsometria uzdrowisk polskich. ....	67
Mapa 3. Typy uzdrowisk statutowych w Polsce. ....	69
Mapa 4. Rozmieszczenie uzdrowisk statutowych w Małopolsce. ....	89

### **Spis schematów**

Schemat 1. Schemat łańcucha wartości przedsiębiorstwa. ....	22
Schemat 2. Macierz klienta jako element strategii konkurencji. ....	26
Schemat 3. Macierz producenta jako element strategii konkurencji. ....	27
Schemat 4. Model turystyki uzdrowiskowej i podział uzdrowisk ze względu na świadczone w nich usługi. ....	47
Schemat 5. Rodzaje i struktura funkcji uzdrowisk. ....	83
Schemat 6. Wynik analizy TOWS/SWOT. ....	143

## Bibliografia

1. Adamkiewicz-Drwiłło H.G.: *Konkurencyjność przedsiębiorstw w świetle uwarunkowań współczesnej gospodarki*. Wydawnictwo TNOiK „Dom Organizatora,” Toruń 2010.
2. Adamkiewicz-Drwiłło H. G.: *Uwarunkowania konkurencyjności przedsiębiorstwa*. PWN, Warszawa 2002.
3. Bednarski L.: *Analiza finansowa w przedsiębiorstwie*. PWE, Warszawa 2001.
4. Begg B., Fischer S. i Dornbusch R.: *Ekonomia*. PWE, Warszawa 1997.
5. Berbeka K.: *Próba szacunku kosztów środowiskowych dla Ramowej Dyrektywy Wodnej*. W: Famielec. J, Kożuch M. (red.) *Rozwój polityki ekologicznej w Unii Europejskiej i w Polsce*, UEK w Krakowie, Kraków 2010.
6. Berbeka K., Walczukiewicz T., Skrzypczyk L., Szczepański W: *„Ocena realizacji programów działań wynikających z planów gospodarowania wodami oraz programu wodno-środowiskowego kraju wraz z opracowaniem sprawozdania zgodnie z art. 15 ust. 3 ramowej dyrektywy wodnej”*, KZGW, Kraków 2012.
7. Bieńkowski W.: *Reaganomika i jej wpływ na konkurencyjność gospodarki amerykańskiej*. PWN, Warszawa 1995.
8. Błażejczyk I.: *Zróźnicowanie bioklimatyczne Złockiego na tle ogólnych cech klimatu regionu*. „Problemy Uzdrowiskowe”, 1982, nr 1/6.
9. Boruszczak M.: *Turystyka zdrowotna i uzdrowiskowa*. WStiH w Gdańsku, Gdańsk 2011.
10. Bosak J.: *Międzynarodowa konkurencyjność gospodarki polskiej – ujęcie instytucjonalne*. W: J. Grabowiecki, H. Wnorowski (red): *Konkurencyjność gospodarki polskiej a rola państwa przed akcesją do Unii Europejskiej*. Uniwersytet w Białymstoku, Białystok 2000.
11. Burke T., Genn-Bash A., Haines B.: *Competition in Theory and Practice*, Routledge, Chapman and Hall, Inc., Londyn 1991.
12. Burzyński T., Dryglas D., Golba J., Bartosik A.: *Czynniki wpływające na jakość i konkurencyjność usług turystycznych w miejscowościach uzdrowiskowych*. Instytut Turystyki w Krakowie Sp. z o.o., Stowarzyszenie Gmin Uzdrowiskowych RP, Kraków 2005.
13. Cyrkon E.: *Kompendium wiedzy o gospodarce*. PWN, Warszawa-Poznań 2000.
14. Czekaj J.: *Metody zarządzania informacją w przedsiębiorstwie*. Wydawnictwo AE, Kraków 2000.
15. *Czynniki wpływające na jakość i konkurencyjność usług turystycznych w miejscowościach turystycznych*. Instytut Turystyki w Krakowie, Stowarzyszenie Gmin Uzdrowiskowych RP, Kraków 2005.
16. Dach Z.: *Polityka i instrumenty Unii Europejskiej w zakresie zwiększania zatrudnienia i zwalczania bezrobocia*, Zeszyty Naukowe Nr 13 Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego, Kraków 2012.
17. Dachniewska M.: *Zarządzanie jakością usług turystycznych*. DIFIN, Warszawa 2002.
18. Dryglas D.: *Kształtowanie produktu turystycznego uzdrowisk w Polsce*. Wydawnictwo UJ, Kraków 2006.

19. Dygoń M.: *Możliwości zrównoważonego rozwoju gminy Sękowa w oparciu o zasoby środowiska przyrodniczego*, W: Kistowski M. (red.): *Studia ekologiczno-krajobrazowe w programowaniu rozwoju zrównoważonego. Przegląd polskich doświadczeń u progu integracji z Unią Europejską*, Gdańsk 2004.
20. Dygoń M.: *Zmiany krajobrazu gminy Sękowa w latach 1937-1997*; W: German K., Balon J. (red.): *Przemiany środowiska przyrodniczego Polski a jego funkcjonowanie. „Problemy Ekologii Krajobrazu”*, UJ, 2001 nr 10.
21. E. Kaczmarek: *Uzdrowisko i jego przestrzeń społeczna*. Zeszyty Naukowe Politechniki Krakowskiej nr 47, Kraków 2002, s.47.
22. Fabiańska K., Rokita J.: *Zarządzanie. Strategie tworzenia przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstwa*. PETEX, Katowice 1995.
23. Famielec J.: *Polityka ekologiczna w okresie kryzysu finansowego*. W: Famielec J., Kożuch M. (red.) *Rozwój polityki ekologicznej w Unii Europejskiej i w Polsce*, UEK w Krakowie, Kraków 2010.
24. Faulkner D., Bowman C.: *Strategie konkurencji*. Gebethner i S-ka, Warszawa 1996.
25. *Federacja Związków Gmin i Powiatów RP. Stowarzyszenie Gmin Uzdrowiskowych*, Niemiecki Związek Turystyki, Niemieckie Zrzeszenie Uzdrowisk, Bonn 1998.
26. Filipiak-Dylewska B., Szewczuk A.: *Zarządzanie strategiczne. Narzędzia, scenariusze, procesy*. Fundacja na rzecz Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2000.
27. Gaworecki W.W.: *Ekonomika i organizacja turystyki*. PWN, Warszawa 1982.
28. Gaworecki W.W.: *Kurorty w strukturze miejscowości turystycznych*. W: Boruszczak M. (red.) *Turystyka uzdrowiskowa. Stan i perspektywy*. WSTiH Gdańsk 2008.
29. Gaworecki W.W.: *Turystyka. PWE*, Warszawa 2007.
30. Gierszewska G., Romanowska M., *Analiza strategiczna przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa 1994.
31. *Gmina Uście Gorlickie. Wysowa Zdrój*. P.U.W „ROKSANA”, Krosno 2010.
32. Godziszewski B.: *Potencjał konkurencyjności przedsiębiorstwa jako źródła przewag konkurencyjnych i podstawa stosowania instrumentów konkurencyjnych*. W: Stankiewicz M. J. (red.) *Budowanie konkurencyjności przedsiębiorstwa*. Tonik, „Dom Organizatora”, Toruń 1999.
33. Godziszewski B.: *Zasobowe uwarunkowania strategii przedsiębiorstwa*. Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2001.
34. Golba J.: *Stan prawny uzdrowisk polskich w porównaniu ze stanem prawnym uzdrowisk w krajach Unii Europejskiej – wyzwania, jakie stoją przed Rządem i środowiskiem uzdrowiskowym*. „Biuletyn Informacyjny SGU RP”, Krynica 2003.
35. Gołębski G.: *Kompendium wiedzy o turystyce*. PWN, Warszawa 2002.
36. Gomułka W. S., Rewelski W. (red): *Encyklopedia Zdrowia*. PWN, Warszawa 2001.
37. Gorynia M.: *Luka konkurencyjna – koncepcja i metodyka badania*. W: *Konkurencyjność podmiotów gospodarczych w procesie integracji*

- i globalizacji*. Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej „Organizacja i Zarządzanie” 2001, nr 32.
38. Gorynia M.: *Zachowania przedsiębiorstw w okresie transformacji. Mikroekonomia podejścia*. AE w Poznaniu, Poznań 1998.
  39. Gorynia M.: *Luka konkurencyjna na poziomie przedsiębiorstwa a przystąpienie Polski do Unii Europejskiej*. AE Poznań, 2002.
  40. Górka K.: *Czynniki hamujące oraz stymulujące rozwój przedsiębiorczości i innowacyjności w przemyśle*, Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Krakowie Nr 70, Kraków 2006.
  41. Górka K.: *Kwestie terminologiczne w ewolucji polityki ekologicznej*. W: Famielec. J, Kozuch M. (red.) *Rozwój polityki ekologicznej w Unii Europejskiej i w Polsce*, UEK w Krakowie, Kraków 2010.
  42. Górka K.: *Światowy kryzys gospodarczy i finansowy w kształtowaniu wyzwań rozwojowych*. W: P.P. Małecki: *Ekonomia Przemysłowa w warunkach kryzysu finansowego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2012.
  43. Górka K.: *Tendencje do monopolizacji gospodarki w Polsce*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie Nr 771, Kraków 2008.
  44. Hadzik A.: *Turystyka zdrowotna uzdrowisk*. AWF Katowice, Katowice 2009.
  45. Hadzik A.: *Turystyka i rekreacja uzdrowiskowa*. AWF Katowice, Katowice 2011.
  46. Harmol A., Mantura W.: *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*. PWN, Warszawa-Poznań 1999.
  47. Horynia M.: *Luka konkurencyjna na poziomie przedsiębiorstwa a przystąpienie Polski do Unii Europejskiej*. AE Poznań, 2002.
  48. Hausner J., Kudłacz T., Szlachta J.: *Instytucjonalne przesłanki regionalnego rozwoju Polski*. PAN KPZK, Tm CVI, PWN, Warszawa 1997.
  49. *Informacja o wynikach kontroli realizacji strategii prywatyzacji uzdrowiskowych spółek Skarbu Państwa*. NIK, Warszawa 2010.
  50. Iwanowska-Jeske D.: *Uzdrowisko Ciechocinek, Zarys monograficzny*. Wyd. Sport i Turystyka, Warszawa 1983.
  51. Jagusiewicz A.: *Funkcje turystyczne uzdrowisk polskich*. Instytut Turystyki, Warszawa 2001.
  52. Jagusiewicz A.: *Infrastruktura turystyki uzdrowiskowej w Polsce*. Instytut Turystyki, Warszawa 2002.
  53. Jagusiewicz A.: *Turystyka i lecznictwo w uzdrowiskach polskich*. W: Problemy Turystyki, Instytut Turystyki, Warszawa 1999.
  54. Januszewska M.: *Wyzwania turystyki zdrowotnej w świetle przemian demograficznych w Polsce*. W: Gaworecki W.W., Mroczyński Z. (red.) *Turystyka i sport dla wszystkich w promocji zdrowego stylu życia*. WSTiH, Gdańsk 2008.
  55. Januszewska M.: *Znaczenie produktu uzdrowiskowego w rozwoju turystyki w Polsce*. W: Panasiuk A. (red.) *Markowe produkty turystyczne*. Fundacja na rzecz Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin-Niechorze 2004.
  56. Januszewska M., Nawrocka E., Opoka S.: *Turystyka uzdrowiskowa, turystyka w uzdrowiskach – problemy definicyjne*. W: A.R. Szromek (red.): *Uzdrowiska i ich znaczenie w gospodarce turystycznej*. PROKSENIA, Kraków 2010.

57. Jędrzejczyk I. (red.): *Rozwój funkcji turystycznej i rekreacyjnej polskich obszarów górskich*. AWF w Katowicach, Katowice 2002.
58. Kaczmarek A.: *Uwarunkowania i tendencje zmian rozwoju uzdrowisk w Polsce*, W: Szromka A.R. (red): *Uzdrowiska i ich znaczenie w gospodarce turystycznej*. PROKSENIA, Kraków 2010.
59. Kaczmarek E.: *Uzdrowisko i jego przestrzeń społeczna*. Zeszyty Naukowe Politechniki Krakowskiej nr 47, Kraków 2002.
60. Kalmus P.: *Lecznictwo w funkcjonowaniu uzdrowisk* W: *Uzdrowiskowy produkt turystyczny*. Centrum Edukacji Kadr Turystycznych w Krakowie, Kraków 1998.
61. Kasiewicz S., Rogowski W., Kicińska M.: *Kapitał intelektualny*. AE, Kraków 2006.
62. Kasprzak W., Mańkowska A.: *Fizykoterapia, medycyna uzdrowiskowa i SPA*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
63. Kay J.: *Podstawy sukcesu firmy*. PWE, Warszawa 1996.
64. Kieżun W.: *Sprawne zarządzanie organizacją*. Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 1997.
65. Klasik A.: *Planowanie strategiczne*, PWE, Warszawa 2003.
66. Klich J.: *Globalizacja usług zdrowotnych*. „Gospodarka Narodowa”, 2008, nr 4.
67. Kocharński W.: *Lecznictwo uzdrowiskowe*. WSF, Wrocław 2008.
68. Komunikat prasowy Ministra Skarbu Państwa z dnia 19 września 2012 r., [www.msp.gov.pl](http://www.msp.gov.pl); *Samorządy muszą się spieszyć z uzdrowiskami*”. „Gazeta Prawna”, 19.09.2012 r.
69. Kornak A. S.: *Turystyka i uzdrowiska w gospodarce gmin i powiatów u początków XXI wieku*. WSHiT, Częstochowa 2004.
70. Kornak A.S., Rapacz A.: *Zarządzanie turystyką i jej podmiotami w miejscowości i regionie*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2001.
71. Kornak A.S.: *Uzdrowiska polskie w systemie rynku i zarządzania marketingowego*. Kujawsko-Pomorskie Studium Edukacyjne, Bydgoszcz 1999.
72. Kosek-Wojnar M., Surówka K.: *Finanse samorządu terytorialnego*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2002 r.
73. Kozłowska-Szczęśna T.: *Bioklimat polskich uzdrowisk*, W: A. Madeyski (red.): *Uzdrowiska polskie*. Informator. Izba Gospodarcza „Uzdrowiska polskie”, Warszawa 1999.
74. Kozłowska-Szczęśna T., Błażejczyk K., Krawczyk B., Milanówka D., *Bioklimat uzdrowisk polskich i możliwości jego wykorzystania w lecznictwie*. PAN, Warszawa 2002.
75. Koźmiński A. K., Piotrowski W.: *Zarządzanie. Teoria i praktyka*. Wydanie V, PWN, Warszawa 2002.
76. Koźmiński A. K.: *Czy polscy menedżerowie są przygotowani do konkurencji na rynkach Unii Europejskiej?* „Master of Business Administration” 2004.
77. Krasieński T.: *O lecznictwie uzdrowiskowym*. „Prewencja i rehabilitacja” 2005, nr 4.
78. Krasieński Z.: *Cykle życia uzdrowisk*. Patan-Press, Kołobrzeg 2004.
79. Krasieński Z.: *Kondycja turystyki uzdrowiskowej w Polsce a reformy społeczne*. W: *Rozwój usług turystycznych u progu XXI wieku*, AE, Poznań 1999.

80. Krasiński Z.: *Rynek usług uzdrowiskowych w Polsce*. Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości, Poznań 2001.
81. Kruczek Z., Wesel A.: *Uzdrowiska karpackie*. Krajowa Agencja Wydawnicza, Kraków 1987.
82. *Krynica Zdrój*. Informator turystyczny. UMiG Krynica Zdrój, Krynica Zdrój 2002.
83. Kubiak K.: *Uwarunkowania konkurencyjności małych i średnich przedsiębiorstw handlowych*. W: *Konkurencyjność podmiotów gospodarczych w procesie integracji i globalizacji*, Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej, „Organizacja i Zarządzanie”, Poznań 2001.
84. Kubiak S.: *Ciechocinek. Dzieje uzdrowiska*, WTN, Włocławek 2001.
85. Kurek A.: *Turystyka*. PWN, Warszawa 2007.
86. *Leksykon prywatyzacji*. Polskie Wydawnictwa Ekonomiczne, Warszawa 1998.
87. Lewandowska A.: *Turystyka uzdrowiskowa. Materiały do studiowania*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2007.
88. Lisiecka K.: *Zasada doskonalenia jakości w programach wdrażania TQM*. „Problemy jakości” 1998, nr 3.
89. *Lokalna Strategia Rozwoju Uzdrowiska Rabka Zdrój na lata 2009-2015*, Rabka Zdrój, 2009.
90. *Lokalna Strategia Rozwoju*, Stowarzyszenie „Przyjazna Dolina Raby”, Lokalna Grupa Działania Stowarzyszenie „Przyjazna Dolina Raby”, Rabka Zdrój 2008.
91. Łańcucki J.: *Determinanty oceny jakości w sferze usług*. „Problemy jakości” 1999, nr 6.
92. Łazarkowie M., R.: *Uzdrowiska w Europie. Teraźniejszość i rys historyczny*. Wydawnictwo Akademickie Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej im. Wincentego Pola w Lublinie, Lublin 2007.
93. Madeyski A.: *Charakterystyka polskich uzdrowisk*. W: *Uzdrowiskowy produkt turystyczny*. Centrum Edukacji Kadr w Krakowie Departamentu Gospodarki Turystycznej Urzędu Kultury Fizycznej i Turystyki w Krakowie, Kraków 1998.
94. Madeyski A. (red.): *Uzdrowiska polskie*. Informator. Izba Gospodarcza „Uzdrowiska Polskie”, Warszawa 1999.
95. Madeyski A.: *Standardy uzdrowiskowe a promocja*. W: *Uzdrowiskowy produkt turystyczny*. Centrum Edukacji Kadr w Krakowie Departamentu Gospodarki Turystycznej Urzędu Kultury Fizycznej i Turystyki w Krakowie, Kraków 1998.
96. Małecka B., Marcinkowski J.T.: *Rys historyczny rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego*. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, „Problemy Higieny Epidemiologicznej”, Poznań 2007.
97. Mantura W.: *Systematyzacja czynników konkurencyjności przedsiębiorstwa przemysłowego*. W: *Konkurencyjność podmiotów gospodarczych w procesie integracji i globalizacji*. Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej, „Organizacja i Zarządzanie”, 2001, nr 32.
98. Masłow A.H.: *Motywacja i osobowość*. PWN, Warszawa 2006.
99. Mirek J.: *Turystyka jako czynnik rozwoju polskich uzdrowisk*, W: Peluga W. (red.): *Turystyka we współczesnej gospodarce*. Wydawnictwo Politechniki Koszalińskiej, Koszalin 2009.

100. Nehring A.: *Rozwój i konkurencyjność małych i średnich przedsiębiorstw w Polsce*. UEK w Krakowie, Kraków 2007.
101. Nogalski B., Rybicki J.: *Metoda TOWS i SWOT w zarządzaniu strategicznym przedsiębiorstwem ochrony zdrowia*. W: Nogalski B., Rybicki J. (red.) *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, Dom Organizatora, Toruń 2002.
102. Nogalski B., Rybicki J.: *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, Dom Organizatora, Toruń 2002.
103. *Nowa Encyklopedia Powszechna*. PWN, Warszawa 1998.
104. Nowacki R.: *Krynica Zdrój – nowoczesne uzdrowisko i ośrodek turystyczny*, W: *Uwarunkowania rozwoju turystyki zagranicznej w Europie Środkowej i Wschodniej. Współczesne modele turystyki uzdrowiskowej w kontekście zrównoważonego rozwoju*. Uniwersytet Wrocławski, Instytut Geografii i Rozwoju Regionalnego, Wrocław 2007.
105. Nowacki R.: *Innowacyjność w zarządzaniu a konkurencyjność przedsiębiorstwa*. DIFIN, Warszawa 2010.
106. Obłój K.: *Strategia sukcesu firmy*. PWE, Warszawa 2000.
107. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 17 lipca 2007 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu – Dz. Urz. Ministra Zdrowia 2007, nr 12, poz. 65.
108. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 14 stycznia 2008 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu – Dz. Urz. Ministra Zdrowia 2008, nr 1, poz. 4.
109. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 14 stycznia 2008 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu – Dz. Urz. Ministra Zdrowia 2008, nr 6, poz. 35.
110. *Odkryj Małopolskę. Przewodnik po wybranych trasach i szlakach turystycznych*. Departament Edukacji i Kultury Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego, Amistad, Kraków 2005.
111. Owsiak S.: *Finanse publiczne teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
112. Paczyński B., Płochniewski Z.: *Wody mineralne i lecznicze Polski*. Państwowy Instytut Geologiczny, Warszawa 1996.
113. Panasiuk A.: *Ekonomia turystyki*. PWN, Warszawa 2007.
114. Panasiuk A.: *Gospodarka turystyczna*. PWN, Warszawa 2008.
115. Pierścionek Z.: *Nowe kierunki w zarządzaniu przedsiębiorstwem – koncepcje przekrojowe*. Prace Naukowe nr 784, AE we Wrocławiu, Wrocław 1998.
116. Pierścionek Z.: *Strategie konkurencji i rozwoju przedsiębiorstwa*. PWN, Warszawa 2003.
117. Pierścionek Z.: *Strategie rozwoju firmy*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996.
118. *Plan kierunkowy zagospodarowania turystycznego Polski*. Zakład Zagospodarowania Turystycznego, Wrocław 1971.



119. *Plan rozwoju lokalnego gminy Krynica Zdrój*. Instytut Karpacki, Stary Sącz 2005.
120. *Plan rozwoju lokalnego miasta Szczawnica na lata 2007-2009*, Urząd Miasta Szczawnica, Szczawnica 2007.
121. *Plan rozwoju Uzdrawiska Muszyna na lata 2009-2015*, Załącznik do Uchwały nr XXX/444/2009 Rady Miasta i Gminy Uzdrawiskowej Muszyna z dnia 25 czerwca 2009.
122. *Plan rozwoju Uzdrawiska Rabka-Zdrój na lata 2009-2015*, Rabka Zdrój, 2009.
123. *Plan zagospodarowania przestrzennego województwa Małopolskiego. Uwarunkowania rozwoju*. Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Kraków 2003.
124. *Podróże po zdrowie i urodę. 130 uzdrawisk, ośrodków wellness i SPA w Polsce i za granicą*. VIDEOGRAF II, Katowice 2008.
125. Ponikowska I., Ferson D.: *Nowoczesna medycyna uzdrawiskowa*. Medi-Press, Warszawa 2009.
126. Ponikowska I.: *Kompendium balneologii. Kierunki i wskazania do leczenia uzdrawiskowego*. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2001.
127. *Ponikowska I.: Kompendium balneologii. Rekomendacje krajowego konsultanta*. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2001.
128. Ponikowska I.: *Lecznictwo uzdrawiskowe. Poradnik dla chorych*. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1996.
129. Ponikowska I.: *Medycyna uzdrawiskowa w zarysie*. Waltext, Warszawa 1995.
130. Ponikowska I.: *Stan lecznictwa uzdrawiskowego w Polsce i perspektywy rozwoju*. Materiały pokongresowe. Stowarzyszenie Gmin Uzdrawiskowych RP, Krynica-Zdrój 2002.
131. Porter M. E.: *Przewaga konkurencyjna. Osiąganie i utrzymywanie lepszych wyników*. HELION, Gliwice 2006.
132. M. E. Porter: *The Competitive Advantage of Nations*. New York 1990, ISBN 0684841479.
133. Porter M. E.: *Strategia konkurencji. Metody analizy sektorów i konkurentów*. PWE, Warszawa 1994.
134. Porter M. E.: *Strategia konkurencji*. PWE, Warszawa 1992.
135. Rapacz A.: *Jakość sposobem konkurencji przedsiębiorstw i regionów turystycznych*. W: Gołembski G. (red.) *Rozwój usług turystycznych u progu XXI w.* AE w Poznaniu, Poznań 1999.
136. Rapacz A, Januszewska M., *Relacje menedżer-lekarz w lecznictwie uzdrawiskowym*. Katedra Marketingu i Zarządzania Gospodarką Turystyczną Wydziału Gospodarki Regionalnej i Turystyki Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2010.
137. Rokita J.: *Zarządzanie strategiczne. Tworzenie i utrzymywanie przewagi konkurencyjnej*. PWE, Warszawa 2005.
138. Romanowska M.: *Planowanie strategiczne w przedsiębiorstwie*. PWE, Warszawa 2004.
139. Romanowska M.: *Strategie rozwoju i konkurencji*. Centrum Informacji Menedżera, Warszawa 2000.

140. Rozporządzenie Ministra Skarbu Państwa z 8 października 2008 r. w sprawie wykazu zakładów lecznictwa uzdrowiskowego prowadzonych w formie jednoosobowych spółek Skarbu Państwa, które nie będą podlegać prywatyzacji. Dz. U. 2008, nr 192, poz. 1186.
141. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie leczenia uzdrowiskowego. Dz. U. 2004, nr 274, poz. 2724.
142. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i wód stołowych. Dz. U. nr.276, poz. 2738.
143. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 10 marca 2006 r. w sprawie wzorcowego statutu uzdrowiska i wzorcowego statutu obszaru ochrony uzdrowiskowej. Dz. U. 2006, nr 56, poz. 396.
144. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 10 marca 2006 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego. Dz. U. 2006, nr 47, poz. 346.
145. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13 kwietnia 2006 r. w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości. Dz. U. 2006, nr 80, poz. 565.
146. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 sierpnia 2006 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urzędnienia lecznictwa uzdrowiskowego. Dz. U. 2006, nr 161, poz. 1142.
147. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 sierpnia 2006 r. w sprawie naczelnego lekarza uzdrowiska. Dz. U. 2006, nr 164, poz. 1162.
148. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13 września 2006 r. w sprawie trybu przeprowadzania kontroli jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu. Dz. U. 2006, nr 178, poz. 1321.
149. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 listopada 2006 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakie powinna spełniać jednostka uprawniona do wydawania świadectw potwierdzających właściwości lecznicze naturalnych surowców leczniczych oraz właściwości lecznicze klimatu. Dz. U. 2006, nr 236, poz. 1708.
150. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lutego 2007 r. w sprawie zasad kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. Dz. U. 2007, nr 44, poz. 285.
151. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego. Dz. U. 2009, nr 223, poz. 1793.
152. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego. Dz. U. 2009, nr 139, poz. 1136.
153. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 sierpnia 2009 r. w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe. Dz. U. 2009, nr 139, poz. 1135.

154. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 18 października 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe. Dz. U. 2010, nr 202, poz. 1342.
155. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 grudnia 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urzędnictwo lecznictwa uzdrowiskowego. Dz. U. 2010, nr 258, poz. 1761.
156. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne. Dz. U. 2001.
157. Rozporządzenie Rady Ministrów z 14 lutego 2006 r. w sprawie złóż wód podziemnych zaliczonych do solanek, wód leczniczych i termalnych oraz złóż innych kopalin leczniczych, a także zaliczenia kopalin pospolitych z określonych złóż lub jednostek geologicznych do kopalin podstawowych. Dz. U. 2006, nr 32, poz. 220.
158. Rozporządzenie Ministra Finansów z 9 czerwca 2006 r. w sprawie trybu i terminów ustalenia oraz przekazania dotacji z budżetu państwa gminie uzdrowiskowej. Dz. U. 2006, nr 103, poz. 705.
159. Rozporządzenie z dnia 8 października 2008 r. Ministra Skarbu Państwa w sprawie wykazu zakładów lecznictwa uzdrowiskowego prowadzonych w formie jednoosobowych spółek Skarbu Państwa, które nie będą podlegać prywatyzacji. Dz. U. nr 192, poz. 1186.
160. Rozporządzenie z 9 sierpnia 2004 r. w sprawie leczenia uzdrowiskowego osób zatrudnionych przy produkcji wyrobów zawierających azbest. Dz. U. 2004, nr 185, poz. 1920.
161. Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz. U. 2008, nr 164, poz. 1027.
162. Sierpińska M.: *Zrządzanie płynnością finansową w przedsiębiorstwie*. PWN, Warszawa 1997.
163. Sikora D.: *Na leczenie w uzdrowisku pacjent poczeka nawet 2 lata*. „Dziennik Gazeta Prawna” z 30.12.2009, nr 254 (2630).
164. Skawińska E., *Jakość konkurencyjności*. W: *Konkurencyjność podmiotów gospodarczych w procesie integracji i globalizacji*, PWN, Warszawa-Poznań 2002.
165. Skawińska E.: *Konkurencyjność przedsiębiorstw. Nowe podejście*. PWN, Warszawa-Poznań 2002.
166. SLD i OPZZ przeciwne prywatyzacji uzdrowisk. „Gazeta Prawna”, 25.07.2012 r. oraz Państwo wyprzedaje uzdrowiska. Zostaje tylko jedno. „Gazeta Prawna”, 29.07.2012 r.
167. Słownik wyrazów obcych. PWN, Warszawa 1997.
168. Smith Ch., Jenner P.: *Health Tourism in Europe*. „Travel and Tourism Analyst” 2000, nr 1.
169. Sobczyk G.: *Strategie konkurencji małych i średnich przedsiębiorstw*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2006.

170. Sopińska A.: *Przewaga konkurencyjna*. W: Wachowiak P. (red.): *Pomiar Kapitału intelektualnego przedsiębiorstwa*. SGH, Warszawa 2005.
171. Spivack S.E.: *Health spa development in the US: A burgeoning component of sport tourism*. „Journal of Vacation Marketing” 1998, vol. 4, nr 1.
172. Sroka W.: *Przewaga konkurencyjna firmy: od lokalizacji do strategii globalnych*. W: A. Nehring, (red.): *Uwarunkowania rozwoju i konkurencyjności przedsiębiorstw*. Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej, Dąbrowa Górnicza 2004.
173. Stankiewicz M. J.: *Budowanie potencjału konkurencyjności przedsiębiorstwa*. Dom Organizatora TNOiK, Toruń 1999.
174. Stankiewicz M. J.: *Konkurencyjność przedsiębiorstwa. Budowanie konkurencyjności przedsiębiorstwa w warunkach globalizacji*. Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2005.
175. Staszewska J.: *Klaster perspektywą dla przedsiębiorców na polskim rynku turystycznym*. DIFIN, Warszawa 2009.
176. *Strategia rozwoju społeczno-gospodarczego Miasta i Gminy Piwniczna-Zdrój na lata 2008-2015*. UMiG Piwniczna-Zdrój.
177. *Strategia Rozwoju Społeczno-Gospodarczego Miasta i Gminy Uzdrowskiej Muszyna na lata 2008-2015*, UMiG Muszyna, Muszyna 2008.
178. *Strategor: Zarządzanie firmą*. PWE, Warszawa 1999.
179. Suchowiejska K.: *Konkurencyjność przedsiębiorstwa niszowego a transformacja systemowa na przykładzie grupy Swarzędz*. Katedra Zarządzania Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania w Białymstoku, <http://janek.ae.krakow.pl/~ekte/konf/sucho.doc>.
180. Szewczyk A., Śliwińska J.: *Środowisko przyrodnicze Muszyny*. Biograf, Warszawa 2000.
181. Szopa B., Szopa A.: *Wykluczenie finansowe a wykluczenie społeczne*, Zeszyty Naukowe Nr 11 Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego, Kraków 2011.
182. Szromek A. R.: *Działalność turystyczno-lecznicza Zakładów Lecznictwa uzdrowskiego. Transformacja działalności przedsiębiorstw uzdrowskich w latach 1989-2010*. PROKSENIA, Kraków 2011.
183. Szromek A. R.: *Typologia turystów a typologia odwiedzających uzdrowsko – Przegląd typologii*. Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, Organizacja i Zarządzanie, Gliwice 2010.
184. Szromek A. R.: *Uzdrowska i ich znaczenie w gospodarce turystycznej*. PROKSENIA, Kraków 2010.
185. Sztucki T.: *Encyklopedia marketingu. Definicje, zasady, metody*. Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 1998.
186. Szymańczyk J.: *Bariery rozwoju lecznictwa uzdrowskiego*. W: Golba J., Rymarczyk-Wajda J. (red.) *Innowacyjne kierunki rozwoju turystyki uzdrowskiej i lecznictwa uzdrowskiego*. Stowarzyszenie Gmin Uzdrowskich RP, Krynica-Zdrój 2009.
187. Świtalski W.: *Innowacje i konkurencyjność*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2005.
188. *Terminologia turystyczna*. Zalecenia WTO, ONZ-WTO, UKF i T, Instytut Turystyki, Warszawa 1995.

189. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny.
190. Ustawa z dnia 23.06.1966 o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych. Dz. U. 1966 r. nr 23, poz.150.
191. Ustawa z 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych. Dz. U. 2006, nr 121, poz. 844.
192. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Dz.U.2007, nr 14, poz. 89.
193. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty. Dz. U. 2004, nr 256, poz. 2572.
194. Ustawa z 4 lutego 1994 r. Prawo geologiczne i górnicze. Dz. U. 2005, nr 228, poz. 1947.
195. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji. Dz. U.1996, Nr 118, poz. 561.
196. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dz. U. 1997, nr 123, poz. 776.
197. Ustawa z 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych. Dz. U. 1997, nr 133, poz. 884.
198. Ustawa z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Dz. U.2003, nr 45, poz. 391.
199. Ustawa z 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym. Dz. U. 2003, nr 80, poz. 717.
200. Ustawa z 10 kwietnia 2003 r. o szczególnych zasadach przygotowania i realizacji inwestycji w zakresie dróg krajowych. Dz. U. 2003, nr 80, poz. 721.
201. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz. U. 2004, nr 210, poz. 2135.
202. Ustawa z dnia 28 lipca 2005 o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych. Dz. U. 2005, nr 167, poz. 1399.
203. Ustawa z 4 marca 2011 r. o zmianie ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych oraz niektórych innych ustaw. Dz. U. 2011, nr 73, poz. 390.
204. Uzdrowiska trafią pod skrzydła samorządowców. „Gazeta Prawna”, 12.09.2012 r.
205. *Uzdrowiska. Terminologia, klasyfikacja i wymagania ogólne*. PN-2001/Z-11000.
206. Wilczyński W.: *Podstawowe kierunki współczesnej teorii konkurencji*. PTE, Poznań 1960.
207. Walczak W.: *Niematerialne determinanty konkurencyjności współczesnych przedsiębiorstw*. W: Lachiewicz S., Matejuk M. (red.) *Konkurencyjność jako determinanta rozwoju przedsiębiorstwa*. Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej, Łódź 2009.
208. Walczak W.: *Wiedza źródłem budowania przewag konkurencyjnych współczesnego przedsiębiorstwa*. W: Okoń-Horodyńska E. , Wisła R. (red.) *Kapitał intelektualny i jego ochrona*. Instytut Wiedzy i Innowacji, Warszawa 2009.
209. Włodarczyk W. C.: *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*. Vesalius, Łódź- Kraków-Warszawa 1996.

210. Witkowski J. *Demograficzne i przestrzenne aspekty bezrobocia*. W: J. Hryniewicz (red.) *Przeciw ubóstwu i bezrobociu: lokalne inicjatywy obywatelskie*, Instytut Spraw Publicznych, Nr 4/2001.
211. Wojnarowski A., Wołowicz T.: *Zarządzanie turystyką-hotelarstwem i turystyką uzdrowiskową*. Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości, Nowy Sącz 2008.
212. Wojnarowski J. A., Wołowicz T.: *Zarządzanie turystyką, hotelarstwem i turystyką uzdrowiskową*. Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości, Nowy Sącz 2008.
213. Wolski J.: *Funkcja wypoczynkowo-turystyczna uzdrowisk polskich*. „Problemy Uzdrowiskowe”, 1986, Zeszyty 7-9.
214. Wolski J.: *Uzdrowiska polskie na tle zasadniczych zmian ustrojowych i gospodarczych w Polsce. Model nowoczesnego uzdrowiska o skoordynowanych funkcjach leczniczo-rehabilitacyjnej i rekreacyjno-turystyczno-sportowej*. „Biuletyn Informacyjny Instytutu Turystyki” 1999, nr 4.
215. Wolski J.: *Wypoczynek i turystyka w uzdrowiskach*. AWF, Poznań 1978.
216. Wrzosek W.: *Przewaga konkurencyjna*. „Marketing i Rynek”, 1999, nr 7.
217. *Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa. Podejście strategiczne*, „Małopolskie Studia regionalne”, Departament Polityki Regionalnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego, Kraków 2010.
218. Zieliński J.: *Z przeszłości Uzdrowiska Ciechocinek*. „Problemy Uzdrowiskowe” 1988, nr 5-6.
219. Ziemiński Z.: *Logika praktyczna*. PWN, Warszawa 1995.
220. *Zintegrowana strategia rozwoju obszarów wiejskich powiatu gorlickiego*, Starostwo Powiatowe w Gorlicach, Gorlice 2006.
221. [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)
222. [www.krynica.pl](http://www.krynica.pl)
223. [www.muszyna.pl](http://www.muszyna.pl)
224. [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl)