

Zeszyty Naukowe
Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy

TOM
23

Współczesne problemy i formy
turystyki uzdrowiskowej

Pod redakcją
Wiesława Maika i Marka Grabiszewskiego

TURYSTYKA I REKREACJA 11



RADA NAUKOWA

Wiesław Maik (przewodniczący)
Andrzej Matczak
Piotr Palich
Romana Przybyszewska-Gudelis
Dariusz Sokołowski

RADA REDAKCYJNA

Marek Grabiszewski (sekretarz)
Wiesław Maik
Kazimierz Marciniak

RECENZENCI TOMU

Maciej Drzewiecki
Wacław Mozolewski

KOREKTA

Elżbieta Rogucka

PROJEKT OKŁADKI

Marta Rosenthal-Sikora

SKŁAD I OPRACOWANIE**KOMPUTEROWE**

Adam Kujawa

Copyright © by Wydawnictwo Uczelniane WSG
Bydgoszcz 2014

ISSN 1734-6436

Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Gospodarki

85-229 Bydgoszcz, ul. Garbary 2

tel. 52 567 00 47, 52 567 00 49

www.wsg.byd.pl, wydawnictwo@byd.pl

SPIS TREŚCI

Wstęp	5
-------------	---

ROZDZIAŁ I.

Przestrzenne, funkcjonalne, prawne i ekonomiczne aspekty turystyki uzdrowiskowej

Miasta – uzdrowiska jako ważny element sieci miejskiej Europy – ich specyfika i mechanizm rozwojowy	9
<i>Wiesław Maik, Maria Przybecka-Maik</i>	

Turystyka zdrowotna i funkcje uzdrowisk a współczesne pojmowanie zdrowia	33
<i>Romana Przybyszewska-Gudelis</i>	

Noclegowe zakłady lecznictwa uzdrowiskowego	57
<i>Marek Grabiszewski</i>	

Środowiskowe, prawne i ekonomiczne aspekty funkcjonowania sanatoriów	71
<i>Aneta Ewleszyn, Wiesław Olszewski</i>	

Стратегия и тактика ценообразования на услуги санаторно-курортной организации как фактор её конкурентоспособности (Strategia i taktyka wyceny usług przedsiębiorstwa sanatoriów sanatoryjno-uzdrowiskowego uzdrowiskowego jako czynnik jego konkurencyjności)	87
<i>Anna Yurievna, Yakovleva-Chernysheva</i>	

ROZDZIAŁ II.

Turystyka uzdrowiskowa w Republice Czeskiej oraz w Inowrocławiu

Spa places and tourism in the Czech Republic
(Uzdrowiska i turystyka w Republice Czeskiej) 103
Jiří Vaniček

Walory rekreacyjno-uzdrowiskowe Inowrocławia
i ich wpływ na rozwój miasta 119
Benicjusz Głębocki

Turystyka w Inowrocławiu w opinii kuracjuszy 143
Sandra Grzeszczak

WSTĘP

Zeszyt pt. „Współczesne problemy i formy turystyki uzdrowiskowej” składa się z dwóch części: „Przestrzenne, funkcjonalne, prawne i ekonomiczne aspekty turystyki uzdrowiskowej” oraz „Turystyka uzdrowiskowa w Republice Czeskiej oraz w Inowrocławiu”.

W części I znajdują się artykuły poruszające problematykę miast uzdrowiskowych jako ważnego elementu europejskiej sieci miejskiej Europy, turystyki zdrowotnej jako ważnej funkcji uzdrowisk, noclegowych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, środowiskowych, prawnych i ekonomicznych aspektów funkcjonowania sanatoriów oraz strategii i taktyki wyceny usług przedsiębiorstwa sanatoryjno-uzdrowiskowego jako czynnika jego konkurencyjności.

Część II poświęcona jest turystyce uzdrowiskowej w Republice Czeskiej, walorom rekreacyjno-uzdrowiskowym Inowrocławia i ich wpływowi na rozwój miasta oraz analizie opinii kuracjuszy na temat turystyki uzdrowiskowej w Inowrocławiu.

Wiesław Maik, Marek Grabiszewski

ROZDZIAŁ I.

Przestrzenne, funkcjonalne, prawne i ekonomiczne aspekty turystyki uzdrowiskowej

Wiesław Maik, Maria Przybecka-Maik
Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy

Miasta – uzdrowiska jako ważny element sieci miejskiej Europy – ich specyfika i mechanizm rozwojowy

Zarys treści: Artykuł składa z pięciu części. We wstępie zdefiniowano pojęcie funkcji i miasta – uzdrowiska. Część druga zawiera przegląd ośrodków tego typu w Europie, będących ważnym elementem sieci miejskiej kontynentu. Z racji wieloletnich tradycji uzdrowiskowych miasta te są licznie reprezentowane w wielu regionach Europy. Część trzecia przedstawia wpływ funkcji uzdrowiskowych na rozwój oraz przemiany społeczno-gospodarcze i przestrzenne miast. Siła oddziaływania tych działalności zależy od wielu czynników, które występując w różnych relacjach, rozmaitym nasileniu i formie, tworzą z reguły specyficznym sprzężony układ przyczynowo-skutkowy warunkujący przemiany miasta. Kolejną częścią to studium przypadków przedstawiające rozwój trzech miast – uzdrowisk: Ciechocinka, Mariańskich Łaźni i Inowrocławia. Artykuł kończą wnioski dotyczące roli miast – uzdrowisk w procesie urbanizacji kontynentu europejskiego oraz specyfiki mechanizmów rozwojowych tego typu ośrodków.

Słowa kluczowe: miasto – uzdrowisko, funkcje uzdrowiskowe.

1. Wstęp

Termin „miasto – uzdrowisko” (lub miasto uzdrowiskowe) odnosi się do trzech pojęć: funkcja, miasto i uzdrowisko.

Określenie funkcji miejskich jest powszechnie znane i dość precyzyjnie zdefiniowane w literaturze przedmiotu. Zwykle przez funkcję miasta rozumie się jego działalność jako pewnej całości, czyli taką, która jest nie tylko racją bytu miasta, ale pozwala je wyróżnić i zidentyfikować w przestrzeni geograficznej. Chodzi tutaj zatem o działalność skierowaną na zewnątrz, która jest podstawą rozwoju miasta i stwarza zasoby niezbędne dla jego egzystencji. Świadczą o tym, będące w powszechnym użytku takie terminy, jak: „miasto przemysłowe”, „miasto handlowe” i inne tego rodzaju określenia. W tym przypadku pojęcie funkcji wiąże się

z rolą, jaką dane miasto odgrywa w systemie gospodarki narodowej i regionalnej oraz w życiu społecznym. Stosuje się także inne rozumienie funkcji miejskich. Według A. Suliborskiego (1983), pojęcie to oznacza każdą działalność społeczno-gospodarczą wykonywaną w mieście, niezależnie od jego rangi ekonomicznej i przestrzennej, rozpatrywaną zarówno z punktu widzenia tego miasta, jak i systemu osadniczego, w skład którego ono wchodzi.

Wymienione powyżej interpretacje tego pojęcia prowadzą do dwojakiego określenia funkcji uzdrowiskowych: jako podstawy rozwoju i egzystencji miasta, bądź działalności występującej w gospodarce miejskiej obok innych rodzajów działalności. Ma to z kolei zasadnicze znaczenie w definiowaniu terminu „miasto – uzdrowisko”. Mimo że określenie to jest powszechnie używane w literaturze przedmiotu, trudno znaleźć jego precyzyjną definicję. W niniejszym opracowaniu przyjęto w uproszczeniu, że pojęcie „miasto – uzdrowisko” określać będą dwa kryteria: status miejski oraz rola funkcji uzdrowiskowych w funkcjonowaniu społeczno-gospodarczym danej miejscowości, wyrażona tradycją i wpływem na jej rozwój i przemiany. Należy zaznaczyć, że kryterium miejskości odnosi się do obecnego statusu danego osiedla, ponieważ wiele z nich powstało pierwotnie jako miejscowości uzdrowiskowe, które z biegiem czasu i w miarę rozwoju uzyskiwały prawa miejskie.

Wprowadzając termin „miasto – uzdrowisko”, odwołujemy się do kilku określeń. Jednym z nich jest pojęcie uzdrowiska, które odnosi się do miejscowości o naturalnych właściwościach leczniczych, mającej wody mineralne (zdrojowisko), borowiny lub określone właściwości klimatyczne, wykorzystywane w klimatoterapii, wyposażonej w urządzenia lecznicze (zakłady kąpielowe, pijalnię, zakłady fizykoterapii, sanatoria), gdzie leczy się choroby przewlekłe, dokonuje rehabilitacji, utrwała wyniki leczenia szpitalnego (*Encyklopedia powszechna PWN*, 1976). Pokrewnymi terminami są: „turystyka uzdrowiskowa”, związana z pobytem w miejscowościach uzdrowiskowych i „lecznictwo uzdrowiskowe”, które wiąże się z wykorzystaniem w celach terapeutycznych właściwości klimatu lub surowców naturalnych (Rydz 2012). W miarę rozszerzania oferty metod leczniczych ukształtowała się nowa gałąź medycyny klinicznej, zwana medycyną uzdrowiskową.

Miasto – uzdrowisko, oprócz innych właściwości, wyróżniają dwie cechy. Po pierwsze, działalność uzdrowiskowa jest podstawą egzystencji miasta oraz wyróżnikiem jego odrębności w społecznym i przestrzennym podziale pracy. Po drugie, istotną cechą miasta – uzdrowiska jest to, że pewna, niekiedy przeważająca część ludzi przebywa w nim czasowo, mając stałe miejsce zamieszkania gdzie indziej, i że w tym miejscu czasowego pobytu nie wykonuje żadnej pracy.

2. Miasta – uzdrowiska jako specyficzny przykład urbanizacji europejskiej

Podstawą rozwoju miast – uzdrowisk są funkcje uzdrowiskowe, stanowiące często pierwotny czynnik miastotwórczy. Specyfika tego typu urbanizacji polega na tym, że w odróżnieniu od genezy innych miast, siłą sprawczą powstania i rozwoju tych ośrodków są walory przyrodniczo-balneologiczne i bioklimatyczne. Odmienność ta determinuje rozmieszczenie, charakter i mechanizm rozwoju tych miast. Funkcje uzdrowiskowe, w połączeniu z innymi rodzajami działalności miejskich, tworzą z reguły sprzężony układ decydujący o ich specyficznej organizacji funkcjonalno-przestrzennej i odmiennym obliczu życia miejskiego (Groch 1983).

W Europie, z racji wielowiekowych tradycji lecznictwa uzdrowiskowego, w różnych okresach historycznych i regionach powstało wiele miast tego typu (Rydz 2012). Właściwości lecznicze klimatu i wód wypływających ze źródeł podziemnych były tutaj wykorzystywane od najdawniejszych czasów, a podróże do uzdrowisk stanowiły nieodłączny element trybu życia zamożniejszych ludzi. Już w starożytności słynne były niektóre źródła, dające początek miastom (rzymskie Aquae). Podróże do „wód” nie zawsze były uzasadnione stanem zdrowia – po prostu należało do dobrego tonu spędzać jakiś czas w tego typu miejscowościach.

Miasta – uzdrowiska powstawały licznie na kontynencie europejskim w epoce, kiedy lecznictwo uzdrowiskowe było modne. Przykładem są uzdrowiska wykorzystujące kuracyjne właściwości wód mineralnych Masywu Centralnego we Francji, znane już w czasach rzymskich. Liczne tutaj uzdrowiska przetrwały do dziś, m.in. Vichy (Aquae Calidae), Barbon L'Archambault (Aquae Bormonis), Nérís-les-Bains (Aquae Neris), Royat (Rubicum) i inne. Stanowią one zarówno przykład zmienności roli funkcji uzdrowiskowych, jak i sukcesji funkcjonalnej. Wraz z upadkiem imperium rzymskiego wiele z nich utraciło swoje dotychczasowe znaczenie. Rewitalizacja funkcji uzdrowiskowych nastąpiła dopiero w epoce renesansu, kiedy wzrosło zainteresowanie kuracjami balneologicznymi wśród warstw zamożnych, zaś szczytowy okres ich rozwoju przypada na II połowę XIX w. i lata poprzedzające I wojnę światową w związku z intensyfikacją ruchu turystycznego i rozbudową komunikacji kolejowej. Dla przykładu – po uzyskaniu połączenia kolejowego liczba kuracjuszy w Vichy wzrosła z 20 tys. (1860 r.) do około 100 tys. (1890 r.). Późniejszy rozwój farmakologii i konkurencja innych form turystyki wypoczynkowej (kąpiele morskie, wyjazdy w góry itp.) spowodowały zmniejszenie się rozmiarów ruchu kuracyjnego. Niektóre z uzdrowisk zaczęły pełnić rolę osiedli rezydencjalnych, zamieszkałych przez ludzi zamożnych, głównie w wieku emerytalnym (np. Vichy, Châtel – Guyan, Royat) oraz centrów kongresowych i miejsc organizacji wystaw i festiwali (zwłaszcza Vichy).

Rozwój lecznictwa uzdrowiskowego na szerszą skalę nastąpił w XVIII i XIX w. Zdecydowało o tym kilka czynników, m.in.: rozwój gospodarczy, rosnąca zamożność różnych grup społecznych, moda na podróże do uzdrowisk, rozwój medycyny uzdrowiskowej (nowe metody lecznicze), a także klimatologii lekarskiej. Ważną rolę w rozwoju miejscowości uzdrowiskowych w XIX w. odegrała komunikacja kolejowa, która zwiększyła dostępność miejscowości położonych na terenach peryferyjnych. Współdziałanie wymienionych czynników prowadziło do wzrostu działalności uzdrowiskowej, liczby kuracjuszy i ludności miejscowej oraz rozbudowy funkcji ogólnomiejskich i w efekcie do przekształcenia się miejscowości uzdrowiskowych w wielofunkcyjne miasta.

Miasta – uzdrowiska występują w różnych regionach i strefach geograficzno-krajobrazowych Europy. W tym krótkim przeglądzie warto wymienić te, które cieszą się międzynarodową renomą i wieloletnią tradycją.

W Anglii wyróżnia się pod tym względem słynne uzdrowisko Bath, położone wśród zielonych wzgórz doliny rzeki Avon, znane od czasów rzymskich dzięki swym gorącym źródłom (rzymskie *Aquae Sulis*). Od XVIII w. stało się popularną miejscowością uzdrowiskową, a następnie, na przełomie XVIII i XIX w. głównym – obok Londynu – ośrodkiem życia towarzyskiego i kulturalnego Anglii.

Szeroko w świecie znane są szwajcarskie miasta uzdrowiskowe. Davos należy do najstarszych klimatycznych uzdrowisk górskich. Jego sławę ugruntowała powieść Thomasa Manna pt. *Czarodziejska góra*, której akcja dzieje się w tym mieście. Uzdrowiskiem klimatycznym jest także Vevey, miasto położone nad północnym brzegiem Jeziora Genewskiego. Inny charakter ma stolica Riwier Szwajcarskiej, Montreux, która wraz z pobliskimi miejscowościami: Clarens i Territet tworzy kompleks uzdrowiskowy, rozciągający się wzdłuż brzegów jeziora. Jest uzdrowiskiem klimatyczno-balneologicznym (szczawy alkaliczne).

Wieloletnie tradycje mają uzdrowiska w Niemczech. Baden-Baden, miasto położone w południowo-zachodniej części kraju, to uzdrowisko o światowej sławie, znane od czasów rzymskich dzięki cieplicom solankowym (68°C). Intensywny rozwój tej miejscowości rozpoczyna się od XV w. Znajdują się tutaj m.in. pozostałości rzymskich łaźni cesarskich oraz zabytkowe łaźienki z XIX w., wybudowane w czasach, kiedy źródła lecznicze stanowiły podstawę rozwoju miasta. Wiesbaden, miasto położone w środkowej części Niemiec, u podnóża gór Harz, to znany ośrodek kongresowy i uzdrowisko (cieplice solankowe, 26 źródeł o temperaturze 38–67°C), znane z czasów rzymskich (*Aquae Mattiacae*).

W Austrii, jedną z najbardziej znanych i ekskluzywnych miejscowości uzdrowiskowo-wypoczynkowych jest Kitzbühel, położone w Alpach

Salzburkskich, około 100 km od Innsbrucku. Kolejne miasto-uzdrowisko to Bad Gleichenberg, leżące w pobliżu granicy ze Słowenią, około 50 km na południowy wschód od Grazu. Niegdyś najpopularniejszy kurort Styrii, dynamiczny rozwój przeżywał od początku XIX w. Tutejsze ciepłe źródła wspomagają leczenie chorób serca, układu krążenia. Znajdują się tu takie obiekty, jak: rozległy park zdrojowy (20 ha), tereny rekreacyjne, park rozrywki, zabytkowe wille i pałacyki. Uzdrowisko utrzymuje do dziś renomę międzynarodową. Tradycje z czasów rzymskich ma Baden, miasto położone na wschodnim krańcu Lasku Wiedeńskiego, około 26 km od Wiednia. Uzdrowisko zostało założone przez Rzymian (Aquae Pannonicae) i przez wieki nie straciło na znaczeniu. Baden słynie z wydajnych cieplic siarkowych, ma rozwiniętą bazę uzdrowiskową i turystyczną. Jest ulubionym miejscem wypoczynku weekendowego mieszkańców Wiednia. W sąsiedniej Słowenii uzdrowiskiem o międzynarodowym znaczeniu jest Bled, malowniczo położony nad jeziorem o tej samej nazwie.

W Pirenejach podstawą rozwoju funkcji uzdrowiskowych stały się liczne źródła wód mineralnych, na bazie których powstały uzdrowiska. Po stronie francuskiej znajduje się 20 słynnych uzdrowisk, m.in.: Aix-les-Thermes, Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes, Bagnères-de-Luchon, Bagnères-de-Bigorre), natomiast po stronie hiszpańskiej kurorty są liczniejsze, ale nie tak znane.

We Włoszech renomę międzynarodową ma uzdrowisko Sorrento, położone w południowej części kraju, nad Zatoką Neapolitańską.

W Chorwacji do najbardziej znanych uzdrowisk należy Opatija, miasto położone nad Adriatykiem, nad zatoką Kvarner. Występuje tu łagodny mikroklimat, który sprzyja rozwojowi bujnej roślinności. Aż do końca XIX w. stała tutaj tylko kilka domów w sąsiedztwie XV-wiecznego opactwa. Pierwotnym impulsem rozwojowym stała się budowa w 1844 r. willi, stanowiącej pierwszy pensjonat. Po zbudowaniu linii kolejowej, łączącej Wiedeń z Rijeką i Triestem, miejscowość ta zaczęła się rozrastać. Zbudowano kilka hoteli, na nadbrzeżu powstała promenada, zaprojektowano efektowne ogrody. Opatija stawała się czymś w rodzaju „nadmorskiego Wiednia”. Gościli tutaj sławni ludzie – Mahler, Czechow, Puccini, a także europejscy monarchowie i politycy, wypoczywali znani Polacy – Henryk Sienkiewicz i Józef Piłsudski.

W Czechach występują dwa uzdrowiska o światowej sławie: Karlovy Vary (dawniej Karlovy Vary) i Mariánské Lázně (dawniej Marienbad). Karlovy Vary, miasto położone w zachodniej części kraju, na południowym stoku Rudaw, zostało założone przez cesarza Karola IV w XV w. Występują tu liczne gorące źródła lecznicze o temperaturze 41–72°C, zawierające około 40 składników mineralnych. Słynne jest zwłaszcza źródło Sprudel – gejzer wyrzucający wodę

o temperaturze 72°C na wysokość 12 m. Mariańskie Łaźnie (opisane szczegółowo w dalszej części artykułu) to miasto położone w zachodnich Czechach, na południe od Karlovych Varów.

Większość polskich uzdrowisk mieści się w miastach. S. Środa-Murawska (2012) wymienia 29 miast mających status uzdrowiska oraz dwa, w obrębie których wydzielono statutowe tereny uzdrowiskowe (Kraków Swoszowice) i Cieplice Śląskie (w granicach Jeleniej Góry). Stanowią one 2,9% wszystkich miast w Polsce. Większość z nich to miasta małe (19), liczące do 20 tys. mieszkańców. Miejscowości te położone są w atrakcyjnych rejonach kraju, mają dobre warunki klimatyczne oraz bogate, niekiedy unikatowe złoża naturalnych tworzyw leczniczych (Rydz 2012). Szczególnie licznie reprezentowane są na obszarach górskich – w Karpatach i Sudetach oraz w strefie nadmorskiej. Ponadto występują na terenach nizinnych – w centralnej części kraju i sporadycznie na terenie pojezierzy.

Historia rozwoju uzdrowisk w Karpatach polskich jest stosunkowo krótka, chociaż pierwsze udokumentowane informacje o Iwoniczu-Zdroju sięgają początków XVI w. Okres intensywnego rozwoju uzdrowisk karpackich przypada na XIX wiek, kiedy większość z nich uzyskała połączenie kolejowe (Krynica, Muszyna, Piwniczna).

W polskiej części Karpat wyodrębniają się trzy regiony występowania różnej jakości i wydajności wód mineralnych. Pierwszy to Beskid Sądecki, ze znanymi miastami – uzdrowiskami: Krynica, Muszyna, Żegiestów i Piwniczna. Drugim jest pogranicze Pienin, Gorców i Beskidu Sądeckiego – do najważniejszych uzdrowisk należy tutaj: Szczawnica i Krościenko. Trzeci region to Beskid Niski – występują tu m.in. Iwonicz-Zdrój i Rymanów-Zdrój. Ten pierwszy należy do najstarszych uzdrowisk w Polsce. Lecznicze walory tutejszych wód mineralnych znane były podobno już w czasach Władysława Łokietka. Wieloletnie tradycje ma funkcja uzdrowiskowa Krynicy, gdzie lecznicze źródła mineralne odkryto na początku XVIII w.

Znaczne zgrupowanie źródeł leczniczych występuje w Karkonoszach i Górach Izerskich wraz z Kotliną Kłodzką. Na bazie tych zasobów rozwinęły się liczne miasta – uzdrowiska, takie jak np. Kudowa-Zdrój, Polanica-Zdrój, Duszniki-Zdrój, Łądek-Zdrój. Trzy najbardziej znane miasta – uzdrowiska – Polanica-Zdrój, Duszniki-Zdrój, Kudowa-Zdrój, cieszą się sławą już od XIX w. Tutaj, poza kuracjuszami innych narodowości, wypoczywali także Polacy z różnych zaborów. Uzdrowiska te mają stylową zabudowę, przeważnie z końca XIX w., i piękne parki zdrojowe z egzotyczną roślinnością. Stosunkowo najmłodsza z nich, o pensjonatowej zabudowie, jest Polanica-Zdrój, posiadająca bardzo wydajne

źródła mineralne (np. Wielka Pieniawa – 790 tys. l na dobę). W Dusznikach-Zdroju stare miasto i uzdrowisko są rozdzielone przestrzennie. Atrakcją jest odbywający się tutaj corocznie festiwal chopinowski, upamiętniający koncerty Fryderyka Chopina w 1826 r. Największym pod względem liczby kuracjuszy uzdrowiskiem w Sudetach jest Kudowa-Zdrój (Lijewski, Mikułowski, Wyrzykowski 2008).

3. Funkcje uzdrowiskowe jako czynnik rozwoju oraz przemian społeczno-gospodarczych i przestrzennych miasta

Siła oddziaływania funkcji uzdrowiskowych na rozwój miasta zależy od wielu czynników. Wśród nich należy przede wszystkim wymienić: położenie i dostępność komunikacyjną ośrodka, jego wielkość, wpływ innych funkcji (stymulujący lub destymulujący). Czynniki te występują w różnych relacjach, nasileniu i formie, tworząc z reguły sprzężony układ przyczynowo-skutkowy, decydujący o tempie rozwoju oraz charakterze funkcjonalnym i morfologicznym miejscowości uzdrowiskowych. Funkcje uzdrowiskowe wiążą się na ogół z innymi rodzajami życia miejskiego.

Ze względu na rolę sprawczą funkcji miastotwórczych, miasta – uzdrowiska można podzielić na trzy grupy:

- 1) ośrodki, w których funkcje uzdrowiskowe stanowiły pierwotny impuls miastotwórczy (np. Krynica);
- 2) ośrodki, w których pierwotna funkcja produkcyjna lub usługowa została z biegiem czasu zdominowana przez działalności uzdrowiskowe (np. Ciechocinek);
- 3) ośrodki, w których rozwinięte funkcje miastotwórcze zostały w pewnym etapie rozwoju uzupełnione o działalności uzdrowiskowe (np. Inowrocław, Sopot).

Przykładem miasta powstałego na tzw. surowym korzeniu, dzięki rozwojowi funkcji uzdrowiskowych jest Krynica, jedno z największych uzdrowisk polskich o znaczeniu międzynarodowym. Na początku XVIII w. odkryto tutaj lecznicze właściwości miejscowych źródeł mineralnych. W 1807 r. Krynica uzyskała status uzdrowiska, w 1889 r. prawa miejskie, a w 1911 r. połączenie kolejowe z Krakowem. Funkcja uzdrowiskowa była pierwotnym impulsem miastotwórczym – zadecydowała ona o rozwoju gospodarczym i ludnościowym tego ośrodka oraz rozbudowie innych funkcji: mieszkaniowej, usługowej, administracyjnej i turystycznej. Obecnie miasto łączy różne funkcje: miejscowości uzdrowiskowej z rozbudowaną siecią sanatoriów, centrum administracyj-

no-usługowego oraz ośrodka turystycznego. Owa wielofunkcyjność stabilizuje rozwój społeczno-gospodarczy miasta.

Ciechocinek reprezentuje typ nowego miasta, które powstało z połączenia kilku wsi w wyniku rozpoczęcia eksploatacji naturalnych źródeł solanki, a następnie ich wykorzystania do celów leczniczo-uzdrowiskowych. Z biegiem czasu funkcja uzdrowiskowa zdominowała funkcję produkcyjną i przyczyniła się do powstania miasta i jego dynamicznego rozwoju. W 1867 r. Ciechocinek uzyskał połączenie kolejowe z Aleksandrowem Kujawskim, w 1909 r. otrzymał status osiedla, w 1916 r. prawa miejskie.

Inowrocław, ważny ośrodek podregionalny w województwie kujawsko-pomorskim, łączy funkcje ośrodka uzdrowiskowego z rozbudowanym przemysłem (chemiczny, szklarski, poligraficzny) i rozwojem handlu i usług. Funkcje uzdrowiskowe stanowią wtórny impuls miastotwórczy – rozwinęły się w ramach ośrodka o ugruntowanej pozycji społeczno-gospodarczej w regionie i kraju.

Rozpatrując miasto jako układ wzajemnie powiązanych elementów, należy stwierdzić, że funkcje uzdrowiskowe mogą stanowić istotny czynnik rozbudowy innych funkcji miasta wskutek wzrostu liczby ludności (stali mieszkańcy, kuracjusze, turyści). Często uzdrowisko przekształca się w ośrodek wielofunkcyjny (np. Mariańskie Łaźnie, Ciechocinek, Namysłów, Krynica). Owe przemiany funkcjonalne są wywołane czynnikami lokalnymi (wzrost popytu i rozwój rynku lokalnego), jak i szerszymi procesami o zasięgu regionalnym i ponadregionalnym oraz przemianami społeczno-kulturowymi.

Te ostatnie objawiają się w postaci wzrostu roli turystyki w życiu współczesnego człowieka i prowadzą do rozwoju funkcji turystycznej w ośrodkach uzdrowiskowych. Symbioza leczniczej działalności uzdrowisk z różnymi formami turystyki jest zjawiskiem powszechnym (Mścibroda 2005). Miejscowości uzdrowiskowe z reguły położone są w miejscach bardzo atrakcyjnych ze względu na swe walory przyrodnicze i antropogeniczne. Rozwija się więc turystyka wypoczynkowa, połączona ze zdrowotną, weekendowa i kulturowa. Uzdrowisko staje się niekiedy atrakcyjnym miejscem dla lokalizacji turystyki kongresowej. Sanatoria lub domy wypoczynkowe, rozszerzając swój zakres działalności, zaczynają świadczyć usługi w dziedzinie organizacji kongresów, konferencji, seminariów, szkoleń, spotkań biznesowych. Dzięki wysokim standardom bazy noclegowej i leczniczej oraz korzystnemu położeniu, usługi te cieszą się znacznym powodzeniem.

Coraz ważniejszą rolę w rozwoju uzdrowiska zaczynają odgrywać nowe formy turystyki zdrowotnej związane z tradycyjnymi i nowymi formami terapii typu spa. Do centrów spa jeździ się po to, aby poddając się różnym zabiegom,

przywrócić harmonię ciała i duszy (wellness). Często te nowe formy usług zdrowotnych są receptą na kryzys tradycyjnych funkcji uzdrowiskowych. Wskazują na to przykłady restrukturyzacji uzdrowisk Masywu Centralnego, głównego regionu balneoklimatycznego Francji (Groch 1995).

Transformacja miejscowości uzdrowiskowych w ośrodki wielofunkcyjne, łączące rozmaite rodzaje działalności społeczno-gospodarczej oraz symbioza funkcji lokalnych świadczonych na rzecz mieszkańców i ponadlokalnych pełniących w szerszej skali przestrzennej, to istotne czynniki, które ukształtowały specyficzny charakter miast – uzdrowisk pod względem ich fizjonomii, układu funkcjonalno-przestrzennego i życia społecznego. Przemiany tych miejscowości są głębokie i obejmują rozmaite dziedziny życia miejskiego.

Miasta – uzdrowiska różnią się zwykle od innych ośrodków miejskich pod względem fizjonomii i struktury użytkowania ziemi (Liszewski, Maik 2000). Układ miejski skupia się z reguły wokół zakładów uzdrowiskowych, zaś znaczną część przestrzeni miasta zajmują tereny rekreacyjne – parki, promenady, powierzchnie trawiaste, kwietniki, tereny sportowe itp. Istotną rolę odgrywają także urządzenia i miejsca służące rozrywce – muszle koncertowe, teatry, kasyna, kina, parki rozrywki. Tereny leczniczo-sanatoryjne, najważniejsze pod względem funkcjonalnym, tworzą zwykle zwartą dzielnicę, która składa się głównie z sanatoriów, zakładów kąpielowych, pijalni wód mineralnych oraz domów wypoczynkowych, ulokowanych często w obrębie parku zdrojowego. Kompleks ten sąsiaduje często z centrum usługowym miasta i jego terenami mieszkaniowymi. Uzdrowisko obsługują przeważnie mieszkańcy miasta, zatrudnieni w sanatoriach, zakładach leczniczych i domach wypoczynkowych. Oprócz funkcji uzdrowiskowych rozwija się także działalność przemysłowa bazująca na miejscowych walorach leczniczych (np. wytwórnie wód mineralnych, soli leczniczej, borowiny itp.) oraz przemysł spożywczy zaopatrujący rynek lokalny. Istotną rolę w kształtowaniu życia społecznego w uzdrowiskach mają interakcje między kuracjuszami i turystami a stałymi mieszkańcami tych miejscowości. Oprócz pozytywnych zjawisk wynikających z kontaktów między różnymi grupami społecznymi i społecznościami regionalnymi, rodzą się także zjawiska negatywne spowodowane zetknięciem się różnych kultur i obyczajów.

4. Studium przypadków reprezentujących różne aspekty i uwarunkowania procesu rozwoju miast – uzdrowisk

4.1. Przykład Ciechocinka – rozwój oparty na mnożnikowym mechanizmie bazy ekonomicznej

W procesie rozwoju Ciechocinka można wyróżnić cztery, następujące kolejno fazy.

Fazę pierwszą charakteryzuje dominacja funkcji produkcyjnej (Maik, Przybecka-Maik 2005). Pierwotny impuls rozwojowy był ściśle związany z eksploatacją naturalnych źródeł solanki, które pierwotnie wykorzystywano do prymitywnego warzenia soli kuchennej (Ponikowska, Marciniak 1988). Wydobycie solanki rozpoczęto już w XIII w. w okolicach Słońska, wsi należącej obecnie w części do Ciechocinka. Wskutek wzrostu zapotrzebowania na sól rozpoczęto w 1791 r. na Nizinie Ciechocińskiej wiercenia w poszukiwaniu solanki. Roboty wiertnicze kontynuowano następnie na przełomie XVIII i XIX w., kiedy odkryto solankę o stężeniu 3,8%. Dalsze poszukiwania prowadzono po roku 1815, m.in. dzięki odkryciom Stanisława Staszica, który w swoim dziele pt. *O ziemiórództwie Karpatów i innych gór i równin Polski* opisał metodę zagęszczania niskoprocentowej solanki za pomocą tężni. Z jego inicjatywy rozpoczęto w 1824 r. budowę warzelni i tężni. Do roku 1828 powstały dwie pierwsze tężnie, a w 1832 r. rozpoczęto przemysłową produkcję soli. Jednocześnie już w roku 1829 zaczęto wykorzystywać solankę ciechocińską do celów leczniczych. Po kilkunastu latach działalność uzdrowiskowa zdominowała funkcję produkcyjną, tym bardziej, że z czasem pojawiły się inne metody wytwarzania soli. W 1836 r. przy miejscowej oberży powstały pierwsze łaźienki do kąpeli solankowych – datę tę uznaje się za początek uzdrowiska ciechocińskiego (Ponikowska, Marciniak 1988).

Fazę drugą, przypadającą na II połowę XIX i początek XX w., cechuje dynamiczny rozwój bazy uzdrowiskowej poprzez budowę kolejnych zakładów przyrodoleczniczych, pijalni wód mineralnych, kęgielni, estrady oraz bazy noclegowej w postaci drewnianych pensjonatów i dworców przeznaczonych dla kuracjuszy. Ważną rolę w rozwoju miasta odegrała budowa linii kolejowej łączącej Ciechocinek z Aleksandrowem Kujawskim (1867 r.). W miarę rozwoju funkcji uzdrowiskowej główne centrum życia i układu miejskiego zaczęło przesuwać się od warzelni soli ku zakładom przyrodolecznym (Kwiatkowska 1973). Na przełomie stuleci zaczął formować się obecny układ przestrzenny w wyniku połączenia istniejących jednostek funkcjonalno-przestrzennych – przemysłowej, uzdrowiskowej, kolejowej i mieszkaniowej. Wzrost liczby stałych mieszkańców i zwiększenie renomy uzdrowiska przyczyniło się do zmiany statusu

administracyjnego – Ciechocinek uzyskał kolejno status osiedla (1916 r.), a następnie prawa miejskie (1916 r., potwierdzone w 1919 r. dekretem władz polskich).

W fazie trzeciej rozwinęły się funkcje ogólnomiejskie w symbiozie z rekonstrukcją układu przestrzennego i dalszym rozwojem funkcji uzdrowiskowych. Wyróżnić można dwa okresy zmian:

- 1) lata 1921–1939, charakteryzujące się wysoką dynamiką demograficzną, rozwojem i modernizacją bazy uzdrowiskowej oraz rozbudową funkcji ogólnomiejskich, infrastruktury technicznej i społecznej;
- 2) lata 1950–1970, kiedy zbudowano kilkanaście sanatoriów resortowych i związkowych.

Żywiłowy rozwój funkcji uzdrowiskowych spowodował zagęszczenie i przesycenie przestrzeni obiektami uzdrowiskowymi. Jednocześnie intensywny rozwój funkcji mieszkaniowej, turystycznej oraz innych działalności, niezwiązanych z lecznictwem balneologicznym, doprowadził do nadmiernego zurbanizowania i dezorganizacji przestrzeni, w tym także degradacji walorów uzdrowiskowych.

Faza czwarta przypada na okres transformacji ustrojowej i wiąże się ze zmianami w funkcjonowaniu sanatoriów i uzdrowisk w ramach gospodarki rynkowej. Lata 90. XX w. cechuje zahamowanie dynamiki rozwojowej miasta uwidocznione w zmniejszeniu stopy wzrostu liczby ludności oraz proces rekonstrukcji uzdrowiska zaznaczony w wymiarze funkcjonalnym poprzez:

- 1) rozbudowę bazy noclegowej o wysokim standardzie (hotele: „Kopernik” i „Abrava”), wyposażonej w urządzenia leczniczo-rekreacyjne (Klinika Zdrowia i Urody „Villa Park”);
- 2) restrukturyzację bazy uzdrowiskowej polegającej na modernizacji lub zamykaniu substandardowych obiektów sanatoryjnych.

Podsumowując rozważania na temat Ciechocinka, należy wskazać na „wbudowany” w ten proces układ rozwojowy w postaci mnożnikowego mechanizmu bazy ekonomicznej. Obejmuje on:

- 1) pierwotny impuls egzogeniczny, w postaci rozbudowy funkcji produkcyjnych, a potem funkcji uzdrowiskowych, który wywołał zmiany w całym systemie miejskim, takie jak wzrost liczby miejsc pracy nierolniczej, liczby mieszkańców i towarzyszący mu rozwój infrastruktury osadniczej oraz rozwój sektora endogenicznego pracującego na potrzeby rynku lokalnego;

- 2) wtórne efekty mnożnikowe spowodowane dalszym rozwojem funkcji uzdrowskiej, przyczyniające się do wzrostu dynamiki rozwojowej całego układu miejskiego;
- 3) proces redukcji mnożnikowej spowodowany nasyceniem przestrzeni miejskiej funkcjami uzdrowskowymi, objawiający się w postaci spadku zatrudnienia w sektorze miastotwórczym, zahamowaniu dynamiki ludnościowej i rekonstrukcji sektora usług.

Kilkufazowy rozwój Ciechocinka, związany z rozbudową bazy uzdrowskiej, wpłynął w zasadniczy sposób na organizację funkcjonalno-przestrzenną miasta. Obecny układ powstał w sposób ewolucyjny, w wyniku przekształceń funkcjonalnych (z funkcji produkcyjnej na uzdrowską) oraz rozwoju funkcji ogólnomiejskich (funkcje rezydencjalne, usługowe, transportowe). W rozbudowie tego ośrodka zabrakło jednolitej koncepcji urbanistycznej. Miasto rozwinęło się chaotycznie wzdłuż głównych osi. Pierwsza, o kierunku północny wschód – południowy zachód ciąży w stronę drogi na Aleksandrów Kujawski i Toruń, druga – zasadniczo prostopadła do pierwszej – przebiega z północnego zachodu na południowy wschód, kierując się w stronę Nieszawy.

Część uzdrowska wrosła w tkankę miejską, dzięki czemu układ miasta składa się z dwóch różnych części.

Pierwsza zawiera tereny urządzone w formie parkowej, z dużym udziałem naturalnego drzewostanu. W rozplanowaniu i fizjonomii ma układ parkowy, obejmujący zarówno elementy sztucznie zagospodarowane, jak i naturalne środowiska leśne. Część tę tworzą 3 parki: Zdrojowy (najstarszy, założony w 1875 r.), tworzący zielony „korytarz” łączący centrum miasta z terenami nad Wisłą, Sosnowy (lub Leśny, utworzony w 1906 r.) i Tężniowy (założony w 1908 r.). Druga część miasta obejmuje tereny zurbanizowane, składające się z zabudowy mieszkaniowej, handlowo-usługowej i turystycznej.

Układ przestrzenny współczesnego Ciechocinka ma więc charakter urbanistyczno-parkowy z dającymi się wydzielić trzema jednostkami:

- 1) uzdrowsko-turystyczną – w części północnej, obejmującą 2 parki (Tężniowy i Zdrojowy) oraz sanatoria, hotele i pensjonaty;
- 2) uzdrowsko-mieszkaniową, ukierunkowaną wzdłuż osi wychodzącej na Nieszawę;
- 3) o charakterze mieszanym, w części południowo-wschodniej miasta, gdzie występują funkcje uzdrowskie, mieszkaniowe i usługowe.

Specyficzny układ urbanistyczny Ciechocinka uznano za zabytek podlegający ochronie (Grabiszewski 2007).

4.2. Przykład Mariańskich Łaźni (Czechy) – transformacja uzdrowiska w wielofunkcyjny ośrodek turystyczny

Założone w XIX w. Mariańskie Łaźnie są jedną z głównych miejscowości uzdrowiskowych Europy. Stanowią przykład transformacji uzdrowiska w wielofunkcyjny ośrodek turystyczny (Kowalczyk 2005).

Podobnie, jak w przypadku wielu miast – uzdrowisk w Europie, rozwój Mariańskich Łaźni był ewolucyjny, kilkunastowy. Jego wyróżnikiem była jednak sukcesja dwóch funkcji – pierwotnie uzdrowiskowej, a z biegiem czasu turystycznej, która zdominowała tę pierwszą. A. Kowalczyk (2005) wyróżnił w procesie rozwoju tej miejscowości 6 okresów.

Okres pierwszy przypada na przełom XVIII i XIX w. Pierwsze zaczątki zagospodarowania uzdrowiskowego pojawiły się w 1762 r. w postaci drewnianych łaźni wybudowanych we wsi Zabud, oddalonej o kilka kilometrów od źródła o nazwie Marianquelle. Za właściwy początek uzdrowiska uznaje się lata 70. i 80. XVIII w. Ważnym wydarzeniem było wybudowanie w 1784 r. gospody w miejscowości Tepla, w której mogły zatrzymywać się osoby przybywające do źródeł w celach zdrowotnych. Niedługo potem, nieopodal źródła Kreuzquelle, powstały 2 pierwsze domy mieszkalne, a następnie obiekt służący do odsalania wody czerpanej ze wspomnianych źródeł. Po kilkunastu latach zastoju przełom nastąpił w 1807 r., kiedy ukończono budowę domu o nazwie „Golden Kugel”, który mieścił 14 pokoi przeznaczonych dla kuracjuszy. W 1808 r. wybudowano kolejnych 8 domów o podobnym przeznaczeniu, a w 1810 r. otwarto pensjonat „Golden Sonne”. Wraz z rozbudową bazy noclegowej następuje napływ kuracjuszy. Poza odwiedzinami mieszkańców niedalekich miejscowości notowano też przyjazdy z dalszych odległości – z Pragi, Pilzna i Cheb, co oznaczało, że uzdrowisko uzyskało rangę ponadlokalną.

Okres drugi, przypadający na lata 1818–1860, cechuje intensywny rozwój bazy uzdrowiskowej. Uważany jest on za „prawdziwy” początek Mariańskich Łaźni. W 1818 r. osiedle uzyskało status uzdrowiska, co spowodowało napływ inwestorów, którzy sfinansowali budowę wielu obiektów – gospód, domów zdrojowych, hoteli i innych budowli typowych dla ówczesnych zdrojowisk (wieża widokowa, kawiarnia wycieczkowa itp.). Inwestycje te przyczyniły się do dalszego wzrostu napływu kuracjuszy – od 1500 osób w 1827 r. do około 3000 w 1841 r.

W okresie trzecim rozpoczyna się proces przekształcania Mariańskich Łaźni w wielofunkcyjny ośrodek turystyczny. Cechą charakterystyczną tej

fazy jest intensyfikacja rozwoju bazy turystycznej i infrastruktury społecznej i technicznej. Rozwój funkcji ogólnomiejskich, spowodowany m.in. wzrostem liczby ludności i tym samym popytu lokalnego, przyczynił się do uzyskania przez uzdrowisko praw miejskich w 1865 r. W mieście, liczącym w 1868 r. 1691 mieszkańców, powstały ważne placówki – teatr i kasa oszczędnościowa (Kowalczyk 2005). W 1872 r. uruchomiono pierwsze połączenia kolejowe z Wiedniem i Paryżem, a w 1879 r. ukończono budowę ratusza, nieodłącznego elementu miejskości danego skupiska ludności. Następuje dalsza rozbudowa bazy noclegowej i gastronomicznej oraz infrastruktury miejskiej – wybudowano przeciwpowodziowy zbiornik retencyjny mający zapobiegać zalewaniu parku zdrojowego, elektrownię, wieżę ciśnień i stację filtrów. Kolejnym impulsem rozwojowym stała się budowa linii kolejowej relacji Mariańskie Łaźnie – Karlove Vary. Oddana do użytku w 1898 r. stała się drugą pod względem rentowności trasą kolejową w Austro-Węgrzech. Inwestycjom tym towarzyszyła budowa nowych hoteli, restauracji, nowoczesnego domu zdrojowego oraz sieci wodociągowo-kanalizacyjnej. Rozwój funkcji uzdrowskich i turystycznych znalazł odzwierciedlenie we wzroście liczby kuracjuszy i turystów, odwiedzających Mariańskie Łaźnie – w roku 1904 zanotowano przyjazd 26 140, a w 1911 r. 34 509 osób.

Okres czwarty, przypadający na lata 1914–1945, cechuje kryzys, a później odrodzenie funkcji turystycznej. Tendencje kryzysowe ujawniły się wraz z wybuchem I wojny światowej, a nasilił je rozpad monarchii austro-węgierskiej i powstanie niepodległej Czechosłowacji. W pierwszych latach powojennych Mariańskie Łaźnie przestały być odwiedzane przez Austriaków, Węgrów i przedstawicieli innych narodowości żyjących wcześniej w granicach Austro-Węgier. Zmiany polityczne w Rosji po roku 1917 zahamowały niemal całkowicie przyjazdy Rosjan. Kryzys spowodowany był także ogólnym zubożeniem społeczeństw objętych I wojną światową. Zmniejszyła się znacznie produkcja wód mineralnych, co niekorzystnie wpłynęło na budżet miasta.

Objawem przezwyciężenia kryzysu były nowe inwestycje podjęte w latach 20. i 30. XX w. Dotyczyły one głównie infrastruktury sportowo-rekreacyjnej, a tylko w niewielkim stopniu sektora uzdrowskiego. Rozwój funkcji turystycznych pociągnął za sobą szybki wzrost liczby przyjeżdżających do miasta, wpłynął także na budowę lotniska (1927 r.) umożliwiającego regularne połączenia z Pragą, Berlinem i Amsterdamem. Okres prosperity kończy wielki kryzys światowy na przełomie lat 20. i 30. Trudną sytuację uzdrowska spotęgały kolejne wydarzenia – dojście do władzy w Niemczech nazistów (1933 r.) i włączenie go do III Rzeszy (1938 r.).

Okres piąty, obejmujący lata 1945–1988, zaczął się ponowną dominacją funkcji uzdrowiskowej. Obiekty uzdrowiskowe zostały znacjonalizowane, a miasto utraciło status ośrodka powiatowego. Co prawda, Mariańskie Łąźnie były nadal jednym z głównych kurortów Czechosłowacji, ale w ciągu następujących lat powojennych nie zrealizowano żadnych ważniejszych inwestycji w sektorze uzdrowiskowym i turystycznym. Sytuacja zaczęła się zmieniać w latach 70. i 80., kiedy przyłączono do uzdrowiska nowe tereny (1971 r.), ukończono budowę krytego lodowiska (1978 r.), oddano do użytku wyciągi narciarskie (1984 r.). Mimo dekapitalizacji bazy uzdrowiskowej miasto gościło corocznie około 200 tys. kuracjuszy, a łączna liczba odwiedzających sięgała 1 mln osób.

W okresie szóstym, przypadającym na lata po 1989 r., Mariańskie Łąźnie na powrót stają się wielofunkcyjnym ośrodkiem turystyczno-uzdrowiskowym (Kowalczyk 2005). Rewitalizacja tych funkcji to rezultat budowy kompleksu basenów (1996 r.), nowego hotelu (1996 r.), gruntownej modernizacji istniejącej infrastruktury uzdrowiskowej oraz rozbudowy bazy noclegowej i gastronomicznej. Powstało wtedy wiele prywatnych hoteli i pensjonatów. Duże znaczenie dla odrodzenia się funkcji turystycznej miał napływ kapitału zagranicznego w związku z ponownym ożywieniem ruchu turystycznego z Niemiec.

Kończąc analizę procesu transformacji uzdrowiska, Mariańskie Łąźnie w wielofunkcyjny ośrodek turystyczny A. Kowalczyk (2005) stwierdza, że rozwinęły się tutaj rozmaite formy turystyki – uzdrowiskowej, wypoczynkowo-rekreacyjnej, kulturalnej, rozrywkowo-hazardowej (kasyno, gry) i przyrodniczej (duże walory pobliskiego Lasu Sławkowskiego i pogranicza czesko-niemieckiego). Nadal znaczną część odwiedzających miasto stanowią kuracjusze, jednak przeważają turyści przyjeżdżający w celach wypoczynkowych, krajoznawczych, rozrywkowych i handlowych. Mariańskie Łąźnie stanowią przykład silnej symbiozy funkcji turystycznych i uzdrowiskowych oraz typowej transformacji pierwotnej funkcji uzdrowiskowej w wielofunkcyjny ośrodek miejski.

4.3. Przykład Inowrocławia – współwystępowanie funkcji przemysłowych i uzdrowiskowych

Inowrocław stanowi interesujący problem badawczy – miasta łączącego silnie rozwiniętą funkcję przemysłową z funkcją uzdrowiskową. Należy zaznaczyć, że w literaturze przedmiotu powszechny jest pogląd, że bezpośrednie sąsiedztwo przemysłu i sanatoriów w granicach miasta nie jest korzystne dla rozwoju uzdrowiska (Matczak 2012).

Miasto, liczące około 80 tys. mieszkańców, cechuje się złożoną strukturą funkcjonalną z silną dominacją działalności przemysłowej, która skupia

około 43% ogółu zatrudnionych (Szymańska i in. 2005). Wyróżnikiem inowrocławskiego uzdrowiska jest wysoki stopień uprzemysłowienia – miasto należy do grupy miejscowości uzdrowiskowych o najwyższym poziomie zanieczyszczenia powietrza. Mimo tego, funkcja uzdrowiskowa rozwija się nadal, a jej znaczenie w życiu społecznym tego ośrodka rośnie (Matczak 2012).

Powstanie i rozwój funkcji przemysłowych i uzdrowiskowych w Inowrocławiu oparte są na wykorzystaniu występujących tutaj złóż soli kamiennej (Matczak 2012). Eksploatację soli kamiennej rozpoczęto w latach 70. XIX w. Na tej bazie powstał przemysł chemiczny – w 1873 r. zbudowano warzelnię soli, a w 1882 r. fabrykę sody w pobliskich Mątwach. W latach 1878–1880 powstały kolejno: fabryka metalurgiczna i zakłady produkcji maszyn rolniczych, a w okresie międzywojennym huta szkła, jedna z większych w Polsce. Rozwinął się też przemysł spożywczy, odzieżowy, budowlany oraz poligraficzny (Matczak 2012).

Równocześnie rozwijała się funkcja uzdrowiskowa. W 1875 r. założono spółkę akcyjną „Solanki Inowrocławskie”, utworzono park zdrojowy na obszarze 16 ha, a w następnych latach oddano do użytku kuracjuszy wanny do kąpiele leczniczych. W 1880 r. powstało pierwsze sanatorium „Nowy Świat”, potem otwarto kolejne tego typu obiekty, utworzono Zakład Przyrodolecznicy, zbudowano ciepłarnię. Kolejne okresy – międzywojenny i powojenny – przynoszą dalszy rozwój uzdrowiska. Powstały nowe sanatoria, urządzenia rekreacyjno-sportowe, dzielnica willowa z prywatnymi pensjonatami.

Rozbudowie funkcji przemysłowych i uzdrowiskowych towarzyszył rozwój społeczno-gospodarczy, demograficzny i przestrzenny miasta. Ta specyficzna sytuacja umożliwia rozpatrzenie różnych problemów dotyczących relacji: przemysł – uzdrowisko – życie społeczne i gospodarcze miasta.

Istotne znaczenie dla dalszego rozwoju miasta ma łagodzenie konfliktu pomiędzy dwoma dominującymi elementami systemu miejskiego – przemysłem i uzdrowiskiem. Uznając współistnienie tych funkcji za sprzeczność „interesów” rozwojowych i celów strategicznych, można w interpretacji tego problemu odnieść się do dwóch założeń teoretycznych gospodarki przestrzennej: koncepcji ładu i zrównoważonego rozwoju miasta. Ład pojmowany jako harmonijny układ lub porządek jest finalnym celem osiągnięcia zrównoważonego systemu miejskiego. Generalnie biorąc, polega on na harmonijnym połączeniu celów społeczno-gospodarczych ze sprawami środowiska przyrodniczego (Mierzejewska 2009). Podstawowym celem rozwoju zrównoważonego jest eliminacja konfliktów przestrzennych, społecznych i ekologicznych, aby umożliwić wzrost efektywności gospodarki miejskiej, podniesienie warunków życia mieszkańców i poprawę jakości środowiska.

Eliminacji tych konfliktów w Inowrocławiu sprzyja wiele przedsięwzięć. Jednym z nich jest rygorystyczne przestrzeganie wymogów lokalizacyjnych, co ogranicza rozwój pewnych dziedzin gospodarki miejskiej, przede wszystkim przemysłu, a także komunikacji i usług.

Ważnym celem jest zachowanie właściwości leczniczych Parku Solankowego poprzez ograniczanie poziomu zanieczyszczeń powietrza i hałasu (Brudnicki 2005). W strukturze przestrzennej Inowrocławia wydzielono trzy strefy ochrony walorów uzdrowiskowych. W strefie A, obejmującej dzielnicę uzdrowską o powierzchni 148 ha (5% powierzchni miasta) ograniczenia inwestycyjne dotyczą lokalizacji nowych placówek handlowych i gastronomicznych, wprowadzenia zmian w zagospodarowaniu terenów zielonych, instalowania urządzeń, które mogą utrudniać lub zakłócać pobyt kuracjuszy, podejmowania robót ziemnych zakłócających funkcjonowanie zakładów uzdrowiskowych (Brudnicki 2005). Trzy strefy ochronne (A, B i C) obejmują łącznie 1/3 powierzchni miasta, co świadczy zarówno o znaczeniu terenów uzdrowiskowych w przestrzeni miasta, jak i zabiegach władz miejskich zmierzających do łagodzenia konfliktów funkcjonalno-przestrzennych w układzie: przemysł – uzdrowisko.

Dążenie do modelu zrównoważonego miasta wymaga planowej koordynacji procesów rozwoju Inowrocławia i monitorowania jego przebiegu. Jest to zadanie wielokierunkowe i wielopłaszczyznowe, którego realizację warunkuje nie tylko „mądrość” władz lokalnych, ale także poziom świadomości ekologicznej społeczności lokalnej.

5. Podsumowanie

Powyższe rozważania pozwalają na sformułowanie kilku wniosków ogólniejszej natury, które dotyczą dwóch zagadnień: roli miast – uzdrowisk w procesie urbanizacji Europy i kształtowaniu jej sieci miejskiej oraz specyfiki mechanizmów rozwojowych tego typu ośrodków. Syntetyczny charakter tych tez oparty jest na pewnych koncepcjach teoretycznych.

Pierwszy wniosek odnosi się do zagadnienia sił miastotwórczych, wyznaczających rozmieszczenie miast w przestrzeni. Powstanie, a następnie rozwój skupisk miejskich, było i jest uwarunkowane wieloma różnorodnymi czynnikami (Liszewski, Maik 2000). Obok impulsów historycznych, głównie w dziedzinie politycznej roli organizacji państwa i religii, należy wymienić grupę czynników społeczno-gospodarczych, wpływających w dużym stopniu na rozwój cywilizacji na świecie oraz czynników przyrodniczych, które odzwierciedlają uzależnienie ludzkości od sił natury. Powstanie i rozmieszczenie miast

– uzdrowisk jest wynikiem nieregularnie występujących w przestrzeni zasobów przyrodniczych, czyli warunków balneologicznych i bioklimatycznych. Dzięki temu ośrodki te wpisują się w sposób komplementarny w system osiedli centralnych, których rozmieszczenie kształtuje popyt na dobra centralne i efekt oporu odległości, węzłów komunikacyjnych wyznaczonych przez strukturę sieci komunikacyjnej oraz wyspecjalizowanych osiedli przemysłowych, których usytuowanie determinowane jest przez czynniki lokalizacji przemysłu.

Lokalizacja miast – uzdrowisk ma zwykle charakter peryferyjny, są one najczęściej położone z dala od centrów życia społeczno-gospodarczego, znacznych skupisk ludzkich oraz istniejącej infrastruktury komunikacyjnej. Ten aspekt uwypuklił W. Christaller (1955, 1964), twórca nie tylko szeroko znanej teorii osiedli centralnych, ale także – o czym się rzadko wspomina – koncepcji obszarów peryferyjnych. Jego zdaniem, uczestnicy ruchu turystycznego (wypoczynkowego, uzdrowiskowego), pragnąc zaspokoić swe potrzeby, kierują się przede wszystkim walorami środowiska przyrodniczego, pomijając większe ośrodki miejskie (por. Kowalczyk 2001).

Drugi wniosek dotyczy wpływu funkcji uzdrowiskowych na kształtowanie się specyficznej formy miast – uzdrowisk. Podstawą teoretyczną analizy jest koncepcja urbanizacji turystycznej, która zakłada, że „miasta turystyczne przedstawiają nową i wyjątkową formę urbanistyczną, ponieważ powstały one w związku z konsumpcją, a nie jak miasta przemysłowe z XIX w. i początku XX w., które zrodziła działalność produkcyjna” (Mullins 1991). Powstałe pod wpływem turystyki ośrodki wyróżnia pewna liczba specyficznych cech, m.in.:

- 1) mają odmienny – w stosunku do innych, opisywanych przez modele ekologii miasta – układ przestrzenny i sposób użytkowania ziemi;
- 2) charakteryzują się dynamicznym wzrostem liczby ludności i miejsc pracy;
- 3) obejmują często rozległe tereny i obiekty o przeznaczeniu rozrywkowym (kasyna gry, parki rozrywki, estrady koncertowe itp.);
- 4) mają specyficzną strukturę społeczną, z dużym udziałem pracowników sezonowych;
- 5) łączą działania interwencyjne władz krajowych, wspierających finansowo budżety lokalne w rozbudowie infrastruktury technicznej, społecznej i kulturalnej oraz władz lokalnych zainteresowanych harmonijnym rozwojem ośrodka (Kowalczyk 2001).

Kolejne wnioski – trzeci i czwarty – dotyczą specyfiki mechanizmu rozwoju miast – uzdrowisk. Jeden z nich oparty jest na założeniach teorii bazy ekonomicznej, zakładającej podział działalności miejskich na egzogeniczne, świadczone na zewnątrz miasta i endogeniczne, pełnione na rzecz rynku lokalnego oraz wskazującej na wiodącą rolę czynników egzogenicznych w rozwoju miejskim. „Miasto ujmowane jest w tym modelu jako zintegrowany układ wzajemnie oddziałujących elementów, system o ustabilizowanej strukturze, posiadający wbudowany mechanizm rozwojowy w postaci mnożnikowego mechanizmu bazy ekonomicznej” (Maik 1992). Impulsy powstające w wyniku wzrostu sektora egzogenicznego (tutaj funkcji uzdrowiskowych) przechodzą na inne elementy systemu miejskiego. Efekt mnożnikowy obejmuje przyrost początkowy (egzogeniczny) i wtórny, spowodowany przez impulsy początkowe (Domański 1984). Pierwotny impuls egzogeniczny w postaci zaistnienia funkcji uzdrowiskowych wywołuje w miastach – uzdrowiskach przyrost miejsc pracy i tym samym liczby mieszkańców oraz wzrost sektora endogenicznego w postaci rozbudowy sektora usług obsługujących rynek lokalny.

Opisany powyżej mechanizm stwierdzono w badaniu procesu rozwoju Ciechocinka (Maik, Przybecka-Maik 2005). Można przypuszczać, że podobne sprzężenie przyczynowo-skutkowe charakteryzuje inne miasta – uzdrowiska. Działanie tego mechanizmu przekształca z biegiem czasu uzdrowisko w miasto wielofunkcyjne.

Czwarty wniosek dotyczy specyfiki rozwoju funkcji uzdrowiskowych. Jego interpretacja teoretyczna wywodzi się z teorii cyklu ewolucji obszaru turystycznego R.W. Butlera (1980), która nawiązuje do modelu dyfuzji innowacji. W tym przypadku innowacją jest pojawienie się na danym obszarze funkcji uzdrowiskowej. Jej rozwój przechodzi często przez różne fazy, cechujące się różnym tempem rozbudowy bazy uzdrowiskowej oraz wzrostu liczby kuracjuszy. Przebieg tego procesu dobrze opisuje krzywa logistyczna.

Pierwszy etap, zwany fazą eksploracji, oznacza pojawienie się na danym obszarze nieznaczej na razie liczby kuracjuszy, których przyciągają odkryte złoża wód mineralnych. W tym początkowym stadium funkcje uzdrowiskowe tylko w nieznacznym stopniu oddziałują na życie mieszkańców i lokalną gospodarkę (por. Kowalczyk 2001). W drugim etapie, zwanym fazą wprowadzenia, kuracjusze coraz częściej odwiedzają dane uzdrowisko, a część mieszkańców zaczyna czerpać dochody z usług noclegowych, gastronomicznych, produkcji lokalnych wyrobów itp. W kolejnym stadium, nazywanym fazą rozwoju, funkcja uzdrowiskowa staje się jednym z głównych źródeł lokalnych dochodów i budżetu miejskiego. Na tym etapie liczba kuracjuszy zaczyna dorównywać liczbie

stałych mieszkańców. Powstają wtedy liczne obiekty przeznaczone do obsługi coraz większej liczby kuracjuszy i turystów. Czwarty etap zwany jest fazą konsolidacji. Zaznacza się on w postaci osłabienia tempa wzrostu liczby kuracjuszy. W tym okresie funkcje uzdrowiskowe stają się dominującym działem gospodarki lokalnej, co budzi niekiedy sprzeciw stałych mieszkańców. Następuje także oddzielenie w przestrzeni miejskiej strefy uzdrowiskowej od innych funkcji spełnianych przez miasto. Piątą fazę, etap stagnacji, cechuje zdecydowane zahamowanie rozwoju funkcji uzdrowiskowych ze względu na nadmierne nasycenie przestrzeni miasta obiektami uzdrowiskowymi. Pojawiają się wtedy konflikty społeczne między kuracjuszami a mieszkańcami, nasilające się wskutek różnic kulturowych, wzrostu przestępczości, prostytucji itp. Ostatni koniec cyklu, faza szósta, może się objawić w postaci upadku funkcji uzdrowiskowej warunkowanej spadkiem liczby kuracjuszy, zamykaniem nierentownych hoteli, restauracji i innych urządzeń. Upadek uzdrowiska może być również spowodowany pojawieniem się nowych funkcji (np. przemysłowych), które powodują degradację walorów przyrodniczych uzdrowiska. Obserwowanym często zjawiskiem jest przekształcanie się miejscowości uzdrowiskowych w ośrodki hotelowo-kongresowe lub tzw. wioski wakacyjne (Kowalczyk 2001).

Teoria Butlera znajduje swoje odbicie w rzeczywistości. Przykładem są przekształcenia uzdrowisk w Szkocji (np. Firth of Clyde) oraz w Alpach, Pirenejach i Karpatach. W niniejszym opracowaniu owe transformacje reprezentują przykłady Ciechocinka i Mariańskich Łaźni.

Na zakończenie należy stwierdzić, że pomimo różnych zakłóceń w ich rozwoju, miasta – uzdrowiska stały się nieodłącznym, uzupełniającym elementem sieci miejskiej kontynentu europejskiego, reprezentując specyficzny typ ośrodka miejskiego.

Towns – health resorts as an important element of European towns network – their specific nature and development mechanism

Summary: The article consists of five parts. The notion of the function of a town – health resort is defined in the introduction. The second part contains an overview of resorts of this type in Europe, which constitute an important element of the continent's towns network. Due to the long-standing health resort tradition, the towns are numerous represented in many European regions. The third part presents the influence of health resort functions on the development and social, economic and spatial transformations of the towns. The impact of these activities depends on numerous factors, which occurring in different relations, various intensity and forms, usually form a specifically incorporated cause-and-effect relationship determining town transformations. The following part constitutes a case study presenting development of three towns – health resorts: Ciechocinek, Mariańskie Łaźnie and Inowrocław. The article ends with conclusions related to the role of the towns – health resorts in the process of urbanisation of the European continent and the specific nature of development mechanisms related to this type of resorts.

Keywords: town – health resort, health resort functions.

Literatura

Butler R.W., 1980, *The concept of a tourist area cycle of evolution: implications for management of resources*, *The Canadian Geographer*, 24, 1, 312.

Brudnicki R., 2005, *Uzdrowisko Inowrocław – stan aktualny i możliwości dalszego rozwoju*, [w:] E. Rydz (red.), *Kształtowanie funkcji turystycznych w miejscowościach uzdrowiskowych*, Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Pedagogicznej, Słupsk, 318–325.

Christaller W., 1955, *Beiträge zu einer Geographie des Fremdenverkehrs*, *Erdkunde*, 9, 1, 1–20.

Christaller W., 1964, *Some consideration of tourism location in Europe: the peripheral regions – underdeveloped countries – recreation areas*, *Papers, Regional Sciences Association*, 12, 2, 95–105.

Domański R., 1984, *Przestrzenna samoorganizacja gospodarki. Podstawa ładu przestrzennego*, „Przegląd Geograficzny”, 28, 4, 721–764.

Grabiszewski M., 2007, *Przesłanki waloryzacji zabytkowych układów urbanistycznych*, *Zeszyty Naukowe WSG w Bydgoszczy*, t. 6, nr 4, seria: Turystyka i Rekreacja.

Groch J., 1983, *Użytkowanie przestrzeni uzdrowskiej Szczawnicy i Krynicy*, Prace Geograficzne UJ, 56, Kraków.

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

Kowalczyk A., 2005, *Transformacja uzdrowiska w wielofunkcyjny ośrodek turystyczny – przykład Mariańskich Łaźni (Czechy)*, [w:] E. Rydz (red.), *Kształtowanie funkcji turystycznych w miejscowościach uzdrowskich*, Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Pedagogicznej, Słupsk, 11–21.

Kwiatkowska E., 1973, *Miasta*, [w:] A. Świniarski (red.), *Województwo bydgoskie*, PWN, Poznań, 239–263.

Lijewski T., Mikułowski B., Wyrzykowski J., 2008, *Geografia turystyki Polski*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.

Liszewski S., Maik W., 2000, *Osadnictwo*, [w:] *Wielka encyklopedia geografii świata*, t. 19, Wydawnictwo Kurpisz, Poznań.

Maik W., 1992, *Podstawy geografii miast*, Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń.

Maik W., Przybecka-Maik M., 2005, *Rozwój i przemiany funkcjonalno-przestrzenne Ciechocinka pod wpływem funkcji turystyczno-uzdrowskich*, [w:] E. Rydz (red.), *Kształtowanie funkcji turystycznych w miejscowościach uzdrowskich*, Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Pedagogicznej, Słupsk, 239–250.

Mścibroda J., 2005, *Rozwój funkcji turystycznych i rekreacyjnych w uzdrowisku Nałęczów*, [w:] E. Rydz (red.), *Kształtowanie funkcji turystycznych w miejscowościach uzdrowskich*, Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Pedagogicznej, Słupsk, 22–29.

Mierzejewska L., 2009, *Rozwój zrównoważony miasta. Zagadnienia poznawcze i praktyczne*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.

Mullins P., 1991, *Tourism urbanization*, "International Journal of Urban and Regional Research", 15, 3, 326–342.

Matczak A., 2012, *Funkcja uzdrowiskowa w przestrzeni Inowrocławia*, [w:] E. Rydz (red.), *Ekonomiczne i organizacyjne aspekty funkcjonowania polskich uzdrowisk*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pomorskiej, Słupsk, 167–181.

Ponikowska J., Marciniak K., 1988, *Ciechocinek. Terenoterapia uzdrowiskowa*, PWN, Warszawa – Poznań.

Rydz E., 2012, *Świnoujście jako centrum lecznictwa uzdrowiskowego w regionie zachodniopomorskim*, [w:] E. Rydz (red.), *Ekonomiczne i organizacyjne aspekty funkcjonowania polskich uzdrowisk*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pomorskiej, Słupsk, 83–107.

Suliborski A., 1983, *Niektóre problemy badań funkcji miast w świetle założeń koncepcji systemowej*, Acta UniY. Lodz. Folia Geogr., z. 2., Uniwersytet Łódzki, Łódź.

Szymańska D. i in., 2005, *Postrzeganie miejscowości turystyczno-uzdrowiskowych na przykładzie Ciechocinka i Inowrocławia*, [w:] E. Rydz (red.), *Kształtowanie funkcji turystycznych w miejscowościach uzdrowiskowych*, Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Pedagogicznej, Słupsk, 293–307.

Środa-Murawska S., 2012, *Miasta uzdrowiskowe w Polsce w ujęciu wielkości i struktury bazy obiektów zbiorowego zakwaterowania*, [w:] E. Rydz (red.), *Ekonomiczne i organizacyjne aspekty funkcjonowania polskich uzdrowisk*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pomorskiej, Słupsk, 21–29.

Romana Przybyszewska-Gudelis

Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy

By leczyć ciało ludzkie, konieczna jest wiedza o całości zjawisk

Hipokrates

Turystyka zdrowotna i funkcje uzdrowisk a współczesne pojmowanie zdrowia

Zarys treści: Niniejszy artykuł obejmuje problematykę turystyki zdrowotnej w szerszym kontekście tych funkcji, które służą kondycji psychofizycznej człowieka i oferowane są przez rozmaite obiekty i przedsiębiorstwa usługowe. Usytuowane są one nie tylko w miejscowościach o statusie uzdrowiskowym, ale i w innych ośrodkach pełniących funkcje turystyczne, prozdrowotne, rehabilitacyjne, spełniających warunki regeneracji sił, wzmacniania kondycji somatycznej i psychicznej człowieka. Należą do nich: turystyka wiejska (agroturystyka), aktywne formy wędrowek, kursy i treningi zdrowotne w specjalnie przygotowanych ośrodkach wyspecjalizowanych w dietetyce i zabiegach kosmetyczno-medycznych. Współcześnie następuje zarówno w uzdrowiskach statutowych, jak i poza nimi, dynamiczny rozwój prywatnych obiektów usługowych z ofertami prozdrowotnych pobytów pozauzdrowiskowych (propagujących zdrowy tryb życia, upiększających i innych o charakterze SPA, wellness, beauty), które zapewnić mają uczestnikom dobre samopoczucie i szeroko rozumiany dobrostan. Bardzo często równolegle oferuje się w hotelach funkcje konferencyjno-szkoleniowe i organizacji imprez okolicznościowych. W miastach wzrasta liczba ośrodków rehabilitacyjno-kosmetycznych typu Day-SPA i medycyny estetycznej. Zwraca się uwagę na brak całościowego (holistycznego) podejścia do zdrowia turystów, w tym kuracjuszy, zwłaszcza że poszczególne uzdrowiska, oprócz specjalistycznych podstawowych usług, oferują coraz szerszy, komercyjnie kształtowany, zestaw zabiegów o charakterze SPA, o celach relaksacyjnych, lecz niesprawdzalnych skutkach medycznych.

Słowa kluczowe: turystyka zdrowotna, SPA & wellness, prozdrowotne funkcje turystyki, uzdrowiska, medycyna holistyczna.

1. Wstęp

W artykule podjęto tematykę współczesnych usług wspomagających zdrowie w Polsce – z wyłączeniem dziedziny oficjalnej służby zdrowia, która mieści się w podstawowych, konstytucyjnych kategoriach działań państwa. Przeanalizowano dostępne na rynku usługi zawierające takie rodzaje ofert, które zachęcają społeczeństwo do dobrowolnego podejmowania działań powodowanych dbałością o stan zdrowia i ogólny dobrostan jednostki, co często, choć nie zawsze, wiąże się z podróżowaniem i turystyką.

Aksjomatem jest stwierdzenie, że zdrowie jest jedną z najważniejszych wartości człowieka współczesnego. Dbłość o zachowanie i dobry stan zdrowia staje się priorytetowym celem codziennego życia cywilizowanych społeczeństw, a popyt na produkty i usługi z nim związane zostaje w warunkach wolnego rynku w szybkim tempie zaspokajany przez mnożące się oferty skierowane zarówno do osób chorych, jak i zdrowych.

Jednocześnie z poziomem dziedzin medycznych służących zapobieganiu i terapiom istniejących chorób cywilizacyjnych, a także społecznie uwarunkowanych niewydolności psychofizycznych organizmu człowieka, w ostatnich dekadach ma miejsce szybki wzrost usług paramedycznych i kosmetyczno-estetycznych oraz promujących zdrowy styl życia, co wiąże się, zgodnie z prawami rynku, z popytem na taką ofertę. Skuteczność stosowanych metod zabiegów, szkoleń, treningów nie zawsze jest jednak sprawdzalna i w pełni udokumentowana, co może stwarzać warunki do pewnych nadużyć lub stosowania form paramedycznych na pograniczu placebo lub rozmaitych krótkotrwałych efektów relaksacyjnych.

Zjawiska takie występują niezależnie od elementów powszechnej polityki zdrowotnej¹ kraju oraz działań publicznych sprzyjających właściwemu trybowi życia, a przeciwstawiających się zagrożeniom zdrowia społeczeństwa. Statystyka mówi o podnoszeniu się poziomu występowania wielu groźnych chorób, przede wszystkim tych, które nazywa się cywilizacyjnymi², a których skutki objawiają się nie tylko utratą dobrego samopoczucia jednostek, ale i generalnie rosnącymi kosztami społecznymi i finansowymi. Przeznacza się spore środki na walkę z rozpoznanymi chorobami, na ich leczenie i próbę przywracania jednostek do sprawności.

1 A. Chłoń-Domińczak, M. Góra, *Polityka zdrowotna – wykład*, Polityka Gospodarcza i Społeczna, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2012.

2 L. Bąk-Romaniszyn i współautorzy, *Choroby społeczne i cywilizacyjne – wybrane zagadnienia*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź 2013.

Rozpatrując zjawisko kompleksowo, zaobserwować można trendy coraz silniejszego rozwarstwiania lecznictwa publicznego na funkcje specjalistyczne, z terapią w ramach poszczególnych grup chorób i leczenia narządów organizmu człowieka, a nie na kompleksowe ocenianie i diagnozowanie jednostki ludzkiej – w jej holistycznie rozumianym psychosomatycznym bycie. To samo dotyczy ośrodków uzdrowiskowych, które posiadając określone naturalne walory klimatyczne i surowce lecznicze, wykazują specyfikę oferowanych zabiegów przyrodoleczniczych w powiązaniu z profilem leczniczym, choć ostatnio promują też coraz szerszy wachlarz usług towarzyszących z zakresu SPA³, a także koncepcji „wellness” (według definicji dr. Halberta Dunna z końca lat 50. XX w.: jest to „filozofia życia, której celem jest osiągnięcie dobrego samopoczucia poprzez harmonię ciała, umysłu i ducha”). Coraz bardziej popularna jest również dziedzina „beauty” – szeroki zestaw wszechstronnych, profesjonalnych działań dotyczących urody traktowanej jako symptom zdrowia, do której to kategorii należy zarówno kosmetyka, dietetyka, jak i znaczna część medycyny estetycznej.

2. Zdrowie publiczne i warunki jego zachowania

Szeroko pojęty fenomen zdrowia pozwala na zestawienie warunków, jakie powinny być kreowane dla utrzymania zdrowia w ramach dziedzin społecznych i usługowych. Warunki te uwzględniają definicję zdrowia publicznego określoną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), która bierze pod uwagę także „zorganizowany wysiłek społeczny” oraz funkcje współczesnych usług i dziedzin mu odpowiadających⁴.

ZDROWIE FIZYCZNE I PSYCHOSOMATYCZNE

- branże usługowe i dziedziny życia społecznego:

- Lecznictwo (terapia) – we wszystkich organizacyjnych formach;
- Rehabilitacja;

³ D. Dryglas, *Kształtowanie obiektu spa jako innowacyjnego uzdrowiskowego produktu turystycznego w Polsce*, [w:] A.R. Szromek (red. nauk.), *Uzdrowiska i ich znaczenie w gospodarce turystycznej*, Proksenia, Kraków 2010.

⁴ Zdrowie publiczne jest to zorganizowany wysiłek społeczny, realizowany głównie przez wspólne działania instytucji publicznych, mający na celu polepszenie, promocję, ochronę i przywracanie zdrowia ludności. Obejmuje, między innymi, takie rodzaje działalności, jak analizę sytuacji zdrowotnej, nadzór zdrowotny, promocję zdrowia, zapobieganie, zwalczanie chorób zakaźnych, ochronę środowiska i sanitację, działania przygotowawcze na wypadek katastrof i nagłych sytuacji zdrowotnych oraz medycynę pracy” (Światowa Organizacja Zdrowia, *Public Health*, [w:] *Health Systems Strengthening Glossary*, 2013).

- Medycyna estetyczna;
- Profilaktyka (zapobieganie chorobom);
- Edukacja i promocja zdrowotna;
- Fitness, odnowa biologiczna;
- Spowalnianie procesów starzenia;
- Turystyka zdrowotna, w tym turystyka uzdrowiskowa i medyczna;
- Rekreacja i sport;
- Pobyty klimatyczne, SPA, wellness & beauty.

WARUNKI ZACHOWANIA ZDROWIA:

- Warunki środowiska życia (stan czystości powietrza, wody, poziomu hałasu);
- Stan odżywiania się;
- Higiena życia dnia codziennego;
- Kosmetyka i zachowanie urody;
- Potencjał psychiczny, poziom stresu;
- Fizyczna jakość życia, warunki jego przedłużania;
- Styl życia, well-being, samorealizacja;
- Socjalizacja jako czynnik zdrowia fizycznego, promowanie standardów zdrowia.

Obowiązek zapewniania społeczeństwu warunków sprzyjających zdrowiu powinien być poważnie traktowany, o czym świadczy art. 68 Konstytucji RP, który zobowiązuje władze publiczne do zorganizowania obywatelom równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Podkreśla się, że organizacje i instytucje opieki zdrowotnej stoją przed problemem godzenia nie zawsze spójnych celów. System działań współczesnych związanych z poprawą stanu publicznej służby zdrowia, choć budzi częste kontrowersje społeczeństwa i jeszcze w niewystarczającym stopniu zwraca uwagę na profilaktykę chorób, krzewi propagandę zdrowego stylu życia i promocję prozdrowotną. Świadczy o tym wydłużający się wiek społeczeństwa i szybki wzrost technologicznego poziomu urządzeń diagnostycznych i przeprowadzanych badań. Powinna kształtować się coraz silniej świadomość na temat po-

wszechnej odpowiedzialności za zdrowie, z uwzględnieniem zarówno kryteriów klinicznych, jak i finansowych. Dotyczy to także rekreacji ruchowej oraz gospodarki i wiedzy dotyczącej żywienia, aby zminimalizować konieczność leczenia ujawnionych już chorób na korzyść zarówno długiego życia człowieka, jak i jego standardu pojmowanego holistycznie⁵. Należy jednak podkreślić, że medycyna zwana *holistyczną* (od greckiego: *holos* – „cały”) lub *naturalną* nie jest obecnie traktowana jako kompleks wiedzy i terapii harmonijnie wiążących ogół czynników stanowiących o zdrowiu człowieka, co rozwinęto w p. 6. Analizując literaturę przedmiotu i źródła netograficzne, zwraca uwagę fakt, że uznaje się ją za dziedzinę specyficzną, nie w pełni naukową, stosującą nie zawsze akceptowane przez medycynę oficjalną metody leczenia niektórych chorób i uzależnień.

3. Turystyka zdrowotna – szerokie rozumienie pojęcia

Przechodząc do zagadnień związanych z funkcjami turystyki zdrowotnej, określa się tradycyjnie jej zakres i cele (sformułowane prawie pół wieku temu przez J. Wolskiego) jako „świadome i dobrowolne udanie się na pewien okres poza miejsce zamieszkania w czasie wolnym od pracy, w celu regeneracji ustroju, dzięki aktywnemu wypoczynkowi fizycznemu”⁶. Wyjazdy te ukierunkowane są na cel terapeutyczny i rehabilitacyjny (*turystyka medyczna*, *turystyka uzdrowiskowa*), ostatnio też na upowszechniający się dynamicznie zespół różnorodnych zabiegów związanych z dbałością o ciało, urodę oraz stan fizyczny i psychiczny jednostki (*turystyka korzystająca z oferty SPA & wellness*), co przekłada się na: zabiegi kosmetyczne, relaksacyjne, edukację i kursy dietetyczne, jak też liczne metody postępowania obniżającego poziom stresu związanego z codziennym, intensywnym trybem życia i niezdrowym środowiskiem, szczególnie w dużych miastach.

Najważniejszą funkcję w turystyce zdrowotnej pełni ewidentnie turystyka uzdrowiskowa realizowana w obszarach lecznictwa uzdrowiskowego, które predestynowane są do wykorzystania i ochrony występujących w nich naturalnych surowców leczniczych⁷. Jednak i w tej dziedzinie coraz częściej mają miejsce liczne organizacyjne i gospodarcze przemiany, prowadzące do przewar-

5 Takie ujęcie proponował już w roku 1920 prof. Uniwersytetu w Yale C.-E.A. Winslow w: *The Untilled Fields of Public Health*, Science 51 (1306).

6 J. Wolski, *Turystyka zdrowotna a uzdrowiska europejskich krajów socjalistycznych. Problemy uzdrowiskowe*. Materiały informacyjne i naukowo-badawcze z zakresu lecznictwa, balneotechniki, ekonomiki uzdrowiskowej oraz turystyki w uzdrowiskach, z. nr 5/53, Warszawa 1970.

7 M. Mika, D. Ptaszycka-Jackowska, *Formy turystyki zdrowotnej*, [w:] W. Kurek (red.), *Turystyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

tościowania celów podróży turystycznej⁸. Polega to na tworzeniu nie tyle *stricte* kuracyjnych, tradycyjnych typów pobytów, lecz także nastawionych na relaks, rozrywkę, szeroki udział turystów (nie zawsze kuracjuszy) w życiu kulturalnym miejscowości uzdrowiskowych, ze znacznym udziałem ofert SPA, szczególnie w formach prywatnych.

Analogicznie obserwuje się dywersyfikację form oraz celów pobytów turystycznych w innych rodzajach wojaży zawierających czynniki prozdrowotne. Warunek aktywnego wypoczynku fizycznego w cytowanej wyżej definicji turystyki zdrowotnej według Wolskiego występuje w licznych przejawach turystyki, w szczególności we wszelkich kategoriach *turystyki kwalifikowanej (specjalistycznej)* obejmującej aktywne formy ruchu fizycznego uczestników, sporty, wędrówki; niejednokrotnie wymagające specjalnych umiejętności lub certyfikatów sprawności. Bogate w swej treści formy uprawianej współcześnie turystyki ujawniają powszechne współistnienie celu głównego (wypoczynkowy, poznawczy, kuracyjny itd.) z różnorodnymi aspektami pobocznymi, jakie znajdują się w zasięgu dostępności i oferty w miejscach odwiedzanych.

Nawet pobieżny przegląd miejscowości turystycznych w Polsce wskazuje na bogactwo funkcjonujących w nich wyspecjalizowanych form usług sprzyjających zdrowiu, aktywnej rekreacji, a także ofert usług ściśle medycznych. Również w kompleksie usług dla mieszkańców miast dużych i wielu średnich rozwija się coraz intensywniej sektor ofert przedsiębiorstw służących zdrowiu i rekreacji. Zakres ich działania obejmuje zabiegi oraz rozliczne formy treningów i porad specjalistycznych w placówkach rehabilitacji zdrowia, gabinetach odnowy biologicznej, siłowniach i salonach kosmetycznych, a także jednostkach medycyny estetycznej, SPA & wellness, poradniach dietetycznych itd. Są to placówki prywatne, dostępne poza Narodowym Funduszem Zdrowia, których działalność z pewnością nie łągodzi braków, w tym często złej organizacji, funkcjonowania oficjalnej służby zdrowia, lecz stanowi istotny potencjał promocji zdrowego stylu życia społeczeństwa. Poprawie ulega także poziom edukacji zdrowotnej w szkołach w ramach szeroko pojmowanej wiedzy ekologicznej, choć i w tym zakresie wymagany jest stały postęp i promowanie właściwych wzorców.

W literaturze przedmiotu dotyczącej turystyki zdrowotnej rozpatrywanej z punktu widzenia miejsc i obszarów jej występowania, a więc celów przestrzennej destynacji, problematyka ograniczana jest zazwyczaj do tematyki uzdrowiskowej, z pominięciem innych form spełniających takie funkcje. Z kolei

8 A.R. Szroma, *Cechy atrakcyjności polskich uzdrowisk*, [w:] *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej*, seria: Organizacja i Zarządzanie, z. 64, 2013.

w dokumentach oficjalnych, do jakich należy „Marketingowa Strategia Polski w sektorze turystyki na lata 2012–2020”, turystykę zdrowotną zalicza się do działu „Turystyki rekreacyjnej, aktywnej i specjalistycznej”, realizowanej w celu regeneracji sił fizycznych i psychicznych, uwzględniających szeroki zakres rekreacji przy wykorzystaniu walorów środowiska naturalnego (góry, jeziora, rzeki, wybrzeże), a także imprez turystyki specjalistycznej (tzw. kwalifikowanej). Do tej grupy należą również „wyjazdy wypoczynkowe i/lub lecznicze do uzdrowisk, wykorzystujących naturalne warunki lecznicze”⁹.

Zauważając rozbieżności w uznawaniu form podróży i związanych z nimi aktywności za turystykę zdrowotną, w p. 4. przedstawia się krótką charakterystykę tych rodzajów turystyki, które odgrywają znaczącą rolę w utrzymaniu i regeneracji zdrowia, poza najbardziej reprezentatywną w realizacji takich celów – turystyką uzdrowiskową, krótko omówioną w p. 5.

4. Formy turystyki sprzyjające zdrowiu i ich podstawowe funkcje

4.1. Turystyka wiejska

Turystyka wiejska (*agroturystyka*) wywiera niezaprzeczalnie pozytywny wpływ na zdrowie jej uczestników. Definiowana jest ona w literaturze przedmiotu rozmaicie, a według J. Majewskiego obejmuje te „formy turystyki, które odbywają się w środowisku wiejskim o nieurbanizowanej zabudowie, tradycyjnych strukturach społecznych, atmosferze lokalności, małej skali zakwaterowania, osobistych kontaktach”¹⁰.

W turystycznej Marketingowej Strategii Polski wskazuje się, że „turystyka na terenach wiejskich” obejmuje „wszelkie formy aktywności na tych obszarach, w tym pobyty w gospodarstwach rolnych, imprezy folklorystyczne, rzemiosło ludowe, tradycyjne życie na wsi, ekoturystykę, zwiedzanie parków narodowych i rezerwatów”¹¹.

Środowisko wiejskie posiada wyjątkowo bogaty potencjał prozdrowotny dający możliwość efektywnego wypoczynku. Przewyższa ono jakością warunków proekologicznych wiele statutowych miejscowości uzdrowiskowych, zarówno biorąc pod uwagę czystość powietrza, dostępność zdrowej żywności,

9 Marketingowa Strategia Polski w sektorze turystyki na lata 2012–2020 (aktualizacja dokumentu z 2008 r.), przyjęta przez Radę POT 5.12.2011; koncepcja i redakcja: B. Walas.

10 J. Majewski, *Turystyka wiejska – między rozwojem a ochroną dziedzictwa*, [w:] *Rozwój obszarów wiejskich w perspektywie integracji z Unią Europejską*, Instytut Socjologii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 1998, s. 139.

11 Marketingowa Strategia Polski w sektorze turystyki na lata 2012–2020, 2011, op. cit.

jak i łatwy kontakt z przyrodniczymi wartościami otoczenia, a także bezstresowy styl życia. Te czynniki wskazują na słuszność zaliczenia turystycznych pobytów na wsi do form, które w pełni służą zdrowiu psychofizycznemu. Najczęściej z form tych korzystają rodziny mieszkające w miastach, głównie dużych, odpoczywających w okresie letnich wakacji szkolnych na wsi wraz z dziećmi, ciesząc się formami nazywanymi niegdyś „wakacjami pod gruszą”¹².

Kompleks cech i uwarunkowań pozytywnych dla zdrowia człowieka w działalności gospodarstw agroturystycznych i na terenach wiejskich był podstawą utworzenia pojęcia *agrotterapia*¹³ obejmującego całokształt działalności leczniczych powiązanych z produktami i usługami, jakie kreować można na wsi. Należą tu, łącznie z aeroterapią, czyli pozytywnym oddziaływaniem świeżego powietrza na organizm człowieka, oferty mieszczące się w dziedzinach: *zooterapii*, z *hipoterapią* na czele (ale także: *dogoterapią* – zabiegami w ramach dobroczynnego kontaktu z psami, *felinoterapią* – z kotami itp.). Ponadto istnieje wiele form wykorzystania miejscowych specyfików roślinnych w aromaterapii: poprzez pozytywne oddziaływanie olejków roślinnych zawartych w roślinach, jak też w *apiterapii* – z użyciem produktów pszczelich i preparatów z nich sporządzonych¹⁴.

4.2. Turystyka pobytowa o celach prozdrowotnych

Poza klasycznymi formami turystyki wiejskiej i agroturystyki, zdominowanych w czasie urlopów i wakacji zazwyczaj przez rodziny z dziećmi, w osadniczych jednostkach wiejskich i w niektórych małych miastach powstają wyspecjalizowane ośrodki usług wspomagających zdrowie, jego poprawę i utrzymanie. Ich celem jest dążenie do przywracania optymalnej kondycji fizycznej, do profilaktyki chorób, do uzyskiwania pożądaných cech estetycznych, poprzez zapobieganie widocznym oznakom starzenia się i utraty witalności metodami właściwego, aktywnego trybu życia, diety itp.

Współcześnie, wobec szerokiej popularyzacji prawidłowego żywienia i przeciwstawiania się skutkom spożywania produktów typu *fast food* oraz błę-

12 Z punktu widzenia języka polskiego jest to z pewnością nazwa bardziej barwna, indywidualizująca popularnie używane w literaturze, w ofertach turystycznych i w samych jednostkach wiejskich, terminy zapożyczone z języka angielskiego, takie jak „agroturyzm” albo „agroturystyka” – nieoddające kameralnego charakteru tej formy spędzania czasu wolnego.

13 L. Przezbórska, M. Sznajder; podają za: A. Kotala, A. Niedziółka, *Kształtowanie przewagi konkurencyjnej w agroturystyce na przykładzie województwa małopolskiego*, [w:] *Roczniki Naukowe Stowarzyszenia Ekonomistów Rolnictwa i Agrobiznesu*, t. X, nr 2/2008.

14 A. Kotala, A. Niedziółka, op. cit., s. 55.

dom kulinarnym wynikającym z nadmiernej kaloryczności i sztucznie przetworzonych surowców, duże zainteresowanie na rynku turystyki, także wiejskiej, budzą wczasy oferujące specyficzne programy kulinarne, które można nazwać *turystyką dietetyczną*. Jej organizatorzy oferują swym klientom programy pobytu z dietą warzywno-owocową, odtruwającą, odchudzającą, podkreślając w swych materiałach promocyjnych gwarancję bądź sugestię odzyskania zdrowia i sił witalnych potencjalnych gości. Są to zazwyczaj pobyty dwutygodniowe, w ciągu których obowiązują specjalne reżimy dietetyczne wraz z towarzyszącą im aktywnością ruchową, dodatkowo wzbogacone wykładami (np. dr Ewy Dąbrowskiej – autorki „przeciwwzapalnego, organicznego oddziaływania” diety, w powiązaniu z metodą mechanicznej terapii kręgosłupa McKenziego)¹⁵.

Ofert takich jest wiele i budzą one szerokie zainteresowanie społeczeństwa, głównie o wyższym statusie finansowym, mimo braku dowodów naukowych na ich efektywność¹⁶. Osiąganie celów zamierzonych w trakcie warsztatów, turnusów, kursów organizowanych przez rozmaitych gestorów przedsiębiorstw nazywanych „ośrodkami rehabilitacji, zdrowia, profilaktyki” bywa często krótkotrwałe bądź nieudokumentowane. Do zestawu diet odtruwających, odkwaszających, odchudzających, odmładzających itd. dochodzi tu szereg innych metod rozpowszechnianych przez media, głównie Internet.

Należą do nich np.:

- *hirudoterapia* – metoda lecznicza wykorzystująca naturalne właściwości pijawek lekarskich (terapię tę przeżywają obecnie w świecie renesans; w USA, we Francji i Niemczech seanse pijawkami są refundowane przez Kasy Chorych);
- *treningi widzenia* (metodą psychologa M. Markiewicza) w powiązaniu z dietą odtruwającą i ruchem;
- *detoks*, czyli oczyszczanie organizmu z toksyn, oparte na konwencjonalnych terapiach postnych, na kuracji pitnej wód leczniczych (*krenoterapia*), a także korzystających ze zdobyczy dalekowschodniej medycyny alternatywnej; dzięki kuracjom ajurwedyjskim, w których

15 Na przykład: 1. Centrum Rehabilitacji i Zdrowia w Gołubiu w województwie pomorskim, które współpracuje z dr Ewą Dąbrowską – autorką i praktykiem diety warzywno-owocowej; 2. Ośrodek Profilaktyczno-Rehabilitacyjny im. Ojca Pio w Radawie k. Jarosławia; 3. Vital Spa Resort Czapielski Młyn w Brodnicy Górnej; 4. Mona Lisa Boutique Wellness & Spa w Kołobrzegu – Podczele i wiele innych.

16 K.J. Filipiak, M. Niewada, B. Tarchalska-Krynska, A. Czlonkowski, *The Students' and Doctors' Attitudes Toward Alternative Medicine: a Survey Study*, [w:] *Proceedings of the International Symposium held in Pilsen, Czechy 1998*.

odpowiednia dieta zostaje wsparta różnymi zabiegami, m.in. masażami leczniczymi. Są to przejawy rozwoju tzw. *medycyny naturalnej* („holistycznej”, „alternatywnej”), której szersza charakterystyka i problemy powiązań z medycyną konwencjonalną opisane są w p. 6.

Poza krajowymi uzdrowiskami, działają też ośrodki turystyki medycznej wyspecjalizowane w leczeniu określonych grup chorób i rehabilitacji pourazowej, a także medycyny estetycznej z fachowym personelem medycznym. Charakteryzują się one takim położeniem geograficznym oraz bliskością przyrodniczych i kulturowych atrakcji turystycznych, że pobyt w nich pozwala na regenerację ogólnych sił psychofizycznych, na wypoczynek i relaks. Metodami ułatwiającymi osiągnięcie pozytywnych efektów bywają tu rozmaite formy ruchu: wędrowniki piesze, rowerowe, konne, wodne. Taką miejscowością są np. Krojanty k. Chojnic w Borach Tucholskich – Prywatna Klinika Rehabilitacyjna lecząca choroby kręgosłupa i reumatyzm, oferująca wszechstronne formy rehabilitacji pourazowej, pooperacyjnej i odnowy biologicznej, uaktywnianie osób starszych oraz wiele innych działań zmierzających do poprawy i zachowania zdrowia.

4.3. Ośrodki SPA & wellness

Osobną grupę rozwijającą się bardzo dynamicznie, której celem jest dbałość o zdrowie usługobiorców w sensie psychofizycznym, stanowią obiekty hotelowe oferujące zabiegi typu SPA (zgodnie z hasłem SPA: *salus per aquam*) oraz *wellness* (lub *wellness and beauty*), bardzo często powiązane z organizacją spotkań biznesowo-konferencyjnych. Użytkownicy znajdują tu relaks i eliminację nadmiernego stresu, zabiegi kosmetyczne, upiększające i spowalniające procesy starzenia, w tym hydromasaże, zabiegi termalne i inne.

Początkowo kompleksy tych usług działały jako rozszerzenie oferty centrów uzdrowiskowych oraz towarzyszyły klasie luksusowych hoteli, których goście pragnęli wypoczywać w warunkach pozwalających na pełny relaks. Stopniowo ich rozwój pojawia się w znacznej liczbie hoteli przekształcanych w ośrodki aktywnego wypoczynku, promujących swe funkcje nie tylko jako zapewniające relaks i eliminujące nadmierny stres, ale też jako poprawiające stan zdrowia dzięki wiązaniu zabiegów kosmetycznych i odnowy biologicznej z czynnym wypoczynkiem ruchowym i sportem, niekiedy połączonym z zabiegami rehabilitacji medycznej. Często wiążą się one z możliwością wzięcia ze środowiskiem przyrodniczym, z wędrownkami krajoznawczymi i innymi rekreacyjnymi formami. Większość z nich wzbogaca swą ofertę usługową uruchamiając działalność konferencyjną, spotkań turystyki biznesowej, imprez rodzinnych

i towarzyskich – uniezależniając w ten sposób swój potencjał od wahań sezonowości.

Obiektów takich jest w Polsce coraz więcej, nazywają się one różnie: od Medical SPA & Wellness do SPA & Vital, Hotel & SPA, Agro-SPA, Resort & SPA, Resort & MediSPA, Natura Residence Business & SPA itp.

Jako przykład klasyczny prezentujący szeroką ofertę dla różnorodnych typów odbiorców, podać można ośrodek Dolina Charlotty Resort & Spa w Strzelinku koło Słupska. Oprócz bogatej infrastruktury pozwalającej na organizację konferencji, szkoleń, spotkań biznesowych, przygotowano tam dla gości atrakcje i możliwości zaspokojenia potrzeb rekreacyjnych, zdrowotnych, rozrywkowych, ale także poznawczych, w następujących segmentach usług:

- oferta aktywnego pobytu:
 - jazda konna w siodle lub w bryczkach;
 - park linowy;
 - kajaki, rowery wodne;
 - kręgle;
- oferta SPA: różnorodne formy, w tym SPA egzotyczne (Bali Hai);
- oferta poznawcza:
 - ZOO Charlotte;
 - fokarium;
 - wodne ZOO Safari („Wakacyjna przygoda”)¹⁷.

Obiekty i kompleksy takich usług zlokalizowane są często w miastach lub w ich pobliżu, oferują noclegi dla uczestników spotkań biznesowo-konferencyjnych, dysponując pełną gamą niezbędnych urządzeń audio-wizualnych, przyjmują też osoby prywatne, organizując dla nich imprezy rodzinne o ponadprzeciętnych standardach jakościowych. Jest więc oczywiste, że segmenty obsługiwanego rynku zainteresowane taką ofertą to grupy społeczne o wysokim statusie finansowym, klasa biznesmenów i przedsiębiorców, głównie przedstawiciele młodej grupy wiekowej, niekiedy gości zagranicznych.

Przeprowadzona dla celu niniejszego artykułu analiza bazy noclegowej w strefach podmiejskich dużych miast polskich wykazała, że wokół wszystkich

17 Dane z licznych materiałów promocyjnych ośrodka Doliny Charlotte w mediach publicznych.

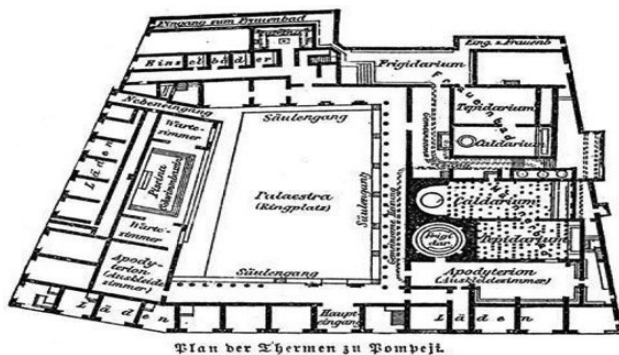
aglomeracji usytuowane są liczne hotele o specyfice usług biznesowych powiązanych ze SPA, organizacją konferencji, przyjęć rodzinno-towarzyskich, szkoleń i wszelkich innych zbiorowych eventów. Także w mniejszych miastach działa wiele podobnych kompleksów hotelarskich, przy czym popularne jest dążenie do oferowania klientom swoistego luksusu, designerskiego wyposażenia wnętrz (niekiedy mających znamiona kiczu), nowoczesnych urządzeń relaksacyjno-rekreacyjnych. Wiąże się to często z oryginalnymi (często pretensjonalnymi) nazwami pakietów usług, czemu towarzyszą zazwyczaj wysokie ceny.

Dla zilustrowania różnorodności występujących w polskich hotelach ofert prozdrowotnych, stopnia ich atrakcyjności i oryginalności, wymienia się poniżej wybrane przykłady:

- a) Pałac Saturna & Termy Rzymskie; Świątynia Zdrowia i Energii w Czeladzi – kompleks zorganizowany na wzór starożytnych term w Pompejach (*vide* ryc. 1) oferuje, w odrestaurowanym pałacu o ponadstuletniej historii, 25 apartamentów nazwanych imionami bogów rzymskich, stylowo urządzone, o powierzchni od 20 do 148 m², a niezależnie od noclegów, bogaty asortyment usług SPA & wellness. Cel kilkudziesięciu zabiegów ukierunkowany jest tu na efekty rekreacyjne, relaksacyjne, zapobieganie chorobom, podnoszenie odporności organizmu. Można je pogrupować, zgodnie z dostępnymi promocyjnymi materiałami (ryc. 2), następująco:
 - termy rzymskie i sauny (Świątynia Saturna – zewnętrzna, parowa na 100 osób, Świątynia Wenus – solno-kamienna na 34 osoby; Sauna Cezara, Sauna Wrażeń, Sauna Kleopatry – różniące się wysokością temperatury i stopniem wilgotności, co wiąże się z okresem trwania bezpiecznego i wskazanego dla zdrowia zabiegu oraz jego ceną);
 - łaźnie i tężnie termalne oraz urządzenia z nimi powiązane z zakresu aromaterapii, koloroterapii, muzykoterapii (Laconium – łaźnie suche, Rasul – łaźnie błotne, Caldaria – łaźnie kwiatowa i ziołowa o działaniu oczyszczającym i udrażniającym drogi oddechowe, grotta termalna, zewnętrzne jacuzzi, Tepidarium – wypoczywalnia i inne pomieszczenia, łaźnia piwna BBB w strefie VIP);
 - baseny zewnętrzne i wewnętrzne (z przeciwprądem, z leżankami masującymi, Frigidarium – studnia z zimną wodą, Świątynia Wody – z biczami wodnymi, kaskadą wodną itp.);

- strefa VIP z osobnym wejściem w Pałacu Saturna mieszcząca szatnie, obsługę, dostęp do apartamentów oraz kompleksu SPA.

Zakres usług w ośrodku jest bardzo szeroki, w znacznej mierze zabiegi pogrupowano w pakiety sprzedawane dla marketingowo zdefiniowanych segmentów (barwnie nazywane, dla przyciągnięcia określonych grup gości zasobnych majątkowo).



Rycina 1. Rzut poziomy starożytnych Term w Pompejach, na których próbowano oprzeć funkcje Pałacu Saturna – Term Rzymskich w Czeladzi

Źródło: materiały promocyjne Pałacu Saturna, 2016.



Rycina 2. Plan Pałacu Saturna – Term Rzymskich w Czeladzi

Źródło: materiały promocyjne Pałacu Saturna, 2016.

PLAN PAŁACU SATURNA – TERM RZYMSKICH – LEGENDA:

1. Recepcja / Wejście główne	20. Tepidarium – wypoczywalnia
2. Apodyterion – szatnie męskie, WC, prysznic	21. Calidarium – grotka termalna
3. Apodyterion – szatnie damskie, WC, prysznic	22. Tężnia Termalna – łaźnia solna
4. Plaża naturystyczna	23. Rasul – łaźnia błotna
5. Restauracja / Bar	24. Hammam – masaże
6. Wypoczywalnia	25. Recepcja Wellness
7. Ogród zimowy	26. Caldaria – łaźnia ziołowa
8. Basen zewnętrzny	27. Caldaria – łaźnia kwiatowa
9. Basen z leżankami masującymi	28. VIP Apodyterion – szatnie, WC, prysznic
10. Basen z przeciwprądem	29. Plaża
11. Świątynia Słońca – solarium	30. Świątynia Saturna / seanse parowe
12. Świątynia Kleopatry – kąpiel i masaż	31. Grill
13. Świątynia Wody – Pysznice Wrażeń	32. Palarnia
14. Frigidarium – studnia zimnej wody, natrysk	33. Zewnętrzne jacuzzi
15. Atrium z fontanną lodową	34. Antyczne ogrody
16. Sauna Kleopatry – koloroterapia	35. Świątynia Wenus
17. Bio Sauna – Sauna Wrażeń	36. Tarasy
18. Sauna Cezara / seanse parowe	37. Beach Bar
19. Laconium – łaźnia sucha	38. Scena koncertowa / leżanki do opalania

b) Hotel Krasicki History & SPA w Lidzbarku Warmińskim, usytuowany w zabytkowym obiekcie przyzamkowym, wśród pakietów ofert, w ramach szerszego hasła „Odzyskaj równowagę”, jako metodę optymalizującą stan psychofizyczny gości wymienia np. „Świat aromatów warmińskich” (cena pobytu z jednym noclegiem – 1090 zł), zawierający nieograniczony dostęp do Centrum Wellness (basen z hydromasażami, jacuzzi i kompleks saun oraz sala fitness) oraz zestaw zabiegów SPA:

- dla kobiet: aksamitny masaż twarzy z ceramidami, cukrowy peeling całego ciała z sosnowym aromatem zwany „warmińska sosna”, aromaterapeutyczny masaż pleców i stóp ciepłymi kamieniami, wygładzający „rytuał” SPA dla dłoni;

- dla mężczyzn m.in.: „Magiczny Dotyk” – masaż twarzy, szyi i klatki piersiowej połączony z energetycznym masażem dłoni, stóp i brzucha, albo też aromatyczny masaż pleców, ramion i karku ciepłym miodem zwany „Z pasieki biskupów”, a także Manexpress manicure i inne zabiegi.

W hotelu prowadzi się formy zachęt marketingowych w postaci programów „wyjątkowy gość”, uprawniających do rabatów na dodatkowe usługi, także konferencyjne.

W Polsce istnieje obecnie bardzo wiele hoteli oferujących swym klientom usługi o charakterze rozrywkowo-rekreacyjnym, możliwości różnorodnych, aktywnych form pobytu, tworzenia wyjątkowych, komfortowych, często egzotycznych, ofert kosmetycznych i upiększających, warunków organizowania imprez biznesowych, kulturalnych i rodzinnych. Zazwyczaj są to obiekty wysoko standardowe, co wiąże się z wygórowanymi cenami usług, lecz również znaleźć można hotele dwu- i trzygwiazdkowe, które dla wzbogacania swego potencjału na rynku bazy noclegowej, poszerzają w podobny sposób gamę ofert.

4.4. Paraturystyczne formy usług prozdrowotnych w miastach

Do zbioru obiektów świadczących usługi prozdrowotne i szerzących nawyki prawidłowego trybu życia społeczeństwa, zarówno w kategorii ludzi młodych, jak i starszej generacji, należą coraz liczniejsze placówki rozwijające swą działalność w miastach, szczególnie dużych. Służą one, głównie odpłatnie, mieszkańcom stałym miast, ale niekiedy korzystają z nich również klienci zamiejscowi, a więc i turyści.

Do grupy tej należą prywatne ośrodki rehabilitacyjne i odnowy biologicznej oferujące zabiegi profesjonalnej fizykoterapii, specjalistycznej ruchowej rehabilitacji pourazowej, usprawniania pacjentów po przebytej chorobie – z zastosowaniem nowoczesnej aparatury (laserowej, magnetycznej itd.). Ponadto, w związku z istniejącym dużym zapotrzebowaniem na działalność związaną z sektorem „beauty”, wzrasta dynamicznie liczba gabinetów odnowy biologicznej, gimnastyki ogólnie usprawniającej i fitnessu, salonów kosmetycznych z zabiegami masażu i upiększania ciała, porad dietetycznych, makijażu, wizażu, treningów i ćwiczeń. Popularność takich ofert wiąże się z problemami życiowymi i dolegliwościami charakterystycznymi dla współczesnego pokolenia mieszkańców ośrodków zurbanizowanych przebywających w środowisku o zanieczyszczonym powietrzu i hałasie, spędzających wiele godzin dziennie w postawie siedzącej, o niewystarczającej aktywności ruchowej oraz niezdrowym sposobie odżywiania się, co prowadzi do otyłości i chorób cywilizacyjnych.

Jednocześnie, zbytni na tego typu porady, kursy i zabiegi sprzyja zwiększające się w krajach o wysokim stopniu cywilizacji zainteresowanie zdrowszym trybem życia, szerzonym przez media. Ogromną rolę odgrywają tu trendy wzrostowe dbałości o urodę ciała, szczupłą sylwetkę i inne fizyczne zalety jednostki, co w pewnym stopniu powiązane jest z szerokim paradygmatem ekologicznym. Dlatego też powstają w miastach liczne ośrodki usług oferowanych w przeszłości przez publiczne placówki służby zdrowia i uzdrowiska, z wykorzystaniem sprowadzanych do miast substancji leczniczych krajowych i zagranicznych, a także wyposażone w nowoczesną aparaturę medyczną i kosmetyczną.

Do takich przedsięwzięć należą np. modne w wielu miastach grotty solne i jodowo-solne – pomieszczenia ze ścianami wyłożonymi blokami solnymi i stropami ze stalaktytami solnymi, oświetlonych wielokolorowymi lampami. Przy temperaturze ca` 24°C i wilgotności do 45%, powietrze nasycone cennymi dla zdrowia pierwiastkami leczy drogi oddechowe pacjentów. Ta metoda lecznicza (*haloterapia*) w sposób naturalny stosowana już była od II połowy XIX w. w Wieliczce, a także w jaskiniach solnych Bochni, a w latach 60.-70. XX w. w Inowrocławiu przed zalaniem kopalni soli. Obecnie na rynku usług wielu dużych miast działają sztucznie tworzone grotty (np. w Poznaniu w zabytkowych piwnicach kamienicy śródmiejskiej)¹⁸, które funkcjonują w systemie dziennej, ambulatoryjnej terapii, tak jak i inne prywatne zespoły usług rehabilitacyjnych i prozdrowotnych, wcześniej dostępne jedynie w miejscowościach o statusie uzdrowiskowym.

Przykładem sprawnie działającego kompleksu wielkomiejskiego jest Rewital – Ośrodek Fitness i Dietetyki w Bydgoszczy przy Wyższej Szkole Gospodarki. Stworzono tam nowoczesne i sprawnie działające usługi, treningi relaksacyjne i zabiegi, takie jak:

- siłownia (w strefie „cardio”, siłowej i funkcjonalnej);
- fitness (zumba dla dorosłych i juniorów, Freestyler, joga, Shape, Pilates i inne formy);
- Kapsuły Vacu (Vacu Infrared, Vacu Activ);
- strefa seniora („Ruch i Relaks”, fitness dla seniora);
- odnowa biologiczna.

¹⁸ W Bydgoszczy grotta jodowo-solna „Helen” oferuje inhalacje solą z Morza Martwego przy stężeniu jodem wielokrotnie wyższym niż nad morzem (na podstawie materiałów promocyjnych, 2015).

Przykład tego centrum fitnessu i dietyki jest symptomatyczny dla dzisiejszego profilu usług prozdrowotnych w ramach prywatnych przedsięwzięć obsługi ludności, która przywiązuje coraz większą wagę do szeroko rozumianego dobrostanu jednostki, łącznie z aspektem estetycznym człowieka, jego sprawnością fizyczną oraz kreowaniem codziennych nawyków życiowych.

5. Uzdrowiska – centra turystyki zdrowotnej

Tradycyjnie najważniejszymi ośrodkami pełniącymi funkcję turystyki zdrowotnej są miejscowości uzdrowskie o funkcji terapeutycznej i rehabilitacyjnej, posiadające prawnie przyznany status¹⁹ dzięki zasobom naturalnym i odpowiednim urządzeniom medycznym oraz profesjonalnej kadrze, a także niezbędnej bazie noclegowej sanatoryjnej i szpitali uzdrowskich, hotelom i pensjonatom oraz bazie towarzyszącej.

Historycznie wywodzą się one z miejsc wykorzystujących źródła termalne, których geneza sięga term starożytnych Imperium Rzymskiego, stanowiących w miastach (*vide* Rzym, Sirmione, Bath, St. Moritz itd.) centra higieny, spędzania czasu wolnego, a nawet życia towarzyskiego. W Polsce wodolecznictwo mineralne i termalne oraz terapie klimatyczne stosowano już w średniowieczu, zaś era nowożytna wprowadziła konkretne, wyspecjalizowane funkcje w wielu miejscowościach, szczególnie podgórskich, choć także położonych na nizinach²⁰. Do dziś większość tych ośrodków rozwija swe funkcje uzdrowskie²¹, a ich artefakty świadczące o barwnej historii wzbogacają atrakcyjność pobytów kuracyjnych. Obecnie posiadamy w Polsce 45 miejscowości uzdrowskich statutowych, choć istnieje wiele potencjalnych ośrodków mających szansę na uzyskanie takiego statusu.

Zauważalny stan przemian w naszych uzdrowskach w ciągu ostatnich dziesięcioleci, wyraża się:

- wzrostem usług prywatnych na niekorzyść finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS i PFRON (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych);
- znaczną rozbudową sektora funkcji pomocniczych typu SPA & well-

19 Status uzdrowska dla miejscowości reguluje Ustawa z 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowskim, uzdrowskach i obszarach ochrony uzdrowskiej oraz o gminach uzdrowskich.

20 A. Madeyski, *Zarys historii polskich uzdrowsk*, [w:] *Uzdrowska zapraszają – informator uzdrowsk polskich*, Izba Gospodarcza „Uzdrowska Polskie”, 2005.

21 Prof. Ludomił Korczyński w *Szkiecu rozwoju zdrojowisk i uzdrowsk* podał, że w 1928 r. istniało w Polsce 440 uzdrowsk i letnisk, w tym 220 w Małopolsce; podają za: A. Madeyski, op. cit.

ness, wprowadzanych do bardzo wielu sanatoriów i hoteli, bez związku z ich surowcami leczniczymi;

- rozwojem funkcji kultury i rekreacji oraz turystyki pozazdrowotnej w miejscowościach, co stymuluje przybywanie gości, których głównym celem pobytu jest nie tyle leczenie i/lub rehabilitacja, lecz szerzej rozumiana turystyka proekologiczna, prozdrowotna, a więc formy ruchu prewencyjne w stosunku do chorób cywilizacyjnych itp.²²

W kontekście problematyki niniejszego artykułu wymaga podkreślenia system lecznictwa uzdrowiskowego polegający na korelacji profilu schorzenia kuracjuszy z kierowaniem ich przez lekarzy do konkretnych uzdrowisk. W publikowanych powszechnie źródłach wszystkie uzdrowiska charakteryzowane są według tworzyw balneologicznych, jakimi dysponują, ściśle powiązanych z metodami terapeutycznymi, rehabilitacyjnymi i fizykoterapeutycznymi dotyczącymi chorób, na jakie oddziałują leczniczo.

Dla istniejących polskich uzdrowisk wymienia się w oficjalnych informatorach osiemnaście różnych głównych wskazań leczniczych, przy czym najpopularniejsze są choroby reumatologiczne (35 uzdrowisk) i ortopedyczno-urazowe (26 uzdrowisk), dróg oddechowych (23 uzdrowiska), przy czym aż 12 wskazań dotyczy tylko górnych, bądź dolnych dróg oddechowych; najmniej natomiast: chorób oczu, cukrzycy, krwi i układu krwiotwórczego. Stąd też skierowanie pacjentów do Ciechocinka wskazane jest dla 11 specyficznych grup schorzeń, do Gołdapi – dla 10 grup, Dusznik-Zdroju – dla 9 grup. Żegiestów-Zdrój, Szczawnica czy Goczałkowice-Zdrój, a także Augustów, Polanica-Zdrój i inne – wskazują tylko 3–5 grup schorzeń, a Długopole-Zdrój wskazane jest dla chorób naczyń obwodowych i układu trawienia.

Jest to podejście logiczne dla wyspecjalizowanej medycyny uzdrowiskowej, jednak nie idzie w parze z terapią zajmowania się całościowo organizmem ludzkim w jego fizycznych i psychicznych aspektach. Tematyka ta jest szeroko rozwinięta w wielu badaniach; w ostatnich czasach do listy głównych wskazań leczniczych uzdrowisk przy skierowaniach na terapię pacjentów i osób wymagających rehabilitacji, dołączają miasta posiadające bazę w systemie lecznictwa i rehabilitacji ambulatoryjnej²³, co zostało omówione w p. 4.5.

W ten sposób zostają osłabione wartości czynników środowiskowych (bioklimatycznych, krajobrazowych, przyrodniczych) kurortów, które niewąt-

22 R. Przybyszewska-Gudelis, *Uzdrowiska i miejscowości o funkcjach turystyki zdrowotnej w aspekcie kreowania produktu turystycznego*, [w:] *Turystyka a uzdrowiska*, Polskie Stowarzyszenie Turystyki, 2005.

23 L. Kostrzewski, P. Miączyński, *Za darmo do sanatorium z ZUS*, [w:] „Gazeta Wyborcza”, 13.10.2015.

pliwie odgrywać mogą znaczną rolę w ogólnej odnowie i utrzymaniu zdrowia przez osobę przebywającą w danej miejscowości.

Także słabo rozwinięta w uzdrowiskach jest profilaktyka związana z koniecznością zmiany patogenego trybu życia społeczeństwa, co podkreślone jest w literaturze przedmiotu²⁴. Powraca więc wyżej sygnalizowany problem wykorzystania potencjału medycyny uzdrowiskowej i szeroko rozumianej ekologii dla zdrowia publicznego jednostki i grup społecznych w sposób kompleksowy, holistyczny.

Analizując obecną ofertę uzupełniającą podstawowe działania balneologiczne i rehabilitacyjne w uzdrowiskach – zwraca się uwagę na coraz liczniejszy zestaw zabiegów i propozycji relaksowego spędzania czasu wolnego w formach pozamedycznych, odbiegających od typowej działalności w tym sektorze. Większość promowanych w mediach i wydawanych drukiem materiałów o prywatnej ofercie rynkowej uzdrowisk dotyczy działalności SPA, albo też wellness, gdyż zawiera usługi kosmetyczne, pielęgnacji ciała i psychicznego odprężenia. Proponowana długość tych pobytów zależy od klienta, ceny podawane są w odniesieniu do jednego zabiegu, ich pakietu, bądź pełnego dnia z noclegiem, albo też w cyklach tygodniowych, choć – zgodnie z twierdzeniem specjalistów – skuteczność pobytu w uzdrowisku wymaga co najmniej trzytygodniowego pobytu, gdyż reakcje adaptacyjne i kompensacyjne wywołują u większości kuracjuszy po dwóch tygodniach tzw. odczyn uzdrowiskowy, po którym dopiero następuje efekt poprawy stanu zdrowia²⁵.

Ofertami SPA i wellness dysponują obecnie wszystkie uzdrowiska, przy czym zakres zabiegów nie jest zależny od miejscowych surowców, na których bazuje wyżej podana specyfika wskazań zdrowotnych przypisana poszczególnym kurortom.

Jako przykład promowanych usług przeanalizowano źródła medialne oraz sytuację *in situ* odnoszącą się do uzdrowiska w Inowrocławiu, co wskazuje na znaczną komercjalizację takich usług, ale też na niewątpliwy popyt na nie.

Sanatorium „Pod Tężniami” w Inowrocławiu realizuje swą ofertę w działach: „Aktywny wypoczynek”, „Zdrowe ciało, zdrowy duch”, „Sól życia”, „Źródło zdrowia”, „Zdrowe plecy z terapią manualną”, podkreślając efekty wszystkich tych zabiegów jako: relaksujące, rewitalizujące, regenerujące. Wymieniane są różnorodne formy zabiegów dających „efekt odprężenia i poczucia równowagi

24 I. Ponikowska, *Medycyna uzdrowiskowa – istota, rola i kierunki działania*, [w:] *Uzdrowiska zapraszają – informator uzdrowisk polskich*, Izba Gospodarcza „Uzdrowiska Polskie”, 2005.

25 Ibidem, s.18.

energetycznej”, z modnymi we wszystkich centrach wellness „staroindyjskimi masażami gorącymi kamieniami”.

Uzdrowisko „Solanki Inowrocław”, dysponujące tradycyjnymi, stricte medycznymi, narzędziami uzdrowiskowymi – także promuje szeroką paletę pakietów w Centrum Rekreacji oraz SPA obejmującym pielęgnację ciała i twarzy, przy czym pakietom zabiegów przypisano nazwy skierowane do segmentów popytu, np. „Bądź piękna” (koszt – 210 zł), „Dla Przyjaciółek” (440 zł), „Zmysłowy Relaks dla Dwojga” (370 zł), „Piękna Mama” (160 zł) i inne. W nazwach konkretnych zabiegów dominują angielskie terminy, co sprzyja celom marketingowym (np. slimnastic, indoor cycling, fitball, odchudzanie z efektem after burn i inne). W każdym z tych centrów i sanatoriów proponuje się również usługi konferencyjne, szkolenia i rozmaite eventy w ramach dyspozycji lokalowych i recepcyjności.

Przykłady powyższe demonstrują oferty, jakie obecnie promowane są przez wszystkie uzdrowiska polskie; w wielu z nich specjalną uwagę zwraca się na segment rynkowy rodzin z dziećmi, dla których tworzy się osobne programy zajęć z animatorami zabaw, instruktorami nauki pływania itd.

6. Uwagi do podejścia holistycznego w medycynie

Medycyna konwencjonalna nie uznaje w pełni nieoficjalnych praktyk medycyny holistycznej i naturalnej jako nieudowodnionych naukowo, niezależnie od przyjaznego człowiekowi i pozytywnego społecznie rozumienia związków człowieka z naturą. Jednocześnie zwraca powszechną uwagę potrzeba traktowania w leczeniu pacjenta bardziej kompleksowo niż oferuje to współczesna organizacja publicznej służby zdrowia z jej podziałami według medycyny specjalistycznej i chorób poszczególnych organów. Dlatego też człowiek, jako istota psychosomatyczna, czuje niedostatek takiej opieki lekarskiej, która traktowałaby jego organizm i emocje w sposób bardziej synergiczny niż ma to miejsce w praktyce dzisiejszego leczenia, a także w turystyce zdrowotnej, w tym uzdrowiskowej. Odczuwają to szczególnie – jak wynika z obserwacji – osoby cierpiące równocześnie na kilka jednostek chorobowych, kierowane do coraz to innych specjalistów.

Wydaje się logiczne, że całościowe, zintegrowane podejście do pacjenta czy kuracjusza jest nieodzowne i może przynosić tylko pozytywne skutki, więc popierać należałoby stosowanie medycyny holistycznej i naturalnej, które postrzegają jednostkę ludzką jako całość psychofizyczną i zalecają dbanie o własne zdrowie w łączności z problematyką sfery fizycznej oraz psychiczno-duchowej.

Tymczasem, niezależnie od definicji w literaturze, która termin *medycyny holistycznej*, czyli całościowej, komplementarnej, określa jako „podejście do uzdrowienia pacjenta i jego życia w wymiarze fizycznym, emocjonalnym, mentalnym i duchowym”²⁶, w dostępnych źródłach bibliograficznych i netograficznych, terapie holistyczne prezentowane są łącznie ze stosowaniem praktyk psychotronicznych jako medycyna niekonwencjonalna, alternatywna, paramedycyna, co dyskredytuje w sposób zasadniczy powagę jej działania.

Uznając medycynę holistyczną za posługującą się metodami leczenia – wcale lub słabo akceptowanymi przez medycynę opartą na badaniach naukowych – zalicza się do niej przede wszystkim te narzędzia terapeutyczne, które w opinii większości lekarzy są bezwartościowe (np. bioenergoterapia), choć wiele z nich bazuje na wiekowej tradycji metod orientalnych, a niekiedy też medycyny ludowej. Już od starożytności wiadomo, że silne są związki i wpływy emocji chorego na przebieg leczenia, a potwierdzają to współczesne praktyki lekarskie. Jednostki nastawione optymistycznie do procesu aktywnego życia wykazują skłonność do szybszego zdrowienia niż osoby o pesymistycznej percepcji zjawisk je otaczających.

W Polsce działa Instytut Medycyny Holistycznej Vegamedica w Warszawie promujący się jako instytucja integrująca metody diagnostyczne i terapeutyczne medycyny akademickiej z komplementarną oraz najnowszymi osiągnięciami biofizyki. Diagnostami i terapeutami są tam lekarze, którzy oprócz wiedzy i praktyki klinicznej są specjalistami w wielu dziedzinach medycyny komplementarnej. Ich wiedza i doświadczenie pozwala również na prowadzenie szkoleń dla lekarzy i terapeutów z wielu dziedzin. Akademia Zdrowia – Instytut Medycyny Holistycznej w Łodzi, a także Gabinet Medycyny Komplementarnej – 3 MIARY w Krakowie oraz w Węgrzicach koło Krakowa, oferują podobne formy lecznictwa holistycznego. Oferty tych placówek ukierunkowane są jednak nie tyle na prawidłowe funkcjonowanie całego organizmu, lecz na walkę ze specjalistycznymi rodzajami dolegliwości (alergiami, pasożytami, toksynami itd.).

7. Podsumowanie

Jak sygnalizowano w początkowej części artykułu – jego celem było przestudiowanie współcześnie panujących w Polsce rodzajów turystycznej oferty usługowej związanej z komplementarnym pojęciem zdrowia, w tym przede wszystkim zastanowienie się nad przejawami turystyki w formach sprzyjających dobremu

samopoczuciu jej uczestników oraz jej wpływu na zdrowy tryb życia i przeciwdziałanie chorobom.

Materiał zebrany i przeanalizowany pokazuje, że dawne, tradycyjne formy turystyki zdrowotnej, w tym pobyty lecznicze w uzdrowiskach, zostały znacznie rozbudowane i ukierunkowane na kategorie, które nie będąc uznawane za prozdrowotne, noszą w sobie ogromny potencjał profilaktyki wielu chorób cywilizacyjnych (np. agroturystyka, wędrówki turystyczne i aktywne formy pobytów).

Z drugiej zaś strony powstał nowy, rosnący nadal, kierunek wyjazdów i spędzania czasu wolnego z myślą o zdrowiu, który wiąże uznane, ale i kreowane komercyjnie, formy SPA, kosmetyologii, odnowy biologicznej, zapobiegania licznym schorzeniom, często w powiązaniu z wyjazdami biznesowymi. Jak się wydaje, usługi te służą głównie odczuciu rozluźnienia, relaksu fizycznego i psychicznego. Jednocześnie mają miejsce efekty dobrze pojętej rehabilitacji, która potrzebna jest w dobie postępu technicznego, niepokojów społeczno-politycznych, starzenia się społeczeństwa i licznych chorób cywilizacyjnych, w tym rosnącego zjawiska depresji.

W praktyce należałoby zwrócić uwagę na:

- rozwój turystyki, która celowo wiąże oddziaływania pobytów i aktywnego ruchu na zdrowie uczestników, a co przekładać się może na holistyczne, całościowe podejście do jej efektów prozdrowotnych (np. wykorzystywanie pobytów agroturystycznych w miejscowościach bliskich uzdrowiskom jako alternatywnej bazy dla sanatoriów – z korzystaniem ze zdrowej wiejskiej żywności, dowożeniem zaprzęgami konnymi na zabiegi w uzdrowiskach itp.);
- profesjonalne podejście do zabiegów typu SPA & wellness, unikając jej mało efektywnych form;
- badanie skutków oferty wynikającej z potrzeb rynku, lecz w nikłym stopniu objętej kontrolą jakościową i finansową;
- zwiększenie roli edukacyjnej turystyki w kształtowaniu wzorców zdrowego trybu życia, poczynając od promocji w szkołach.

Wnioskiem podsumowującym jest potrzeba głębszej i świadomej troski organizatorów ruchu turystycznego, w tym uzdrowiskowego, oraz planujących strategie rozwojowe w układach przestrzennych regionalnych i lokalnych, w odniesieniu do całościowego rozumienia efektów turystyki dla pełni zdrowia jej uczestników.

Health tourism and functions of health resorts in view of contemporary understanding of health

Summary: The article presents the issues of health tourism in a broader context of the functions which are aimed at improving human mental and physical condition and are offered by various facilities and service providers. They are located not only in health resorts but also in other centres providing tourist, health and rehabilitation services, fulfilling conditions of rejuvenation, strengthening somatic and mental state. They include: agritourism, forms of active walks, health courses and trainings in purpose-built centres specialising in human nutrition as well as beauty treatment and medical treatment. Nowadays, both in statutory health resorts and beyond them, there is a dynamic development of private facilities offering health services (promoting healthy lifestyle, beauty packages, SPA, wellness, etc.), which are to provide participants with well-being and a broad level of welfare. At the same time hotels frequently offer conference and training services or organise events. A number of rehabilitation and beauty centres, for example Day-SPA and aesthetic medicine centres, is increasing in cities. It is pointed out that there is the lack of a comprehensive (holistic) approach towards health of tourists, including those visiting health resorts, especially when some of health centres, apart from basic specialist services, provide a wider and wider range of commercial SPA offers focusing on relaxation not on effective medical treatment.

Keywords: health tourism, SPA & wellness, health-focused functions of tourism, health resorts, medicine.

Literatura

Bąk-Romaniszyn L. i in., 2013, *Choroby społeczne i cywilizacyjne – wybrane zagadnienia*; Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź.

Chłoń-Domińczak A., Góra M., 2012, *Polityka zdrowotna – wykład*, Polityka Gospodarcza i Społeczna, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa.

Dryglas D., 2010, *Kształtowanie obiektu spa jako innowacyjnego uzdrowiskowego produktu turystycznego w Polsce*, [w:] A.R. Szromek (red. nauk.), *Uzdrowiska i ich znaczenie w gospodarce turystycznej*, Proksenia, Kraków.

Filipiak K.J., Niewada M., Tarchalska-Krynska B., Członkowski A., 1998, *The Students' and Doctors' Attituded Toward Alternative Medicine: a Survey Study*, [w:] *Proceedings of the International Symposium held in Pilsen*, Republika Czeska.

Korczyński L., 1931, *Szkic rozwoju zdrojowisk i uzdrowisk*, Kraków.

Kostrzewski L., Miączyński P., 2015, *Za darmo do sanatorium z ZUS*, [w:] „Gazeta Wyborcza”, 13.10.2015.

Kotala A., Niedziółka A., 2008, *Kształtowanie przewagi konkurencyjnej w agroturystyce na przykładzie województwa małopolskiego*, [w:] *Roczniki Naukowe Stowarzyszenia Ekonomistów Rolnictwa i Agrobiznesu*, t. X, nr 2/2008.

Madeyski A., 2005, *Zarys historii polskich uzdrowisk*, [w:] *Uzdrowiska zapraszają – informator uzdrowisk polskich*, Izba Gospodarcza „Uzdrowiska Polskie”.

Majewski J., 1998, *Turystyka wiejska – między rozwojem a ochroną dziedzictwa*, [w:] *Rozwój obszarów wiejskich w perspektywie integracji z Unią Europejską*, Instytut Socjologii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń, s. 139.

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

Ponikowska I., 2005, *Medycyna uzdrowiskowa – istota, rola i kierunki działania*, [w:] *Uzdrowiska zapraszają – informator uzdrowisk polskich*, Izba Gospodarcza „Uzdrowiska Polskie”.

Przybyszewska-Gudelis R., 2005, *Uzdrowiska i miejscowości o funkcjach turystyki zdrowotnej w aspekcie kreowania produktu turystycznego*, [w:] *Turystyka a uzdrowiska*, Polskie Stowarzyszenie Turystyki.

Simonton C., 1996, *Powrót do zdrowia*, Wydawnictwo Ravi, Łódź.

Szroma A.R., 2013, *Cechy atrakcyjności polskich uzdrowisk*, [w:] *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej*, seria: Organizacja i Zarządzanie, z. nr 64.

Winslow C.-E.A., 1920, *The Untilled Fields of Public Health*, [w:] *Science* 51/1306.

Wolski J., 1970, *Turystyka zdrowotna a uzdrowiska europejskich krajów socjalistycznych. Problemy uzdrowiskowe*, [w:] *Materiały informacyjne i naukowo-badawcze z zakresu lecznictwa, balneotechniki, ekonomiki uzdrowiskowej oraz turystyki w uzdrowiskach*, z. nr 5/53, Warszawa.

Marketingowa Strategia Polski w sektorze turystyki na lata 2012–2020 (aktualizacja dokumentu z 2008 r.), przyjęta przez Radę POT 5.12.2011, koncepcja i redakcja: B. Walas. *Public Health*, [w:] *Health Systems Strengthening Glossary*, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), 2013.

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

Marek Grabiszewski

Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy

Noclegowe zakłady lecznictwa uzdrowiskowego

Zarys treści: 1) Przegląd stosowanych w przeszłości pojęć dotyczących nazewnictwa i przeznaczenia obiektów lecznictwa uzdrowiskowego służących zakwaterowaniem. 2) Współczesne, formalno-prawne aspekty systematyki noclegowych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. 3) Próba typologii tych zakładów oraz propozycja kryteriów umożliwiających ich kategoryzację – przy wykorzystaniu zasad stosowanych wobec ogólnodostępnych obiektów hotelarskich o charakterze pensjonatowym.

Słowa kluczowe: noclegowe zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, sanatorium uzdrowiskowe, usługa pensjonatowa, baza parahotelarska.

Wstęp

W przypadku tzw. obiektów zakwaterowania zbiorowego istnieje wiele sposobów ich ujęcia, interpretacji rodzajowej, podziału, klasyfikacji. Systematyka ta jest z reguły niezbędna dla celów urzędowych (najczęściej statystycznych), specyfikacji oficjalnie obowiązujących, czy też stosowanych nieobligatoryjnie. Ważna pozostaje także z teoretycznego punktu widzenia; porządkuje bowiem, według przyjętych kryteriów i cech, określone zbiory oraz umożliwia sporządzenie ich typologii. Fakt rzeczywistego zróżnicowania bazy noclegowej (recepcyjnej – związanej z zakwaterowaniem) pod względem jej przeznaczenia, zakresu wyposażenia, wielkości obiektu, liczby i typów jednostek mieszkalnych, zagospodarowania otoczenia, oferty usług podstawowych i świadczeń komplementarnych itp. – uzasadnia potrzebę systematyki takich obiektów.

Artykuł składa się z trzech części i dotyczy noclegowych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. W pierwszej części dokonano przeglądu stosowanych w przeszłości pojęć, przede wszystkim w zakresie nazewnictwa obiektów

tów lecznictwa uzdrowiskowego służących zakwaterowaniem. Część druga to współczesne ujęcia – zwłaszcza natury formalno-prawnej – dotyczące głównie systematyki noclegowych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce. W części trzeciej podjęto próbę sporządzenia zestawu ogólnych kryteriów kategoryzacyjnych wraz z umotywowaniem ich zastosowania według zasad i procedur właściwych dla zakładów hotelarskich.

Noclegowy zakład lecznictwa uzdrowiskowego to taki obiekt, w którym zakwaterowanie stanowi integralną część usługi zasadniczej, czyli udzielania świadczeń zdrowotnych. W przypadku zakładów lecznictwa uzdrowiskowego pełniących funkcję noclegową, zakwaterowanie jest koniecznym i komplementarnym środkiem do realizacji celu podstawowego. **Zakwaterowanie** w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego to czasowe w nim zamieszkanie, z zapewnieniem tam użytkownikowi co najmniej niezbędnych warunków do prawidłowego funkcjonowania oraz możliwości uzyskania świadczeń zdrowotnych. W przypadkach optymalnych zakres usług uwzględnia także potrzeby wyższego rzędu (Grabiszewski 2008b). Zakładem noclegowym jest bowiem jednostka, w której zakwaterowanie stanowi działalność podstawową lub uboczną (*Terminologia...*, 1995).

Systematyka zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce – rys historyczny

Baza noclegowych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego nie jest w Polsce kategoryzowana na zasadach przyjętych w ustawie o usługach turystycznych. Nie była również ujmowana w stosowanych, począwszy od lat 50 XX w., branżowych przepisach dotyczących obiektów hotelarskich (choć z punktu widzenia wymogów statystycznych podlegała selektywnie tzw. jednolitej klasyfikacji rodzajowej). Zaszeregowywana była również do określonych typów i grup rodzajowych jako zakłady lecznictwa uzdrowiskowego oraz ujmowana bywała (zazwyczaj też wybiórczo) w innych zestawieniach, głównie dla potrzeb sprawozdawczości statystycznej. Poniżej przegląd wybranych przykładów.

- Baza turystyczno-wypoczynkowa zamknięta to zakłady świadczące w przeważającej części usługi turystom lub wczasowiczom posiadającym odpowiednie skierowanie lub specjalne uprawnienia. Oprócz pensjonatów (ośrodków wczasowych) i obiektów kolonijnych, zaliczono **zakłady lecznictwa uzdrowiskowego ZUP, rad narodowych i pozostałych resortów** (*Definicje...* 1972).
- Stosując również podział na bazę noclegową otwartą i zamkniętą (ogólnodostępną i środowiskową), do zamkniętej włączono **obiekty noclegowe sanatoriów uzdrowiskowych PPU i innych resortów**;

w tej samej grupie ulokowano m.in.: resortowe i zakładowe domy i ośrodki wypoczynkowe oraz obiekty wczasowe FWP (*Studia...* 1973).

- W ramach bazy turystyczno-wypoczynkowej (zakładów świadczących usługi noclegowe z wyżywieniem lub bez), wyodrębniono – jako jedną z dwóch grup – obiekty wypoczynkowe, a w ich ramach: ośrodki wczasowe, obiekty kolonijne oraz **zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, czyli sanatoria, ośrodki profilaktyczne, szpitale uzdrowiskowe i prewentoria**¹ (*Turystyka* 1973).
- Według stanu na koniec 1972 r. szpitale uzdrowiskowe, sanatoria i inne zakłady lecznictwa uzdrowiskowego różnych resortów nie były objęte sprawozdawczością statystyczną składaną na formularzu k-tur 1; obowiązek w tym zakresie dotyczył wzoru „Oświatowo-wczasowe 1” (*Instrukcja...* 1973).
- Obiekty noclegowe nie objęte jednolitą klasyfikacją rodzajową, tzn. z ograniczoną dostępnością, gdzie usługi są świadczone w całości poza systemem otwartej sprzedaży w bazie lecznictwa uzdrowiskowego. W obiektach tych przewidziano dwa rodzaje pobytów: wczasy profilaktyczno-lecznicze i kuracje uzdrowiskowe. **Wczasy profilaktyczno-lecznicze** przeznaczone były dla osób, które w trakcie wypoczynku wymagają również leczenia ambulatoryjnego, z wykorzystaniem urządzeń zabiegowych zakładów przyrodoleczniczych; niektóre ośrodki zapewniały zabiegi lecznicze i opiekę lekarską na miejscu. **Kuracje uzdrowiskowe** odbywały się natomiast w systemie stacjonarnej opieki zdrowotnej w **sanatoriach i prewentoriach uzdrowiskowych**². Turnus trwał 24 dni, w przypadku kardiologii – 28. Sanatoria i prewentoria prowadzone były przez instytucje, które otrzymały zezwolenie wydane w myśl przepisów o zakładach leczniczych, a koordynatorem branżowym w zakresie całego lecznictwa uzdrowiskowego pozostawało Zjednoczenie „Uzdrowiska Polskie” (*Definicje...* 1979).

1 Dokonano zastrzeżenia, że dane dotyczące lecznictwa uzdrowiskowego, poczynając od 1970 r., są nieporównywalne z danymi z lat poprzednich, ponieważ wykazane są łącznie z zakładami lecznictwa uzdrowiskowego FWP, związków zawodowych, rad narodowych i innych instytucji; do 1969 r. dane dotyczyły wyłącznie zakładów podległych Zjednoczeniu „Uzdrowiska Polskie” i Ministerstwu Komunikacji.

2 Pojęcie „kuracje uzdrowiskowe”, użyte w turystyce, nie obejmowało pobytów na leczeniu w szpitalach uzdrowiskowych, stanowiących przedłużenie cyklu leczenia szpitalnego.

- Wśród 16 rodzajów obiektów noclegowych turystyki, wykorzystywanych na cele hotelarskie, uwzględniono **obiekty lecznictwa uzdrowiskowego**, nie definiując zresztą, o jakie dokładnie chodzi; stwierdzono natomiast, że ww. zbiór obiektów nie obejmuje zakładów uzdrowiskowych przeznaczonych do prowadzenia działalności leczniczej, czyli szpitali uzdrowiskowych i obiektów sanatoryjnych (*Zarządzenie...* 1997). GUS, jako centralny organ administracji państwowej, realizował swoje zadania w zakresie sprawozdawczości statystycznej obiektów hotelarskich na podstawie ustawy o statystyce publicznej.

W uwagach dotyczących „Hotelarstwa uzdrowiskowego” (Konsewicz, Grabowski 1980) uznano, że sanatoria, prewentoria i szpitale uzdrowiskowe to obiekty świadczące usługi typu hotelarskiego (czyli należące do tzw. bazy parahotelarskiej). Wśród nich, najbardziej zbliżone do obiektów hotelarskich – typu pensjonatowego, to usługi sanatoriów uzdrowiskowych. W każdym jednak z powyższych typów zakładów uzdrowisk kwestia zakwaterowania, wyżywienia i innych świadczeń bytowych miały zasadnicze znaczenie dla osiągnięcia podstawowego celu, a mianowicie poprawy zdrowia kuracjuszy³.

Prawo turystyczne (Nesterowicz 1999) – powołując się na Kodeks cywilny oraz orzecznictwo Sądu Najwyższego – interpretuje pojęcie hotelu i podobnego zakładu. Do „podobnych zakładów” zaliczono m.in. **profilaktyczne zakłady służby zdrowia**, podkreślając kuracyjny charakter pobytu w tych obiektach. Według ustawy (1991, 1997), zakładami opieki zdrowotnej są sanatoria i prewentoria, które coraz bardziej zbliżają się w swoich funkcjach do domów wczasowych ze świadczeniami leczniczymi – prowadzonymi zresztą zarobkowo. Pacjent uiszcza wynagrodzenie za pobyt, w tym zakwaterowanie, wyżywienie oraz niektóre usługi lecznicze. Pobyt zatem składa się z wypoczynku i kuracji leczniczej. Do „podobnych zakładów” nie można natomiast zakwalifikować szpitali uzdrowiskowych. Celem ich działania „jest bowiem zapewnienie stałej opieki zdrowotnej i odpowiednich warunków pobytu osobom, których stan zdrowia wymaga leczenia uzdrowiskowego, rehabilitacji leczniczej lub utrwalenia wyników dotychczasowego leczenia, co nie może być utożsamiane z kuracją o charakterze profilaktycznym” (Nesterowicz 1999).

W II połowie lat 90. XX w., a zwłaszcza na początku bieżącego stulecia, artykułowane dość powszechnie uwagi o potrzebie dostosowywania pol-

³ W publikacji zwrócono uwagę, że warunki porządkowania gospodarki uzdrowiskowej stworzyła pierwsza ustawa uzdrowiskowa z 1922 r., znowelizowana w latach 1928 i 1934, a następnie ustawa z 17 czerwca 1966 r.

skich norm hotelowych do wymogów prawa unijnego sugerowałyby, że właśnie w Unii Europejskiej takowe jednolite uwarunkowania istnieją. Owszem, ale tylko w formie dość ogólnych zaleceń, w dodatku sprokurowanych nie przez rządy, a wyspecjalizowane organizacje turystyczno-hotelarskie. Przykładem może być wymóg konsultacji i uzgodnień ze strukturami europejskimi polskiej ustawy o usługach turystycznych. Formalnie to wprawdzie nastąpiło, natomiast faktycznie prawie nie dotyczyło rozdziału „Usługi hotelarskie” ustawy o usługach turystycznych (2004). Tym samym nie uwzględniało kategoryzacji obiektów hotelarskich w zakresie świadczeń podstawowych. Nie dotyczyło też noclegowej bazy lecznictwa uzdrowiskowego.

Charakterystyczny w tym zakresie pozostaje natomiast dokument z 1977 r. – Normy minimum klasyfikacji hoteli i obiektów równorzędnych w Europie – gdzie zastrzega się, że wymogi te przyjęte są przez Światową Organizację Turystyki (WTO, obecnie UNWTO) tylko w celach orientacyjnych i kierunkowych. W tym, jak też w innych materiałach sygnowanych przez międzynarodowe instytucje branży turystyczno-hotelarskiej, obiekty lecznictwa uzdrowiskowego ujmowane były w sposób następujący (Grabiszewski 2009):

- **Zakłady uzdrowiskowe, tzn. domy zdrojowe, sanatoria i ośrodki rehabilitacyjne** – jako jedna z trzech grup obiektów hotelarskich branży statystyki ONZ, obok zakładów hotelarskich właściwych i komplementarnych urzędzeń hotelarskich (1973 r.).
- **Obiekty sanatoryjno-termalne**, wchodzące w skład komplementarnej bazy hotelarskiej (1977 r.).
- **Sanatoria i podobne obiekty**, tzn. miejsca noclegowe razem z usługami o charakterze zdrowotnym lub w połączeniu z urządzeniami uzdrowiskowymi i pomagającymi podnieść sprawność fizyczną; składają się z obiektów, które świadczą usługi noclegowe i jednocześnie zajmują się opieką zdrowotną i leczeniem, takich jak: domy zdrojowe, sanatoria, sanatoria górskie i balneologiczne, ośrodki dla rekonwalescentów i osób w podeszłym wieku, ośrodki odnowy biologicznej i podobne obiekty. Według Międzynarodowej Klasyfikacji Działalności Turystycznej (SICTA) sanatoria i podobne obiekty ulokowano w dziale „H”, klasie 5510-5 (*Terminologia...* 1995).

Współczesne uwarunkowania funkcji noclegowej w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego

Według znowelizowanej ustawy o statystyce publicznej i na podstawie odpowiedniego aktu wykonawczego (Rozporządzenie... 2008), wyodrębniono 18 rodzajów obiektów: a) hotelowych (hotelopodobnych), b) pozostałych obiektów zbiorowego zakwaterowania, wśród których występuje **zakład uzdrowiskowy** (symbol 17). Zdefiniowany jest jako „zakład świadczący usługi w zakresie opieki zdrowotnej położony na terenie uzdrowiska i wykorzystujący przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych naturalne zasoby lecznicze uzdrowiska”.

Obowiązująca od 2011 r. Ustawa o zmianie ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych oraz niektórych innych ustaw (2011) stanowi m.in., że lecznictwo uzdrowiskowe odbywa się w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego i przy wykorzystaniu urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego.

W definicji lecznictwa i rehabilitacji uzdrowiskowej zwrócono m.in. uwagę, że jest to „zorganizowana działalność polegająca na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej [...], prowadzona w uzdrowisku przez **zakłady lecznictwa uzdrowiskowego** albo poza uzdrowiskiem w **szpitalach i sanatoriach znajdujących się w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych [...]**”. Uzdrowisko – w kontekście obiektów zakwaterowania – to obszar, na którym „znajdują się zakłady lecznictwa uzdrowiskowego [...] przygotowane do prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego [...] i zlokalizowane w strefie «A» ochrony uzdrowiskowej”. Do urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego zaliczono: 1) pijalnie uzdrowiskowe, 2) tęźnie, 3) parki, 4) ścieżki ruchowe, 5) urządzone odcinki wybrzeża morskiego, 6) lecznicze i rehabilitacyjne baseny uzdrowiskowe, 7) urządzone podziemne wyrobiska górnicze. Zakładami lecznictwa uzdrowiskowego, niesłużącymi zakwaterowaniem, są: a) przychodnie uzdrowiskowe, b) zakłady przyrodolecznictwa. Do ich zadań należą odpowiednio: a) zapewnienie pacjentowi ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych, z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych, zleconych przez lekarza oraz edukacji zdrowotnej; b) udzielanie zabiegów z zakresu fizjoterapii.

Zakład lecznictwa uzdrowiskowego to „zakład 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 2011). Oprócz **przychodni uzdrowiskowych i zakładów przyrod-**

leczniczych – udzielających świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnie i w budynku danej przychodni lub zakładu – pozostałe zakłady opieki zdrowotnej:

- to takie, których głównym przeznaczeniem jest również udzielanie świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych, tzn. w samym obiekcie zakładu, ale też i dzięki wykorzystaniu urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego znajdujących się na terenie uzdrowiska;
- służą zakwaterowaniem (noclegiem) i całodziennym wyżywieniem (utrzymaniem), czyli oferują usługę pensjonatową, która stanowi niezbędny środek do realizacji wiodącego celu ich działania, jakim pozostaje udzielanie świadczeń zdrowotnych;
- mogą zatem być uznane za noclegowe zakłady lecznictwa uzdrowiskowego.

W myśl ustawy (2011) noclegowymi zakładami lecznictwa uzdrowiskowego są: **sanatoria uzdrowiskowe, szpitale uzdrowiskowe, szpitale uzdrowiskowe dla dzieci i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci, szpitale i sanatoria w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych**. Do głównych zadań tych zakładów należą:

- całodobowe świadczenia opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych (we wszystkich zakładach);
- całodobowa opieka lekarska i pielęgniarska (w szpitalach i sanatoriach dla dzieci);
- opieka lekarska i całodobowa opieka pielęgniarska (w sanatoriach);
- zabiegi przewidziane programem leczenia;
- świadczenia profilaktyczne (w przypadku sanatoriów, także sanatoriów i szpitali dla dzieci);
- korzystanie z naturalnych surowców leczniczych oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego (w szpitalach uzdrowiskowych);
- edukacja zdrowotna (wszędzie);
- świadczenia opiekuńcze oraz zapewnienie warunków do prowadzenia nauczania i wychowania osobom objętym obowiązkiem szkolnym i nauki (w sanatoriach i szpitalach dla dzieci).

Ustanawiając wymogi dla stref „A”, „B” i „C” ochrony uzdrowiskowej, ustawa z 2011 r. określa (niektóre) kryteria lokalizacji zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, ale także ogólnodostępnych zakładów hotelarskich, lokali gastronomicznych i pewnych innych obiektów usługowych. Wskazuje również zasady ewidencji zakładów (i urządzeń) lecznictwa uzdrowiskowego.\

Lokalizacja zakładów noclegowych. W strefie „A” usytuowane są istniejące i planowane zakłady lecznictwa uzdrowiskowego oraz inne obiekty służące obsłudze pacjenta lub turysty, w szczególności pensjonaty (a także restauracje lub kawiarnie). Strefa „B” przeznaczona jest dla obiektów turystycznych, w tym hoteli (rekreacyjnych, sportowych i komunalnych) oraz innych kubatur usługowych, związanych z zaspokajaniem potrzeb osób przebywających na tym obszarze.

Ewidencja zawiera: a) nazwę i rodzaj zakładu lub urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego, b) określenie podmiotu, który utworzył dany zakład, c) regulamin korzystania z urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego, d) dane dotyczące zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych, e) informacje o kwalifikacjach pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, f) datę wpisu do ewidencji.

Podobnie, jak w przypadku przepisu wykonawczego (2006) do ustawy o usługach turystycznych (2004), tak i w odniesieniu do ustawy „uzdrowiskowej” (2011), minister zdrowia wydał stosowne rozporządzenie (2012) określające wymagania, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego. Dla sanatorium, jako najpowszechniej występującego zakładu noclegowego, wymogi te kształtują się następująco⁴:

- 1) Sanatorium powinno stanowić samodzielny budynek, zespół budynków lub wydzieloną część innego zakładu lecznictwa uzdrowiskowego, położony w strefie „A” ochrony uzdrowiskowej.

⁴ Przykłady wybranych, wcześniejszych definicji sanatorium:

- zakład leczniczy dla przewlekłe chorych i rekonwalescentów, położony zwykle w miejscowości uzdrowiskowej (*Słownik ...* 2007);

- zakład lecznictwa zamkniętego zorganizowany zwykle w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony dla osób przewlekłe chorych i rekonwalescentów, wymagających rehabilitacji lub utrwalenia wyników leczenia szpitalnego (*Encyklopedia... brak roku*);

- zakład lecznictwa zamkniętego, zorganizowany zwykle w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia chorób przewlekłych i rehabilitacji chorych oraz utrzymania wyników leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego u rekonwalescentów, a także do zapobiegania nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom; w leczeniu sanatoryjnym stosuje się głównie naturalne środki lecznicze (*Encyklopedia... 1988*);

- zakład leczniczy przeznaczony dla chorych, których leczenie wymaga przede wszystkim diety, regularnego trybu życia oraz leczenia środkami naturalnymi (klimat, źródła mineralne) (*Słownik... 1961*).

- 2) W skład zespołu pomieszczeń pielęgnacyjnych powinny wchodzić⁵:
 - a) pokoje łóżkowe wyposażone co najmniej w umywalkę z zimną i ciepłą wodą oraz pojemnik na odpadki; wymaganie dotyczące umywalki uważa się za spełnione w przypadku, gdy przy pokoju zlokalizowane jest pomieszczenie higieniczno-sanitarne;
 - b) pomieszczenia higieniczno-sanitarne pacjentów przy pokojach łóżkowych lub zbiorowe, wyposażone w miskę ustępową, umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki oraz natrysk, przy czym przynajmniej jedno pomieszczenie na piętrze powinno być dostępne dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich;
 - c) gabinety: lekarski i zabiegowy oraz punkt pielęgniarSKI.
- 3) W skład zespołu pomieszczeń ogólnych powinny wchodzić co najmniej:
 - a) pokoje pracowników medycznych i administracyjnych – co najmniej jedno pomieszczenie;
 - b) pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu;
 - c) tzw. pomieszczenie porządkowe – służące do przechowywania środków czystości oraz preparatów myjąco-dezynfekcyjnych, a także do przygotowywania roztworów roboczych oraz mycia i dezynfekcji sprzętu stosowanego do utrzymywania czystości, również do zbierania brudnej bielizny i odpadów, wyposażone w zlew z baterią i dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym;
 - d) jadalnia i pomieszczenia przeznaczone do przygotowania lub dystrybucji posiłków i napojów.
- 4) Podłogi w pomieszczeniach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, powinny być wykonane z materiałów trwałych, o powierzchniach gładkich, antypoślizgowych, zmywalnych, nienasiąkliwych i odpornych na działanie środków myjąco-dezynfekcyjnych.
- 5) Ściany wokół umywalk i zlewozmywaków powinny być wykonane w sposób zabezpieczający ścianę przed zawilgoceniem.

5 W rozumieniu wymagań minimalnych.

W odniesieniu do sanatoriów uzdrowiskowych nie ustala się natomiast:

- warunków dotyczących zagospodarowania terenu wokół (w bezpośrednim sąsiedztwie) noclegowych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego;
- ich struktury funkcjonalno-przestrzennej i układu programowego (typów, wielkości i wyposażenia jednostek mieszkalnych, roli pomieszczeń, urządzeń i terenów funkcjonalnych wspólnego użytkowania – żywieniowych, wypoczynkowych, kulturalnych, infrastruktury komunikacyjnej itp.);
- minimalnych wymagań odnośnie kształtowania zakresu świadczeń związanych z wiodącym przeznaczeniem noclegowych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego;
- ogólnego zestawu wymagań (standaryzacyjnych?) dla poszczególnych rodzajów zakładów lecznictwa uzdrowiskowego służących zakwaterowaniem⁶.

Ponadto, w myśl wspomnianego rozporządzenia (2012), w sanatoriach nie ma wcale obowiązku podziału przestrzeni na pomieszczenia ogólne i pielęgnacyjne.

Wstępne założenia systematyki noclegowych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego

W Polsce, gdzie baza noclegowa stanowi coraz ważniejszy element podaży w sferze usług – przy procedurach legislacyjnych nie ma raczej, niestety, zwyczaju odwoływania się do naukowych podstaw teoretycznych. Istnieje natomiast zasada tworzenia „wiedzy urzędowej”, która staje się wykładnią prawa, deformując, a już z pewnością nie sprzyjając realizowaniu systemów kategoryzacji obiektów noclegowych. Czego objawem są m.in.:

- niezbyt poprawnie skonstruowana podstawa prawna i przepis wykonawczy w części dotyczącej kategoryzowania obiektów hotelarskich;
- stworzenie – niepotrzebnie odrębnych, chociaż akurat bardzo dobrych merytorycznie – zasad klasyfikowania tzw. wiejskiej bazy noclegowej;

⁶ *Vide*: kategoryzacja zakładów hotelarskich (Grabiszewski 2007, 2008a, 2009).

- brak dokumentu umożliwiającego zaszeregowanie noclegowych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (zwłaszcza sanatoriów) do kategorii (grupy), będącej odzwierciedleniem m.in. poziomu wyposażenia i zakresu usług podstawowych i komplementarnych – świadczonych stacjonarnie.

Bez względu na to, czy noclegowe zakłady lecznictwa uzdrowiskowego uznawane są za obiekty typowo hotelarskie, czy jako baza parahotelarska – świadczona przez nie usługa w zakresie zakwaterowania ma charakter pensjonatowy⁷. To znaczy, że z czasowym zamieszkaniem, np. w sanatorium bądź w szpitalu uzdrowiskowym, zintegrowane jest całodzienne wyżywienie (utrzymanie) na miejscu, czyli w obiekcie służącym zakwaterowaniem. Usługi noclegowe i gastronomiczne mają jednak charakter nie celu, a środka do realizacji podstawowego przeznaczenia zakładu lecznictwa uzdrowiskowego. Powodem bowiem pobytu w nich jest uzyskanie świadczeń zdrowotnych, a nie korzystanie z zamieszkania i wyżywienia. Zatem – w odróżnieniu np. od typowego pensjonatu – najważniejszy w pionie eksploatacyjnym noclegowego zakładu lecznictwa uzdrowiskowego jest zespół urządzeń leczniczych.

Biorąc pod uwagę:

- główne zadania poszczególnych (noclegowych) zakładów lecznictwa uzdrowiskowego;
- wymagania, jakim w zakresie wyposażenia powinny odpowiadać te zakłady;
- ich układ programowy i strukturę funkcjonalno-przestrzenną, a wreszcie:

⁷ Dotyczy to dość licznej grupy obiektów, pomieszczeń i urządzeń, które nie są klasycznymi obiektami hotelarskim, aczkolwiek świadczą usługi typu hotelarskiego, z reguły nawet o charakterze pensjonatowym. Inne bowiem, niż udzielanie gościnny, jest ich podstawowe przeznaczenie. W literaturze przedmiotu przyjęły się nazwy: baza parahotelarska, specjalne obiekty typu hotelarskiego lub zakłady zakwaterowania świadczące usługi na zasadach kwaterunkowych. Wszystkie zakłady parahotelarskie służą zakwaterowaniem, ale ich usługa – w odróżnieniu od typowo hotelarskiej – nie jest zasadniczym celem funkcjonowania obiektów typu hotelarskiego; stanowi konieczny środek do realizacji celu wiodącego (podstawowego, głównego). Znaczą to, że korzystający z bazy parahotelarskiej czynią to z konieczności (lub tylko z wyższej potrzeby), traktując taki pobyt jako wyłączny sposób zrealizowania celu – dobrowolnie wybranego przez siebie albo narzuconego okolicznościami. Z zakwaterowania korzystają zatem jakby przy okazji, choć z punktu widzenia usługodawcy świadczenie to jest obligatoryjne. Cechą charakterystyczną parahotelarstwa pozostaje też – zazwyczaj – długoterminowość pobytu oraz to, że z reguły nie wynika on z odbywania podróży; usługi hotelarskie odwrotnie – są raczej krótkotrwałe i związane najczęściej z odbywaniem podróży (Grabiszewski 2008b, 2009). W takim kontekście **noclegowe zakłady lecznictwa uzdrowiskowego należą do bazy parahotelarskiej**.

- upowszechniającą się tendencję do traktowania sanatoriów jako ogólnodostępnych zakładów hotelarskich,

dokonać można swego rodzaju typologii zakładów lecznictwa uzdrowiskowego służących zakwaterowaniem, wyodrębniając następujące typy:

- hotelopodobny – pensjonatowy (sanatoria, sanatoria w podziemnych wyrobiskach górniczych, których część noclegowa znajduje się w pomieszczeniach naziemnych, zlokalizowanych w bezpośrednim sąsiedztwie wyrobiska);
- szpitalny (szpitale uzdrowiskowe, w tym dla dzieci);
- leczniczo-opiekuńczo-edukacyjny (sanatoria dla dzieci z nadzorem opiekuńczym i funkcją edukacyjną).

Podsumowanie

Wobec zakładów lecznictwa uzdrowiskowego powinno się stworzyć kryteria umożliwiające ich kategoryzację – przy wykorzystaniu metod stosowanych wobec ogólnodostępnych obiektów hotelarskich o charakterze pensjonatowym. Tym bardziej, że coraz więcej klasycznych sanatoriów świadczy komercyjne usługi związane z zakwaterowaniem na zasadach hotelowych.

Accommodation establishments related to health resort treatment

Summary: 1) A review of concepts used in the past, related to terminology and purpose of health resort treatment facilities providing accommodation. 2) Contemporary formal and legal aspects of the systematics of accommodation establishments related to health resort treatment. 3) An attempt of typology of these establishments and proposal of the criteria facilitating their categorisation – using the rules applied for widely available hotel facilities functioning as guest houses.

Keywords: accommodation establishments related to health resort treatment, health resort sanatorium, guest house service, accommodation facilities.

Literatura i źródła prawa

Definicje i wyjaśnienia wybranych pojęć z zakresu turystyki, 1972, GUS, Warszawa.

Definicje podstawowych pojęć z zakresu turystyki, Zeszyty Metodyczne GUS nr 30, zbiór 12, 1979, Warszawa.

Definicje obiektów turystycznych – Biuletyn nr 1 (brak roku), OSUSiT, Poznań.

Encyklopedia Powszechna PWN, Suplement, 1988, PWN, Warszawa.

Encyklopedia „Gazety Wyborczej”, t. 16, Wydawnictwo Naukowe PWN, Agora SA, Warszawa.

Grabiszewski M., 2007, *Kategoryzacja obiektów hotelarskich w Polsce*, Zeszyty Naukowe WSG, t. 6, nr 4, seria TiR, Bydgoszcz.

Grabiszewski M., 2008a, *Znaczenie kategoryzacji wiejskiej bazy noclegowej w kreowaniu marki produktu turystycznego*, Zeszyty Naukowe WSG, t. 7, nr 5, seria TiR, Bydgoszcz.

Grabiszewski M., 2008b, *Podstawy wiedzy o hotelarstwie, cz. I, Wstęp do hotelarstwa*, Platforma ONTE, Obszar konsultacji, WSG, Bydgoszcz.

Grabiszewski M., 2009, *Podstawy wiedzy o hotelarstwie, cz. II, Systematyka w hotelarstwie*, Platforma ONTE, Obszar konsultacji, WSG, Bydgoszcz.

Instrukcja 146 w sprawie sprawozdawczości statystycznej dotyczącej zakładów noclegowych prowadzących działalność turystyczno-wypoczynkową, 1973, GUS, Warszawa.

Kategoryzacja wiejskiej bazy noclegowej, 1999, Polska Federacja Turystyki Wiejskiej „Gospodarstwa Gościnne”, Warszawa.

Konsewicz G., Grabowski J., 1980, *Hotelarstwo, cz. I, Wiadomości ogólne*, CKU, Jelenia Góra.

Leski J., 1972, *Organizacja obiektów uzdrowiskowych*, PTE, Warszawa.

Nesterowicz M., 1999, *Prawo turystyczne*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz.

Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z 19 sierpnia 2004 r. w sprawie obiektów hotelarskich i innych obiektów, w których są świadczone usługi hotelarskie, 2006 (Dz. U. z 2006 r., nr 22, poz. 169) – tekst jednolity.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 sierpnia 2006 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. 06.161.1142).

Rozporządzenie Rady Ministrów z 27 listopada 2008 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2009 (Dz. U. nr 221, poz. 1436).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 grudnia 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. nr 258, poz. 1761).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. nr 0, poz. 452).

Rozporządzenie Ministra Sportu i Turystyki z 16 listopada 2011 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obiektów hotelarskich i innych obiektów, w których są świadczone usługi hotelarskie (Dz. U. nr 259, poz. 1553).

Słownik wyrazów obcych, 1961, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.

Słownik języka polskiego, 2007, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Terminologia turystyczna. Zalecenia WTO, 1995, Instytut Turystyki, Warszawa.

Turystyka, 1973, GUS, Warszawa.

Studia i materiały, 1973, Zakład Zagospodarowania Turystycznego, Warszawa.

Ustawa z 19 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych (Dz. U. z 2004 r., nr 223, poz. 2268, nr 273, poz. 2703 oraz z 2005 nr 175, poz. 1462).

Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991 r., nr 91, poz. 408 ze zm. oraz nowelizacja – Dz. U. z 1997 r., nr 104, poz. 661).

Ustawa z 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz.U. z 2005 r. nr 167, poz. 1399).

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. z dnia 6 kwietnia 2011 r.).

Zarządzenie Prezesa GUS z 11 lipca 1997 r. w sprawie obowiązków sprawozdawczych w zakresie bazy noclegowej turystyki (M.P. nr 43, poz. 428).

Aneta Ewleszyn

Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. Tadeusza Browicza w Bydgoszczy

Wiesław Olszewski

Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy

Środowiskowe, prawne i ekonomiczne aspekty funkcjonowania sanatoriów

Zarys treści: Celem artykułu jest ocena warunków prawno-ekonomicznych i potencjału lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim. Polskie uzdrowiska posiadają ogromny potencjał dla rozwoju lecznictwa i turystyki zdrowotnej, z uwagi na walory krajobrazowe, klimatyczne, jak również bogate surowce naturalne. Niestety, sytuacja ekonomiczna nie pozwala podmiotom na efektywne funkcjonowanie. Analizie poddano strukturę wydatków na ochronę zdrowia z uwzględnieniem lecznictwa uzdrowiskowego. Środki przeznaczane na lecznictwo uzdrowiskowe nie przekraczają nawet 1% budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Analiza działalności placówek wskazuje na wzrost liczby placówek uzdrowiskowych, jak i liczby korzystających kuracjuszy, również liczby osobodni leczenia. Dzięki Ustawie z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych, uzdrowiska i gminy uzdrowiskowe zyskały konstytucyjną ochronę, gdyż lecznictwo uzdrowiskowe stało się integralną częścią systemu ochrony zdrowia. Zaspokojenie potrzeb i oczekiwań interesariuszy wymaga innowacyjnych działań, a przede wszystkim zwiększenia wydatków publicznych na ten cel.

Słowa kluczowe: uzdrowiska, turystyka uzdrowiskowa, wydatki publiczne.

Wstęp

Na światowym rynku usług uzdrowiskowych kreuje się prozdrowotny schemat życia. Priorytetem staje się opieka nad osobami w podeszłym wieku, schorowanymi i niepełnosprawnymi. Znajduje to swoje odzwierciedlenie w kształtowaniu usług leczniczych uzdrowiskowych, co z kolei przekłada się na ekonomiczne aspekty funkcjonowania placówek uzdrowiskowych, jak również na wydatki budżetowe z tego tytułu. Co ważne, w gospodarce rynkowej coraz więcej ludzi znajduje zatrudnienie w placówkach świadczących usługi uzdrowiskowe. Wska-

zane warunki wywołują konieczność podnoszenia przede wszystkim jakości, jak i różnorodności oferowanych usług. Koniecznością staje się podnoszenie jakości warunków lokalowych, jak i oferty żywieniowej, usług okołoleczniczych i rekreacyjnych. Wraz ze wzrostem konkurencji na rynku usług sanatoryjnych pojawia się walka o klienta komercyjnego – wprawdzie wymagającego, ale przynoszącego wymierne korzyści finansowe. Taki klient winien stać się determinantem w rozwoju oferty leczniczej, w budowaniu właściwych, etycznych relacji między kadrą świadczącą usługi a kuracjuszami. Jest to z całą pewnością możliwe, ponieważ posiadamy profesjonalną, dobrze wykształconą kadrę, obiekty sanatoryjne wyposażone są w odpowiednią bazę oraz w nowoczesny sprzęt. Przy wykonywaniu usług leczniczych stosuje się naturalne surowce, a świadczenia oferowane są w przystępnych cenach. Wszystko to przyciąga wielu prywatnych kuracjuszy, nie tylko z Polski, ale również z krajów Unii Europejskiej.

1. Prawne aspekty funkcjonowania uzdrowisk

Obecnie podstawą funkcjonowania uzdrowisk, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, z zakresu świadczeń leczniczych i rehabilitacyjnych, sposobu kierowania do sanatoriów i sposobu odpłatności za nie, są przedstawione poniżej akty prawne:

- Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym uzdrowiskach obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 651);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. z 2012 r., poz. 14);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. z 2012 r., poz. 452);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2011 r. w sprawie naczelnego lekarza uzdrowiska (Dz. U. z 2011 r. nr 161, poz. 976);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 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. z 2006 r. nr 80, poz. 565);

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. z 2011 r. nr 139, poz. 1136 z późn. zm.);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2011 r. w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową (Dz. U. z 2011 r., nr 142, poz. 835);
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 9 czerwca 2006 r., w sprawie trybu i terminów ustalenia oraz przekazania dotacji budżetu państwa gminie uzdrowiskowej (Dz. U. z 2006 r. nr 103, poz. 705);
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135).

W myśl zapisów ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych, uzdrowiskiem jest „obszar, na terenie którego prowadzone jest lecznictwo uzdrowiskowe, wydzielony w celu wykorzystania i ochrony znajdujących się na jego obszarze naturalnych surowców leczniczych, spełniających warunki, których mowa w art. 34 ust. 1, któremu został nadany status uzdrowiska”¹. Art. 34 ust. 1 stanowi, że status uzdrowiska można uzyskać, spełniając równocześnie następujące kryteria:

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

¹ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym uzdrowiskach obszarach i ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych, art. 2, Dz. U. 05.167.1399.

Dzięki Ustawie z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych, uzdrowiska i gminy uzdrowiskowe wiele zyskały, m.in.:

- konstytucyjną ochronę, 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 usług lecznictwa uzdrowiskowego w obiektach położonych poza uzdrowiskami;
- możliwość ochrony swoich walorów uzdrowiskowych (przepisy karne za naruszenie ustawy);
- swobodę w zakresie pozyskiwania (lub nie) statusu uzdrowiska;
- możliwość lokowania inwestycji turystycznych i innych, związanych z działalnością turystyczną i uzdrowiskową;
- 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 ustrojową gmin.

Zapisy ustawy, niestety, w żaden sposób nie stanowią o środkach na działalność uzdrowiskową czy też o zwiększeniu dostępności do surowców leczniczych².

Od 1991 r. zakłady lecznictwa uzdrowiskowego funkcjonują jako zakłady opieki zdrowotnej, czyli są wyodrębnionym organizacyjnie zespołem ludzkim z określonym majątkiem. Zakłady opieki zdrowotnej mogą działać jako:

- publiczne zakłady opieki zdrowotnej (PZOZ) – mogą być tworzone przez ministra lub centralny organ rządowy, wojewodę, jednostkę

² J. Hermaniuk, J. Krupa, *Współczesne trendy funkcjonowania uzdrowisk – klastering*, Instytut Gospodarki Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania, Rzeszów 2010, ss. 13-14.

samorządu terytorialnego, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię medyczną prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych albo Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego;

- niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (NZOZ) – tworzone przez Kościół lub związek wyznaniowy, pracodawcę, fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie, spółkę niemającą osobowości prawnej, a także inną krajową lub zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną.

Z zapisów ustawy uzdrowiskowej z 2005 r. wynika, że do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego zalicza się;

- szpitale uzdrowiskowe,
- sanatoria uzdrowiskowe,
- szpitale uzdrowiskowe i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci,
- przychodnie uzdrowiskowe,
- zakłady przyrodolecznicze,
- szpitale i sanatoria w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych.

2. Lokalizacja i funkcje uzdrowisk w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim

W Polsce funkcjonuje 45 miejscowości posiadających status uzdrowiska, a około 70 miejscowości wskazuje się jako posiadające szanse na organizację uzdrowisk, przede wszystkim z uwagi na właściwości lecznicze, klimatyczne, walory krajobrazowe i naturalne surowce lecznicze. Zajmujemy siódme miejsce w Europie pod względem liczby uzdrowisk.

W województwie kujawsko-pomorskim funkcjonują trzy miejscowości uzdrowiskowe:

- a) **Ciechocinek** – jedno z najlepszych polskich uzdrowisk. Jego historia ściśle związana jest z potrzebą rozwoju przemysłu solnego Księstwa Warszawskiego, później Królestwa Kongresowego. Ponieważ w położonym w pobliżu Płońsku odkryto źródła nadających się do warzenia solanek, z inicjatywy Stanisława Staszica rozpoczęto poszukiwania

źródeł we wsi Ciechocinek, gdzie później zbudowano tężnie. Obecnie długość tężni wynosi około 2 km. Tężnie są zabytkiem techniki i cennym źródłem leczenia powstającym tam aerozolem z cząstkami soli, jodu i innymi cennymi składnikami. Na bazie odwierconych solanek termalnych powstały baseny lecznicze i rekreacyjne. Ciechocinek jest uzdrowiskiem nizinnym, położonym w rozszerzeniu pradoliny Wisły, otoczonym lasami sosnowymi i łąkami³. Dodatkowym atutem jest łagodny klimat o wysokiej temperaturze rocznej, z wysoką średnią temperaturą roczną, dużą liczbą dni słonecznych, łagodnymi wiatrami oraz niewielką ilością opadów i małą wilgotnością powietrza. W Ciechocinku z oferty uzdrowskiej można skorzystać w:

- szpitalach uzdrowskich: Szpitalu Uzdrowskim Nr 1, Szpitalu Uzdrowskim Nr 3 im Dr. Markiewicza (dziecięcy), Szpitalu Uzdrowskim Nr 4 „Dom Zdrojowy”, Zespole Szpitalno-Sanatoryjnym Nr 5 „Zachęta”, Kolejowym Szpitalu Uzdrowskim Sp. z o.o., 22 Szpitalu Wojskowym;
- sanatoriach uzdrowskich: Sanatorium Uzdrowskim „Grażyna”, Sanatorium Uzdrowskim „Łączność”, Klinice Uzdrowskiej „Tężnia”, Sanatorium Uzdrowskim MSWiA, Sanatorium Uzdrowskim „Promień”, Sanatorium Uzdrowskim „Sanvit”, Sanatorium Uzdrowskim „Wrzos”, Sanatorium Uzdrowskim „Chemik”, Sanatorium Uzdrowskim PZN „Eden”, Sanatorium Unii Związków Zawodowych Pracowników Służb Państwowych, Samorządowych Organizacji Społecznych „Zdrowie”, Sanatorium Uzdrowskim ZPN, Sanatorium Uzdrowskim „Polex-Ruch”, Sanatorium Uzdrowskim „Gracja”, Sanatorium Uzdrowskim „Perełka”, Sanatorium Uzdrowskim „Willa York”, Sanatorium „Krystynka”, Sanatorium „Julianówka”, Sanatorium Klinice „Willa Park” oraz Przychodni Uzdrowskiej.

Profil leczniczy uzdrowska w Ciechocinku to choroby: ortopedyczno-urazowe, neurologiczne, reumatyczne, kobiece, kardiologiczne, angilologiczne, choroby górnych dróg oddechowych, cukrzyca, otyłość, osteoporoza, choroby dziecięce (ortopedyczno-urazowe, neurologiczne, reumatyczne, choroby górnych dróg oddechowych).

3 <http://www.igup.pl/wykaz-polskich-uzdrowsk>

b) **Inowrocław** – za datę powstania uzdrowiska przyjmuje się rok 1885, kiedy to prawnik dr Zygmunt Wilkowski założył spółkę pod nazwą „Solanki Inowrocławskie”. Spółka zakupiła tereny i wybudowała pierwsze łaźienki solankowe dla dorosłych, następnie dla dzieci. Z czasem uzdrowisko się rozwijało, wybudowano nowe obiekty, a wśród nich zakład borowinowy, wzięwalnię, pijalnię wód, muszlę koncertową. Inowrocław jest dużym uzdrowiskiem o znaczeniu krajowym, mającym liczne zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego, takie jak park solankowy i tężnia solankowa⁴. Uzdrowisko jest bogate w złoża naturalnych surowców, przede wszystkim soli kamiennej i wapieni, torfu niskiego i borowinowego, gliny, ilów oraz wód leczniczych. Położenie Inowrocławia sytuuje się w okolicy malowniczych jezior oraz rozległych lasów z nizinym, lekko bodźcowym klimatem i niewielką ilością opadów. W Inowrocławiu z oferty uzdrowiskowej można skorzystać w: Zespole Sanatoryjno-Szpitalnym „Kujawiak”, Sanatorium „Kujawianka”, Sanatorium „As”, Sanatorium „Ostoja”, Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Centrum Uzdrowiskowe Energetyk Sp. z o.o., Sanatorium Uzdrowiskowym „Przy Tężni”, NZOZ Sanatorium Uzdrowiskowym „Modrzew”, NZOZ Sanatorium Uzdrowiskowym Ośrodka Rehabilitacji i Odnowy Biologicznej „OAZA”.

Profil leczniczy Inowrocławia to choroby: ortopedyczno-urazowe, reumatyczne, kardiologiczne, układu trawienia, angilogiczne.

c) **Wieniec-Zdrój** – źródła wód mineralnych odkryto na przełomie XIX/XX w. W 1923 r. zapoczątkowano eksploatację wód mineralnych dla celów kuracyjnych. Wówczas też zapoczątkowano wydobywanie borowiny z miejscowych pokładów. Inwestycje uzdrowiskowe na znaczną skalę nastąpiły dopiero w latach 60. XX w. Uzdrowisko bogate w surowce mineralne siarczanowo-chlorkowo-wapniowo-sodowe, siarczkowe, borowiny – złoża torfu typu niskiego. Kuracjuszy zachęca łagodnie bodźcowy klimat, a otoczenie z kompleksami łąkowo-bagiennymi oraz zwartymi kompleksami leśnymi o bogatym poszyciu, zwłaszcza jałowca, powoduje, że powietrze nasycone jest olejkami eterycznymi, co korzystnie wpływa

⁴ <http://www.igup.pl/wykaz-polskich-uzdrowisk>.

na organizm, zwiększając ogólną odporność⁵. W Wieńcu-Zdroju z oferty uzdrowiskowej można skorzystać w: Szpitalu Uzdrawiskowym „Zacisze” wraz z oddziałem sanatoryjnym w Sanatorium „Hel”, Sanatorium Uzdrawiskowym „Hutnik”, Sanatorium Uzdrawiskowym „Wrzos”, Sanatorium Uzdrawiskowym „Jutrzenka”, Sanatorium Uzdrawiskowym „Tęcza”, Zakładzie Przyrodolecznictwem z przychodnią uzdrawiskową. Profil leczniczy Wieńca-Zdroju to choroby: kardiologiczne, choroby górnych dróg oddechowych, neurologiczne, reumatyczne, osteoporoza, choroby ortopedyczno-urazowe.

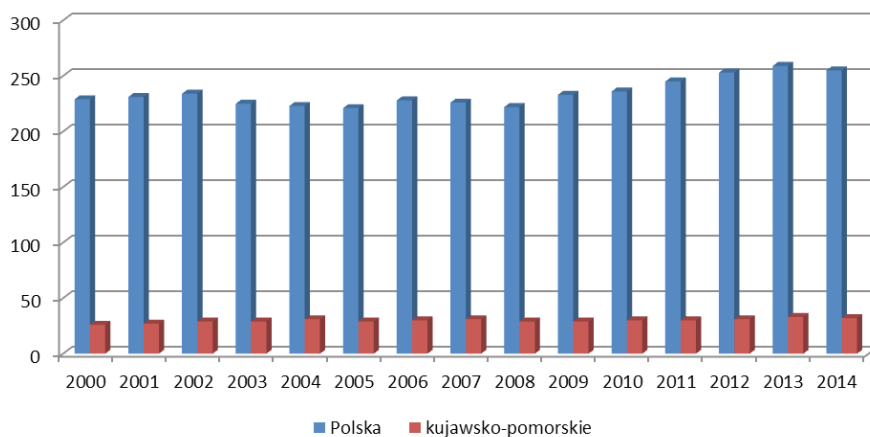
3. Działalność placówek lecznictwa uzdrawiskowego Polsce i województwie kujawsko-pomorskim

Tabela 1. Liczba szpitali i sanatoriów uzdrawiskowych w poszczególnych latach

Lata	Polska	Województwo kujawsko-pomorskie	% kolumny 3/2
1.	2.	3.	4.
2000	229	26	11,35
2001	231	27	11,69
2002	234	29	12,39
2003	225	29	12,89
2004	223	31	13,90
2005	221	29	13,12
2006	228	30	13,16
2007	226	31	13,72
2008	222	29	13,06
2009	233	29	12,47
2010	236	30	12,71
2011	245	30	12,24
2012	253	31	12,25
2013	259	33	12,74
2014	255	32	12,55

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

5 Główny Urząd Statystyczny, *Lecznictwo uzdrawiskowe w Polsce w latach 2000–2010*, Kraków 2011, s. 33.



Rycina 1. Liczba szpitali i sanatoriów uzdrowiskowych w poszczególnych latach

Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli.

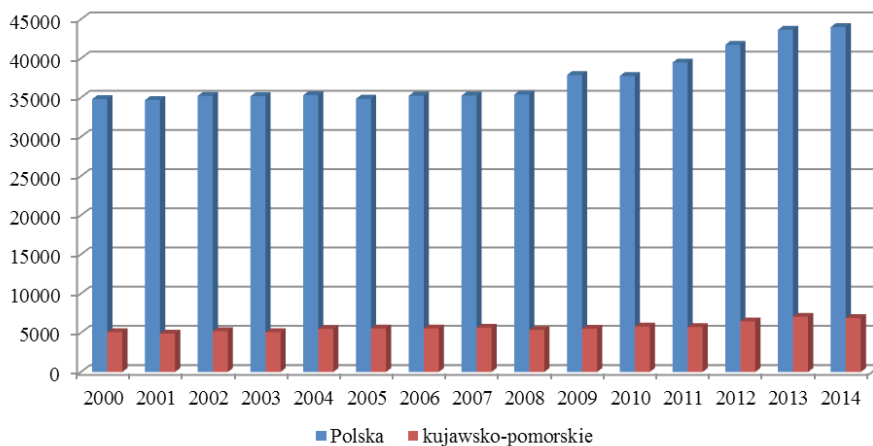
Od roku 2000 do roku 2014 (ryc. 1) obserwujemy zwiększenie liczby szpitali i sanatoriów uzdrowiskowych ze 229 do 255 to jest o 26 tego typu placówek, natomiast w województwie kujawsko-pomorskim dynamika wzrostu była mniejsza, powstało bowiem 6 nowych podmiotów. Ogółem liczba sanatoriów województwa kujawsko-pomorskiego stanowiła w 2014 r. 12,55% wszystkich tego typu placówek w Polsce (tab. 1).

Tabela 2. Liczba łóżek w poszczególnych szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych w latach 2000–2014

Lata	Polska	Województwo kujawsko-pomorskie	% kolumny 3/2
1.	2.	3.	4.
2000	34 818	5062	14,54
2001	34 685	4886	14,09
2002	35 226	5194	14,74
2003	35 185	5064	14,39
2004	35 308	5492	15,55
2005	34 858	5554	15,93
2006	35 230	5554	15,76
2007	35 251	5622	15,95
2008	35 392	5365	15,16
2009	37 888	5500	14,51
2010	37 760	5791	15,36

Lata	Polska	Województwo kujawsko-pomorskie	% kolumny 3/2
1.	2.	3.	4.
2012	41 738	6442	15,43
2013	43 645	7035	16,12
2014	44 001	6876	15,63

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.



Rycina 2. Liczba łóżek w poszczególnych szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych w latach 2000–2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli.

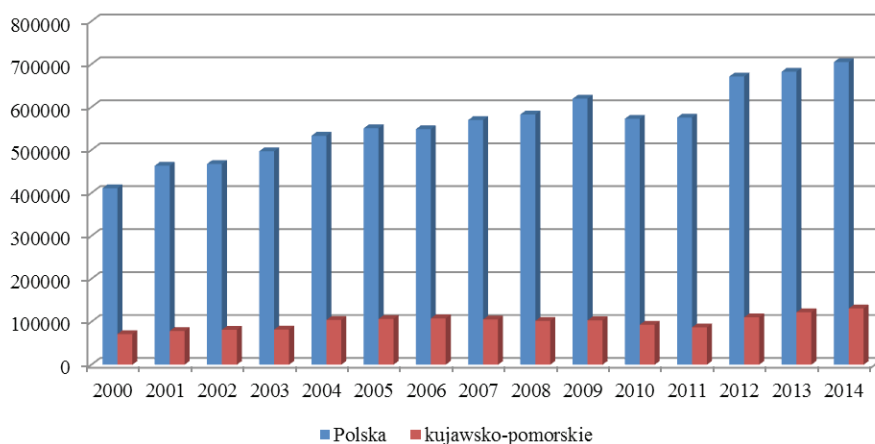
W ciągu przedstawianego okresu ilość łóżek w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych (ryc. 2) w Polsce zwiększyła się o 9183. Wzrost odnotowano również w województwie kujawsko-pomorskim, a mianowicie o 1814 łóżka. Dynamika wzrostu w kraju wyniosła 126,37%, natomiast w województwie kujawsko-pomorskim 115,63% (tab. 2).

Tabela 3. Liczba kuracjuszy stacjonarnych w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych w poszczególnych latach

Lata	Polska	Województwo kujawsko-pomorskie	% kolumny 3/2
1.	2.	3.	4.
2000	411 102	71 477	17,38
2001	463 424	78 527	16,94

Lata	Polska	Województwo kujawsko-pomorskie	% kolumny 3/2
1.	2.	3.	4.
2003	497 199	81 956	16,48
2004	533 249	104 194	19,54
2005	550 746	106 719	19,38
2006	548 807	107 927	19,66
2007	569 756	105 374	18,49
2008	582 858	102 049	17,51
2009	619 556	103 471	16,70
2010	572 882	93 332	16,29
2011	575 619	86 987	15,11
2012	671 293	110 617	16,48
2013	682 442	122 058	17,88
2014	704 789	130 966	18,58

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.



Rycina 3. Liczba kuracjuszy stacjonarnych w sanatoriach uzdrowiskowych w poszczególnych latach

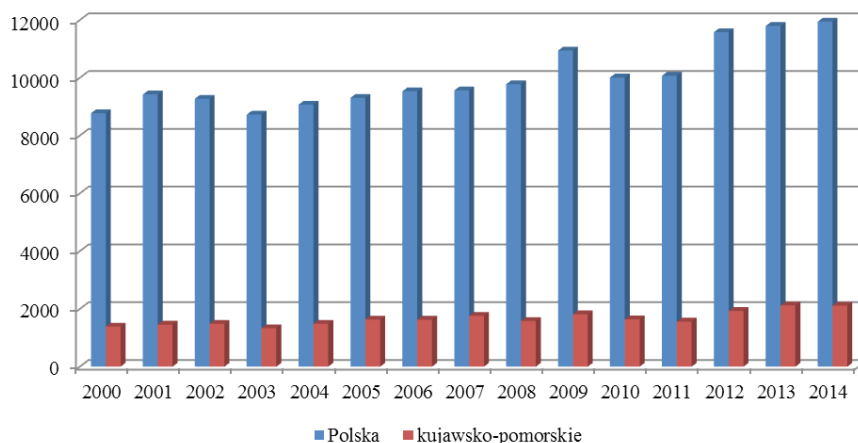
Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli.

W badanym okresie największą liczbę kuracjuszy w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych, w całym kraju odnotowano w roku 2014 (ryc. 3), bo aż 704 789. Natomiast w województwie kujawsko-pomorskim także w roku 2014 – 130 966 kuracjuszy. Jednocześnie zauważyć należy, iż wzrósł udział procentowy województwa kujawsko-pomorskiego w 2014 r. w stosunku do roku 2000 o 1,2% (tab. 3).

Tabela 4. Liczba osobodni leczenia w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych w poszczególnych latach

Lata	Polska	Województwo kujawsko-pomorskie	% kolumny 3/2
1.	2.	3.	4.
2000	8773,3	1385,9	15,80
2001	9425,0	1456,2	15,45
2002	9273,8	1481,3	15,97
2003	8724,4	1328,5	15,23
2004	9071,1	1481,8	16,34
2005	9307,4	1631,6	17,53
2006	9532,0	1626,3	17,06
2007	9564,2	1758,6	18,39
2008	9779,5	1581,4	16,17
2009	10 944,9	1814,3	16,58
2010	10 010,8	1637,7	16,36
2011	10 069,5	1559,9	15,49
2012	11 578,5	1926,3	16,38
2013	11 796,0	2118,1	17,96
2014	11 943,8	2112,7	17,69

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.



Rycina 4. Liczba osobodni leczenia w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych w poszczególnych latach

Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli.

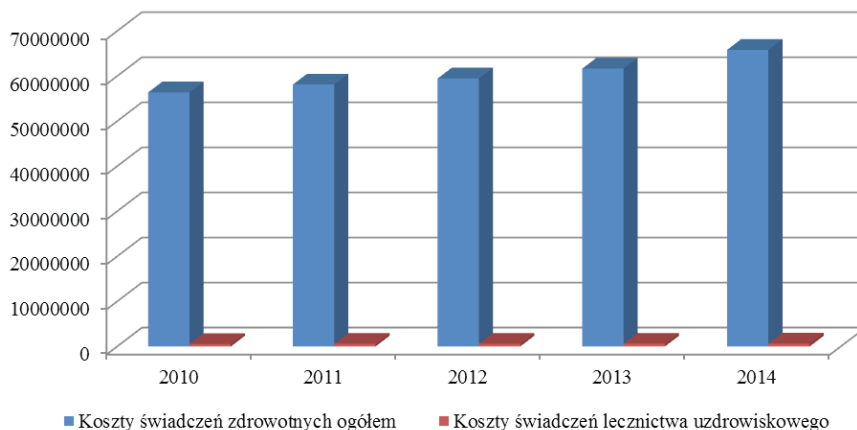
Liczba osobodni (ryc. 4) leczenia w sanatoriach uzdrowiskowych w kraju w badanym okresie wzrosła z 8773,3 tys. w roku 2000 do 11943,8 tys. w roku 2014, a więc o 3170,5 tys., w województwie kujawsko-pomorskim także nastąpił wzrost o 726,8 tys. (tab. 4).

4. Ekonomia w zakresie leczenia uzdrowiskowego

Tabela 5. Koszty świadczeń medycznych dla ubezpieczonych poniesione przez NFZ w tys.

Lata	Koszty świadczeń zdrowotnych ogółem	Koszty świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego	% udziału kolumny 2/3
1.	2.	3.	4.
2010	56 380 308	536 613	0,95%
2011	58 104 776	560 888	0,97%
% 2011/2010	103,06	104,52	
2012	59 458 027	584 440	0,98%
2013	61 652 932	602 120	0,97%
2014	63 338 421	599 551	0,95%
% 2014/2010	112,3	111,7	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.



Rycina 5. Koszty świadczeń medycznych dla ubezpieczonych poniesione przez NFZ

Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli.

Jak niskie nakłady przeznaczane są na leczenie uzdrowiskowe w Polsce, obrazuje przedstawiona tabela nr 5. W roku 2011 odnotowano wzrost wy-

datków Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia zdrowotne w stosunku roku poprzedniego 3,06%, czyli o kwotę 1 724 468, natomiast nakłady na leczenie uzdrowiskowe wzrosły o 4,52%, co stanowiło kwotę 24 275 tys. Niestety, nie wpłynęło to znacząco na polepszenie warunków finansowych uzdrowisk. Na leczenie uzdrowiskowe nie przeznaczają się nawet jednego procenta ogółu wydatków na świadczenia zdrowotne (ryc. 5). W latach 2004–2013 nakłady na lecznictwo uzdrowiskowe wahały się od 0,95 do 1,2% wszystkich wydatków ponoszonych przez NFZ na opiekę zdrowotną. W roku 2014 na leczenie uzdrowiskowe przeznaczono 599 551,88 tys., czyli o 2568 tys. mniej niż w roku 2013 (tab. 5). Dynamika w zakresie wydatków na lecznictwo uzdrowiskowe wynosi w roku 2014 w stosunku do roku 2010 – 111,7% (tab. 5).

Z powodu niedoszacowania lecznictwa uzdrowiskowego następuje ograniczanie miejsc sanatoryjnych, nie skraca się czas oczekiwania na to świadczenie. Brak środków powoduje dekapitalizację majątku trwałego, zwiększa się bezrobocie strukturalne w uzdrowiskach.

Dlatego też ważnym aspektem poprawiającym efektywność placówek uzdrowiskowych powinno być planowanie i innowacyjny marketing:

- świadoma orientacja na sprzedaż i klienta, nastawienie, przede wszystkim na życzenia aktualnych i potencjalnych klientów;
- obserwacja i zrozumienie mikro- oraz makrootoczenia, a zwłaszcza nabywców, pośredników i konkurentów,
- prowadzenie bieżących analiz i prognoz zachowań klientów na podstawie badań marketingowych i obserwacji;
- opracowanie rocznych i długoterminowych planów marketingowych;
- ustalenie celów placówki;
- prowadzenie cyklicznych szkoleń dla personelu⁶.

5. Podsumowanie

Aby nie dopuścić do degradacji polskich uzdrowisk, należy wspierać efektywne działania placówek uzdrowiskowych, które będą wsparciem dla gospodarki kraju, poprzez rozwój lokalny i regionalny. Najważniejszą sprawą jest w tym aspekcie maksymalne wykorzystanie naturalnych surowców leczniczych dla

⁶ J. Hermaniuk, J. Krupa, op. cit., s. 22.

tworzenia innowacyjnych produktów leczniczych, rozwinięcie nowego wachlarza usług wzbogaconego o usługi wellness i spa oraz przygotowanie pakietu rozszerzonego o wypoczynek i kulturę. Należy unowocześnić dotychczasową bazę lokalową, poszerzyć i urozmaicić ofertę żywieniową. Niezwykle istotną sprawą jest jakość świadczonych usług, a więc profesjonalna, przygotowana kadra, pakiet dodatkowych pełnopłatnych zabiegów dla zamożniejszych kuracjuszy, nowoczesna infrastruktura sanitarna. Pozwoli to przyciągnąć indywidualnego, komercyjnego i przede wszystkim pełnoodpłatnego klienta, również zagranicznego. Ważnym czynnikiem na drodze poprawy funkcjonowania polskich uzdrowisk jest pozyskiwanie dotacji na lecznictwo uzdrowiskowe, ale przede wszystkim zwiększenie wydatków publicznych (Narodowy Fundusz Zdrowia) na tego rodzaju świadczenia. Ograniczanie wysokości finansowania uzdrowisk ma wielowymiarowy skutek. Przede wszystkim negatywnie odbija się na pacjentach, wydłuża czas oczekiwania na świadczenia, który obecnie średnio wynosi około 18 miesięcy. Zmniejszenie środków wywołuje redukcję zatrudnienia w uzdrowiskach, jak również firmach świadczących usługi dla kuracjuszy. Jest to wyjątkowo dotkliwie w rejonach dotkniętych wysoką stopą bezrobocia.

Environmental, legal and economic aspects related to the functioning of sanatoriums

Summary: Polish spas have a great potential for development of therapeutics and spa tourism due to landscape and climate qualities as well as rich natural resources. Unfortunately the economic situation doesn't allow the subjects for effective functioning. The analysis covered the structure of healthcare expenses with consideration of spa therapeutics. The means dedicated to spa therapeutics don't exceed even 1% of the budget of the National Health Fund. The analysis of functioning of the institutions shows an increase of the number of spa healthcare institutions as well as the number of visiting clients and treatment per person per day. Thanks to the act of July 28th 2005 of spa therapeutics, spas and areas of spa protection as well as spa communities, the spas and spa communities have gained a constitutional protection for the spa therapeutics has become an integrated part of the healthcare system. Satisfying the needs and expectations of the stakeholders requires innovative actions and primarily an increase of public spending for this purpose.

Keywords: spas, spas tourism, public spending.

Literatura źródła prawa i netografia

Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 651).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2 kwietnia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. z 2012 r., poz. 14).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. z 2012 r., poz. 452).

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. z 2006 r. nr 80, poz. 565).

Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004, nr 210, poz. 2135).

Hermانيuk J., Krupa J., 2010, *Współczesne trendy funkcjonowania uzdrowisk – klastering*, Instytut Gospodarki Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania, Rzeszów.

Lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce w latach 2000–2010, Główny Urząd Statystyczny, Kraków 2011.

Narodowy Rachunek Zdrowia. Wydatki na ochronę Zdrowia 1999, 2002, 2001, 2003, Biblioteka Wiadomości Statystycznych, t. 54, Warszawa 2006.

Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w roku 1995–2005, 2001–2006, GUS, Warszawa.

Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia 2007–2013, 2014, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa,

Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2011 r., 2012, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.

www.mz.gov.pl; 03.04.29.

<http://www.igup.pl/wykaz-polskich-uzdrowisk>

<http://www.stat.gov.pl/bdl>

Anna Yurievna Yakovleva-Chernysheva

Международный инновационный университет, Сочи

Research and Innovative Technologies, International Innovative University Sochi

Стратегия и тактика ценообразования на услуги санаторно-курортной организации как фактор её конкурентоспособности

Очерк содержания: Статья посвящена исследованию вопросов ценообразования, являющегося важной составляющей маркетинга в предпринимательской деятельности санаторно-курортных организаций и фактором их конкурентоспособности на рынке санаторно-курортных услуг.

Ключевые слова: ценообразование, услуги, санаторно-курортная организация, маркетинг, предпринимательская деятельность.

Кризисная ситуация, приводящая к макроэкономической нестабильности, нарастающая изменчивость и неопределенность предпринимательской среды определяют особую значимость маркетинга в предпринимательской деятельности, в том числе и в санаторно-курортной сфере [1; 2].

Маркетинг в предпринимательской деятельности санаторно-курортных организаций предполагает осуществление совокупности взаимосвязанных мероприятий, включающих анализ рыночных возможностей, выбор целевых рынков, разработку комплекса маркетинга, планирование, организацию и контроль над установлением, укреплением и поддержанием выгодных обменов с целевыми рынками [3].

Маркетинг направлен на достижение основных целей санаторно-курортной организации за счет наиболее эффективного использования всех видов экономических ресурсов, то есть на обеспечение ее устойчивого функционирования и развития, и в итоге, конкурентоспособности на рынке санаторно-курортных услуг [4; 5].

В санаторно-курортной сфере ценообразование – это одна из наиболее сложных проблем, поскольку цена, с одной стороны, формируется в зависимости от конъюнктуры рынка, но с другой стороны уровень цен воздействует на величину спроса и предложения санаторно-курортных услуг. Ценовая политика может разрабатываться как на долгосрочную перспективу, так и приспосабливаться к меняющимся условиям рынка. При ее разработке необходимо учитывать как внешние, так и внутренние факторы.

Системный подход к анализу проблемы позволяет выявить из множества факторов наиболее существенно воздействующие на процесс ценообразования. В условиях монополистической конкуренции формирование цен на санаторно-курортные услуги происходит под влиянием величины и структуры спроса, цен конкурентов и издержек санаторно-курортной организации. По нашему мнению, несмотря на особенности санаторно-курортной сферы, приемлемым является использование общепризнанного подхода к ценообразованию, предложенного Ф. Котлером, который выделяет следующие основные этапы: постановка задач ценообразования; определение спроса; оценка издержек; анализ цен и товаров конкурентов; выбор метода ценообразования; установление окончательной цены [6].

Задачи ценообразования определяются выбранной стратегией конкурентоспособности. Например, если реализуется стратегия минимизации издержек, главной задачей ценообразования является обеспечения максимально возможной загрузки санаторно-курортной организации за счет цен, более низких, чем у основных конкурентов; если реализуется стратегия дифференциации, то задача ценообразования может заключаться в сигнализации потребителю о высоком качестве предлагаемых услуг и т. д. [7]

Достаточно сложной задачей является определение величины и структуры санаторно-курортных услуг, то есть его количественная оценка. Оценка спроса в санаторно-курортной сфере осложняется неоднородностью потребителей, многообразием объективных и субъективных факторов, влияющих на его формирование.

В течение ряда лет автором проводились исследования, включающие анализ загрузки, цен и выявление зависимости между ними на примере санаторно-курортных организаций г. Сочи. Анализ изменений заполняемости по категориям номерного фонда показал, что, как правило, в период с сентября по февраль происходило снижение

заполняемости, достигавшей в феврале своего минимума. С марта по август заполняемость увеличивалась, и август был месяцем максимальной загрузки. Периодические снижения и повышения номинальных цен производились в соответствии с колебаниями заполняемости. Динамика реальных цен была не столь однозначна, ввиду воздействия двух факторов: колебаний валютных курсов и темпов инфляции.

Результаты проводившихся расчетов и анализа коэффициентов эластичности спроса по цене на услуги санаторно-курортных организаций позволил сделать следующие основные выводы:

1. Значение коэффициента эластичности, как правило, колеблется в интервале от 1 до бесконечности, что формально характеризует спрос как эластичный по цене. Снижение загрузки совпадает со снижением цен (осенне-зимний период), а рост загрузки совпадает с ростом цен (весенне-летний период). При этом колебания загрузки, как правило, более значительны, чем колебания цен, что дает в расчетах большинство значений коэффициентов эластичности, колеблющихся от 1 до бесконечности.
2. Колебания в загрузке связаны большей частью с фактором сезонности. Фактор сезонности, который формально относится к «прочим равным условиям», в значительной мере искажает результаты анализа эластичности спроса по цене. Под влиянием этого фактора в течение календарного года происходят ритмические сдвиги всей кривой спроса на услуги санаторно-курортных предприятий. Анализ же эластичности спроса по цене предполагает определение характера зависимости между ценой и величиной спроса [8].

Чтобы избежать рассмотренных выше искажений, проводился также расчет коэффициентов эластичности с использованием данных за одноименные месяцы разных лет. При этом, во-первых, устранялось воздействие фактора сезонности, во-вторых, появлялась возможность исследовать зависимость между загрузкой и ценами по каждому месяцу в отдельности.

На основе расчета коэффициентов эластичности спроса по цене за одноименные месяцы разных лет были сделаны следующие основные выводы:

1. В «высокий сезон» спрос, как правило, неэластичен.
2. В «мертвый сезон» и межсезонье спрос, как правило, эластичен.

Таким образом, из проведенного анализа, по нашему мнению, следует, что в межсезонье целесообразно устанавливать цены ниже, чем у основных конкурентов, поскольку в этот период спрос чувствителен к изменению цен. Напротив, можно с уверенностью предположить, что в период «высокого сезона» установление цен на одном уровне с ближайшими конкурентами и даже несколько выше, не приведет к существенному снижению заполняемости.

Поскольку количественная оценка спроса затруднена, важным дополнительным методом его оценки, на наш взгляд, является проведение маркетинговых исследований. Информативной и не требующей значительных затрат формой маркетингового исследования в санаторно-курортной организации является анкетирование потребителей, проводимое для оценки степени attractiveness услуг предприятия с учетом ценового фактора (уровень цен, соотношение количества и качества предоставленных услуг и цены). Результаты анкетирования, по нашему мнению, служат косвенными ограничениями на возможность повышения цен в периоды высокого уровня спроса. С другой стороны, возможность снижения цен во многом зависит от величины и структуры затрат.

Важной задачей, которую необходимо решить при планировании затрат, является разделение расходов на постоянные и переменные в зависимости от изменения коэффициента загрузки. Разделение затрат на постоянные и переменные достаточно условно, поскольку их зависимость от коэффициента загрузки зачастую не может быть определена однозначно, то есть большинство затрат являются на практике смешанными (носят полупостоянный, или полупеременный, характер).

Проблема разделения затрат на постоянные и переменные в санаторно-курортной сфере осложняется тем, что статьи калькуляции себестоимости койко-дня формируются таким образом, что для разделения расходов на постоянные и переменные необходимо проводить дополнительные расчеты. Кроме того, как правило, предприятия, размещающие отдыхающих, предлагают различные категории номеров, что связано с установлением дифференцированных цен и различиями в себестоимости обслуживания. На практике отдельный учет большинства расходов по категориям номеров не ведется, поэтому

в процессе анализа необходимо либо решить проблему обобщения объемов услуг и затрат по категориям номерного фонда (люксы, полулюксы, одноместные, двухместные номера и т. д.), либо использовать суммарные и усредненные показатели себестоимости и доходов в расчете на 1 койко-день. По нашему мнению, последний вариант является наиболее приемлемым.

Для повышения объективности разделения затрат на постоянные и переменные можно использовать ряд методов, в том числе статистический, графический, метод высшей и низшей точки загрузки за период.

При использовании метода высшей и низшей точки загрузки за период (например, год) наиболее предпочтительно, по нашему мнению, анализировать показатели загрузки (в койко-днях) и себестоимости в помесечной разбивке. Необходимо выбрать месяцы, когда загрузка и соответственно себестоимость принимают наименьшее и наибольшее значение. Затем из наибольшего значения себестоимости вычитается наименьшее, и также из наибольшего показателя загрузки – наименьший. Разность в уровнях себестоимости делится на разность в уровнях загрузки. Таким образом, мы находим удельный вес переменных расходов. Чтобы получить общую сумму переменных расходов за рассматриваемые два месяца необходимо полученный коэффициент умножить на соответствующие показатели наибольшей и наименьшей загрузки. Разность между показателями себестоимости за рассматриваемые месяцы и полученными данными об объемах переменных затрат будет равна сумме постоянных расходов.

В целях анализа в области анализируемых значений загрузки постоянные затраты являются фиксированной величиной. Переменные затраты в расчет на 1 койко-день также с некоторыми допущениями можно рассматривать как константу. Тогда суммарные расходы на обслуживание отдыхающих находятся в линейной зависимости от уровня загрузки.

Степень реагирования суммарных затрат на изменения планируемого показателя загрузки зависит от соотношения между постоянными и переменными затратами в структуре себестоимости. Чем выше доля переменных расходов, тем сильнее реакция на изменение объемов обслуживания. Одновременно высокий удельный вес постоянных расходов в структуре себестоимости, как правило, свидетельствует о наличии резервов ее снижения.

Степень реагирования затрат на изменения уровня загрузки может быть оценена с использованием коэффициента реагирования

затрат, который представляет собой коэффициент эластичности затрат по выпуску.

В зависимости от величины коэффициента реагирования затрат (КРЗ) затраты характеризуются следующим образом: $КРЗ=0$ - постоянные расходы; $КРЗ>0$ - переменные расходы, в том числе: $0<КРЗ<1$ - дегрессивные расходы; $КРЗ=1$ - пропорциональные расходы; $КРЗ>1$ - прогрессивные расходы.

По нашему мнению, для упрощения расчетов целесообразно разделять затраты лишь на постоянные и переменные, соответственно разбивая в некоторой пропорции смешанные статьи затрат.

В целях исследования взаимосвязи между показателями себестоимости и загрузки нами были использованы сведения о себестоимости реализованных путевок в помесечной разбивке и в разрезе статей калькуляции, а также о загрузке номерного фонда по месяцам в двух санаторно-курортных организациях. На основе полученных результатов, учитывая особенности формирования рассматриваемых статей затрат в процессе бухгалтерского учета, нами сделаны следующие выводы:

1) к переменным затратам относятся:

- расходы на продукты питания (коэффициент реагирования затрат – 0,87-0,99);
- расходы на лечение (лечебные процедуры и медикаменты) – КРЗ равен 0,71-1,02;
- расходы на культмассовые мероприятия (1,06-1,07);
- расходы по стирке белья (0,77-1,07);
- непроизводительные расходы, включающие естественную убыль продуктов питания, списание тары и т. п. (КРЗ равен 0,95-1,25);

2) к постоянным расходам относятся:

- износ (амортизация) основных средств – коэффициент реагирования затрат равен 0,00-0,04;
- износ (амортизация) нематериальных активов – КРЗ равен -0,05-0,22;
- расходы на содержание административно-управленческого персонала (командировочные, представительские расходы,

приобретение канцелярских принадлежностей, содержание оргтехники и т. д.) – КРЗ колебался от -0,05 до 0,9;

3) к смешанным затратам относятся следующие статьи:

- фонд заработной платы (включает постоянные расходы в части гарантированных штатным расписанием окладов постоянных работников и переменные расходы, то есть премиальные выплаты, увязанные с показателями загрузки, оплату труда сезонных работников) – КРЗ колеблется от 0,44 до 0,76;
- начисления на фонд заработной платы (представляют собой фиксированный % от фонда заработной платы);
- большинство видов хозяйственных расходов (электроэнергия, горячая вода и отопление, водоснабжение и канализация, транспортные расходы, содержание помещений и территории, расходы по охране труда [спецодежда, аптечки и другие]);
- налоги и сборы (постоянные расходы – плата за землю и за загрязнение окружающей среды, переменные расходы – налог на пользователей автодорог);
- общекурортные расходы, включающие рекламу (0,34-1,10).

Наиболее сложно разбить на постоянные и переменные хозяйственные расходы, поскольку не всегда возможен отдельный учет расходования электроэнергии и воды по подразделениям; не всегда ведется детализированный учет по расходам на содержание помещений и территории; в статье «Горячая вода и отопление» расходы на отопление находятся в обратной зависимости с коэффициентом загрузки, поскольку отопительный сезон совпадает с периодом снижения заполняемости; транспортные расходы включают одновременно расходы на бензин, которые увеличиваются в период роста загрузки, и затраты на ремонт транспортных средств, которые осуществляются преимущественно зимой и в межсезонье и т. д. Наличие переменной составляющей в статье «Налоги и сборы» в наибольшей степени может проявиться лишь при поквартальном анализе себестоимости, поскольку налоговые платежи, относимые на себестоимость, осуществляются преимущественно в последний месяц каждого квартала. Коэффициенты реагирования затрат, рассчитанные для смешанных статей расходов, как правило, характеризуют их как депрессивные (в большинстве случаев их значения колеблются от 0 до 1).

Аналитический метод разделения затрат на постоянные и переменные базируется на ряде допущений, которые отрицательно воздействуют на достоверность результатов и выводов, сделанных на их основе. В частности постоянные затраты в практической деятельности санаторно-курортной организации не являются константой, а переменные расходы могут находиться в нелинейной зависимости от коэффициента загрузки. Одни и те же виды затрат в разных ситуациях могут вести себя как постоянные или переменные. Сам процесс формирования статей калькуляции находится под воздействием разнообразных случайных факторов (например, не всегда своевременно производится отнесение затрат на себестоимость путевок). Тем не менее применение аналитических методов позволяет выявить тенденции в поведении затрат, определить критерии отнесения их к переменным или постоянным. В конечном счете, планирование себестоимости является основой для определения минимальных приемлемых цен на санаторно-курортные услуги.

Анализ цен и услуг конкурентов проводится в контексте анализа факторов внутренней и внешней предпринимательской среды предприятия. С точки зрения ценообразования, важно также знать политику цен основных конкурентов.

На наш взгляд, выбор метода ценообразования для санаторно-курортной организации определяется следующими основными факторами:

- рынок санаторно-курортных услуг является рынком монополистической конкуренции;
- интенсивность конкуренции высока;
- спрос очень эластичен, причем имеет ярко выраженный сезонный характер;
- предложение крайне неэластично.

С учетом перечисленных факторов, по нашему мнению, санаторно-курортная организация может использовать метод «затраты-объем-прибыль». Однако применение этого метода в санаторно-курортной сфере, на наш взгляд, ограничивается особенностями функционирования санаторно-курортных предприятий и требует определенной корректировки. С использованием метода «затраты-объем-прибыль» можно рассчитать лишь некоторое среднее значение цены, обеспечивающее получение целевой прибыли при планируемых показателях загрузки, доходов

и затрат по итогам работы за год. Базируясь на результатах расчетов в системе «затраты-объем-прибыль», санаторно-курортная организация, на наш взгляд, может применять следующие методы ценообразования, учитывающие влияние неценовых факторов на величину и структуру спроса:

- дифференцированное ценообразование, заключающееся в первую очередь, в периодическом снижении и повышении цен, определяющемся сезонными колебаниями спроса;
- сочетание относительно низких цен на проживание в обычных номерах в сочетании с завышенными ценами на услуги люксов (использование неоднородности потребителей, факторов престижа и субъективно ощущаемой ценности услуг высшей категории);
- установление привлекательных низких цен за проживание в сочетании с высокими ценами на другие пользующиеся спросом услуги, предоставляемыми за дополнительную плату;
- установление цен на уровне основных конкурентов.

Периодическое снижение и повышение цен позволяет, с одной стороны, привлечь потребителей, ожидающих снижения цены, в периоды наименьшей заполняемости, частично компенсируя убытки, а с другой стороны получить сверхприбыль в месяцы ажиотажного спроса, получая, таким образом, среднегодовую целевую норму прибыли. При этом расчет точки критической загрузки, который может быть произведен в рамках метода «затраты-объем-прибыль», позволяет определить целесообразность приостановки деятельности санаторно-курортной организации в месяцы, когда доход от реализации услуг по низким ценам и в условиях низкой заполняемости опустится ниже уровня переменных затрат.

Дифференциация цен на различные категории номеров позиционирует услуги, привлекая различные сегменты потребителей и позволяя предприятию получить сверхприбыль от реализации услуг высшей категории.

Возможны различные варианты применения привлекательно низкой цены на проживание в санаторно-курортной организации. Например, можно существенно сократить перечень медицинских услуг, входящих в стоимость путевки. Тогда потребитель, приобретя путевку

по сравнительно низкой цене, будет вынужден отдельно оплачивать необходимые диагностику и процедуры. Но в этом случае, если цены, установленные на дополнительные услуги, достаточно высоки, есть риск, что эти услуги могут быть получены в конкурирующих организациях (например, в курортной поликлинике). Аналогично потребитель может отказаться от питания в точках общественного питания, принадлежащих санаторию, если есть конкурирующее предложение услуг питания по более низким ценам.

Установление цен на уровне основных конкурентов – один из наиболее распространенных методов ценообразования в санаторно-курортной сфере, что обусловлено его простотой. Применение этого метода наиболее целесообразно, если издержки данной санаторно-курортной организации ниже, чем у конкурентов.

Совокупность мероприятий, связанных с окончательным установлением цены, представляет собой тактику ценообразования. На наш взгляд, особенностью санаторно-курортной сферы является индивидуальная работа с каждым клиентом. В этих условиях необходимо гибкое ценообразование, стимулирующее реализацию услуг в конкретной ситуации. По нашему мнению, наиболее действенным методом стимулирования реализации санаторно-курортных услуг является предоставление скидок, особенно при заключении договора с крупным предприятием-потребителем или турфирмой на круглогодичной основе.

Таким образом, на основе проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. В условиях монополистической конкуренции санаторно-курортная организация должна разрабатывать ценовую политику, оценивая спрос потребителей, свои издержки и соотношение цена-качество услуг в сопоставлении с конкурентами.
2. При количественной оценке спроса на санаторно-курортные услуги необходимо учитывать фактор сезонности, элиминируя его влияние путем расчета коэффициентов эластичности спроса по цене с использованием показателей за одноименные месяцы разных лет.
3. При оценке затрат для более объективного разделения затрат на постоянные и переменные целесообразно использовать метод высшей и низшей точки загрузки за период, рассчитывать коэффициенты реагирования затрат по статьям калькуляции.

4. В процессе ценообразования возможно использование метода «затраты-объем-прибыль» для определения точки критической загрузки в периоды наибольшего падения спроса и среднегодового уровня цен, обеспечивающего получение целевой прибыли. Ценовая политика, учитывающая проведенную оценку спроса и затрат, особенности потребителей и конкурентов, предполагает использование различных методов ценообразования (периодические изменения цен, позиционирование услуг разного качества, установление привлекательно низких цен на основные услуги, ориентация на цены конкурентов).
5. Окончательное установление цены производится в процессе индивидуальной работы с потребителем, что усиливает важность применения гибкой системы ценообразования, в частности использование скидок.

Strategia i taktyka wyceny usług przedsiębiorstwa sanatoryjno-uzdrowiskowego jako czynnik jego konkurencyjności

Zarys treści: Niniejszy artykuł poświęcony jest badaniu problematyki polityki cenowej, będącej ważnym elementem składowym marketingu firm w biznesie sanatoryjno-uzdrowiskowym i czynnikiem ich konkurencyjności na rynku usług sanatoryjno-uzdrowiskowych.

Słowa kluczowe: wycena, usługi, przedsiębiorstwo sanatoryjno-uzdrowiskowe, marketing, działalność biznesowa.

The strategy and tactics of pricing services of health resort organization as a factor of its competitiveness

Summary: The article investigates the issues of pricing, which is an important component of marketing in entrepreneurship of health resort organizations and factor in their competitiveness in the market of health resort services.

Keywords: pricing, services, health resort organization, marketing, entrepreneurship.

Список литературы

Яковлева-Чернышева А.Ю. *Методологические аспекты управления маркетингом в социально-экономической системе предпринимательства* / А.Ю. Яковлева-Чернышева // Гуманизация образования. - 2013. - №3. - С. 43-51.

Яковлева-Чернышева А.Ю. *Маркетинг в предпринимательской деятельности как объект управления* / А.Ю. Яковлева-Чернышева // Гуманизация образования. - 2014. - №2. - С. 62-68.

Портер М.Э. *Конкуренция*: Пер. с англ. / М.Э. Портер. - М.: Вильямс, 2006.

Азоев Г.Л. *Конкурентные преимущества фирмы* / Г.Л. Азоев, А.П. Челенков. - М.: ОАО «Типография «НОВОСТИ», 2000.

Яковлева-Чернышева А.Ю. *Концептуальные подходы к управлению устойчивым развитием предпринимательских структур* / А.Ю. Яковлева-Чернышева, О.В. Дудник, // Вестник ВЭГУ. - 2012. - №5. - С. 24-29.

Котлер Ф. *Основы маркетинга. Краткий курс* / Ф. Котлер. - М.: Вильямс, 2011.

Цены и ценообразование. - 4-е изд. / Под ред. д.э.н., проф. В.Е. Есипова. - СПб.: Питер, 2004.

Яковлева-Чернышева А.Ю. *Особенности формирования расходов на предприятиях санаторно-курортной сферы* / А.Ю. Яковлева-Чернышева // Вестник ВЭГУ. - Сер. «Экономика». - 2009. - №2. - С. 71-76.

Bibliography

Yakovleva-Chernysheva A.Yu. *Metodologicheskie aspekty upravleniya marketingom v sotsial'no-ekonomicheskoy sisteme predprinimatel'stva* / A.Yu. Yakovleva-Chernysheva // Gumanizatsiya obrazovaniya. - 2013. - №3. - S. 43-51.

Yakovleva-Chernysheva A.Yu. *Marketing v predprinimatel'skoy deyatel'nosti kak ob'ekt upravleniya* / A.Yu. Yakovleva-Chernysheva // Gumanizatsiya obrazovaniya. - 2014. - №2. - S. 62-68.

Porter M.E. *Konkurentsiya*: Per. s angl. / M.E. Porter. - M.: Vil'yams, 2006.

Azoev G.L. *Konkurentnye preimushchestva firmy* / G.L. Azoev, A.P. Chelenkov. - M.: OAO «Tipografiya «NOVOSTI», 2000.

Yakovleva-Chernysheva A.Yu. *Kontseptual'nye podkhody k upravleniyu ustoychivym razvitiem predprinimatel'skikh struktur* / A.Yu. Yakovleva-Chernysheva, O.V. Dudnik, // Vestnik VEGU. - 2012. - №5. - S. 24-29.

Kotler F. *Osnovy marketinga. Kratkiy kurs* / F. Kotler. - M.: Vil'yams, 2011.

Tseny i tsenoobrazovanie. - 4-e izd. / Pod red. d.e.n., prof. V.E. Esipova. - SPb.: Piter, 2004.

Yakovleva-Chernysheva A.Yu. *Osobennosti formirovaniya raskhodov na predpriyatiyakh sanatorno-kurortnoy sfery* / A.Yu. Yakovleva-Chernysheva // Vestnik VEGU. - Ser. «Ekonomika». - 2009. - №2. - S. 71-76.

ROZDZIAŁ II.

Turystyka uzdrowiskowa w Republice Czeskiej oraz w Inowrocławiu

Jiří Vaníček

Silesian University in Opava
Uniwersytet Śląski w Opawie

Spa places and tourism in the Czech Republic

Abstract: Silesian University in Opava, Faculty of Philosophy and Science and namely its Institute of Gastronomy, Spa Management and Tourism carried out a research in the field of spa industry and tourism. This paper presents the results based on the survey carried out in 20 spa places. The respondents were not only the spa guests, but same-day visitors and tourist and residents spa places, too.

Keywords: spa, marketing research, spa guest, tourist, same-day visitors.

Introduction

Spa culture in the Czech Republic can boast a centuries-long history. According to an old tradition, throwing a coin into a healing spring is an expression of thanks for recovery. Roman and Celtic coins that have been found in the thermal springs in Teplice are a proof of the fact that the history of Czech spas is more than 2000 years long. Natural healing sources, baths, drinking cures and spa treatment have been used in medical science as one of the oldest ways of therapy from way back. Spas were gradually established in the surroundings of natural sources mainly around the springs of mineral and thermal waters. Also the deposits of peat and marsh provided a valuable material for warmed baths and wraps. A favourable climate gave rise to many spa centres as well.

The largest expansion of spas began at the end of the 18th century in connection with technological progress but also on the grounds of social communication development. Other important stimuli were the development of medical science and balneology as well as the establishment of the first hydrotherapeutic institute – its methods are in certain modification used up

to now. The golden age of spa building culminated on the turn of the 19th and 20th centuries. In that period new spa houses and colonnades were built and the springs of mineral waters were gradually roofed. Considerable attention was aimed at the quality of natural healing sources.

The spa tradition in the Czech Republic is, to a large extent, based on natural healing sources, i.e. mineral waters, gas or peloids. A significant milestone in spa culture in the Czech Republic was the year 1989. Following the political changes, progressive economic changes were applied, mainly the change of property rights. In the course of the recent twenty years spas have undergone the most significant transformation in the frame of all the segments providing medical care and they have become an important part of tourism. Following successful privatisation and stabilisation of proprietary relations, massive investments into infrastructure were made. Besides the changes in proprietary relations, significant legislative changes were introduced – in 1993 a system of health insurance was introduced resulting in the change of the payer of covered spa care from the Czech social security administration to health insurance companies.

An inseparable part of the changes in spa care was a permanent increase of medical staff expertise. This fact may be documented by the number of quality certificates awarded by the European Spas Association that is the highest among all the member states of the European Union. Apart from the above mentioned qualitative changes, the standard offer of medical spa stays is being changed and extended with new forms of regenerative stays. Hence the spa culture is gradually no longer perceived as an inseparable part of the health and social system. Spa clientele begins to take advantages of the spa services more frequently as a way of prevention and spa guests become participants of tourism since spas represent one of the possibilities of leisure time spending. Spas follow this trend by an alternative offer of short-term preventive spa products as well as wellness packages.

The base of the spa care offered in the Czech Republic is making use of the combination of the effects of natural healing sources, rehabilitation care and in some cases also of the treatment of chronic diseases. The system of spa care distinguishes three types of service providing depending on the share of spa care payment by the health insurance company and the medical care beneficiary. The complex spa care is fully covered by the health insurance company where the client is insured. The company pays for the health care, accommodation and catering. The basic length of stay – according to the current legislation (regulation no. 267/2012 Coll.) – 21, respectively 28 days may be prolonged

in particular cases based on the doctor's recommendation. This type of spa care is intended especially for follow-up treatment of postoperative states and for the prevention of disability development. While taking this care, the client is on temporary sick leave. Contributory spa care is provided in cases when the conditions for the complex spa care have not been met. Health Insurance Company covers the spa care while expenditures connected with the stay in a spa, i.e. accommodation and catering are covered by the client himself. The basic length of contributory spa care is 14, respectively 21 days. While taking this type of spa care, the client takes a holiday or as the case may be an unpaid leave. Stays of private payers represent spa care when all the expenditures connected with the stay in a spa are covered by the client himself. The length of these stays is not determined by the law. The average length of private payers' stays ranges in days. This type of spa care is used by domestic as well as by foreign clientele.

The data regarding spa care are methodically gathered by means of statistical records documenting the development of provided spa care on the time axis that enables the analysis of changes caused by different more or less objective reasons. Their content was compiled based on the requirements of the Czech Spas and Springs Inspectorate of the Ministry of Health. The realisation of statistical investigations and their processing is provided by the Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic.

In the period of the last fourteen years from 2000 to 2013 the total number of clients increased by almost 37 per cent, i.e. from 275 811 clients in 2000 to 377 552 clients in 2013. However, the structure of spa clientele gradually changed to the disadvantage of the number of insured people taking the complex spa care, namely by 53 per cent, i.e. from 125 975 clients in 2000 to 59 590 clients in 2013. Similar tendency of development in the monitored period can also be seen in the numbers of patients who were provided with the contributory spa care, namely the decrease by 49 per cent from 24 914 to 12 734 persons.

In comparison with these data, the development of the numbers of private payers showed the opposite tendency with more steep increase. In the period of 2000 – 2013, domestic clientele showed quadruple increase from 31 901 persons in 2000 to 139 605 persons in 2013. Foreign clientele of private payers also showed increase in numbers although no as significant as that of the domestic clients – from 93 021 persons in 2000 the increase reached 165 228 persons in 2013.

Depending on the type of illness, adult patients, youth and children take part in spa care. Regulation no. 267/2012 Coll. determines indication

list for spa curative-rehabilitation care of adults, children and youth. The regulation itself contains two constituent lists of indication groups of diseases, i.e. separately considering the care of adults and separately considering children and youth. Each list is divided into eleven indication groups (for adults under serial numbers I – XI, for children and youth under serial numbers XXI. – XXXI.). Each of the given groups shows differences in prevailing indication, although this indication within the particular groups is identical in flow line. Considering the adult clientele, diseases of musculoskeletal system prevail that do not change much in the course of time. In the year 2000 its share with the adults was 49.9 per cent; in 2013 it was 51.9 per cent. Considering children's clientele the group of non-tubercular respiratory diseases prevails with nearly no changes in the course of time (almost 50 per cent). Deriving from the given facts, it is apparent that although the adults and children live in the same more or less healthy environment, children's organism is more susceptible and less immune not only to the infection intake but also to the environment.

Methodology

To map the current opinions of the visitors (spa guests or tourists) spa towns and residents spa places, the Institute of Gastronomy, Spa Management and Tourism has decided to carry out a research on the territory of the Czech Republic. The research started in 2012, the first phase was finished in 2013. The results of particular phases are presented to the Association of Spa Places (a non-governmental organisation grouping spa towns and municipalities in the Czech Republic). The second phase started in the year 2013 and finished during the year 2014.

The first part of the research is aimed at mapping the opinions of the residents of a given spa place evaluating the benefits of spa to the development of the municipality and the life of its residents using the method of sociological survey. The second part, aimed at the visitors of a spa place is being carried out by means of marketing research by questioning at various places and on different days of week in particular seasons with the aim to eliminate a potential misrepresentation as much as possible. This paper presents only some of the results of research among residents and visitors to the spa places or towns.

One of the partial objectives of the research is the analysis of the residents' relation to a given spa place including creation of the profile of a typical resident. Another partial objective is to find out the attitude of the local administration to the issue of spa culture and its relations to tourism. Last but not least is another research objective, i.e. the analysis of the structure of spa

place visitors, the degree of visitors' satisfaction with services offered and the determination of the profile of a spa place visitor.

The group of interviewers is formed by the students of Spa management and tourism involved in the project in the form of partial outputs in the frame of bachelor theses. The concept of the research is divided into two comparatively independent parts. The first group of respondents are either spa residents who just live in the given area or the citizens who benefit from the existence of spa either as spa employees or as entrepreneurs providing services to spa guests. According to the size of a spa place, the sample of respondents is minimum 150 to 250 persons. The second group of respondents are the visitors of a given spa (spa guests, same-day visitors or tourists). The number of respondents is again minimum 150 to 250 persons addressed either in the immediate closeness of spa establishments or in the spa centre or at other tourist attractions. The project has so far been finalised in the following spa places.

Spa place	Number of inhabitants	County (region)	Spa place	Number of inhabitants	County (region)
Bludov	3 100	OL	Konstant. Lázně	900	PL
Darkov	-	MS	Lázně Mšené	1 700	ÚL
Hodonín	25 000	JM	Luhačovice	5 000	ZL
Jáchymov	2 800	KV	Mariánské Lázně	13 000	KV
Jánské Lázně	800	MS	Ostrožská Nová Ves	3 400	JM
Karlova Studánka	250	MS	Poděbrady	14 000	SČ
Karlovy Vary	50 000	KV	Slatinice	1 500	OL
Karviná	57 000	MS	Teplice nad Bečvou	350	OL
Kláštec n/ Ohří	15 000	ÚL	Třeboň	8 500	JČ
Klimkovice	4 400	MS	Velké Losiny	2 700	OL

Abbreviations in the designation of regions (counties) indicate the following: OL – Olomoucký (Central Moravia), MS – Moravskoslezský (North Moravia and Silesia), JM – Jihomoravský (South Moravia), KV – Karlovarský (Carlsbad region), KV – Královéhradecký (Eastern Bohemia), ÚL – Ústecký (Northern Bohemia), PL – Plzeňský (West Bohemia), ZL – Zlínský (Central Moravia), SČ – Středočeský (Central Bohemia), JČ – Jihočeský (Southern Bohemia). Darkov is a part of Karviná.

Results and Discussion

One of the questions concerned opinions of spa residents regarding advantages and disadvantages of the existence of spa in the given municipality. There were three possibilities of answer – a) I do not know, b) I just guess but cannot give anything particular, c) I know plus stating particular advantages and disadvantages of the existence of spa in the municipality. The advantages were given by only 21 per cent of residents (on average) and only 16 per cent of respondents were able to give some disadvantages. Table 1 gives the evaluation of the awa-

reness of this issue in particular spa centres by means of average marks where answer a) was marked 1, answer b) was marked 3 and answer c) was marked 5. The best knowledge was proved by the residents of Janské Lázně and the worst by the residents of Lázně Mšené. It is interesting that the inhabitants of the most visited spa towns of Karlovy Vary, Luhačovice and Mariánské Lázně are placed in fourth, fifth and ninth. It is an expression of anonymity environment of larger cities.

Table 1: Knowledge of advantages and disadvantages – order

Spa places	Janské Lázně	Teplice n/Bečvou	Poděbrady	Karlovy Vary	Luhačovice
knowledge	2,0	2,6	2,8	2,9	2,9
Spa places	Slatinice	Darkov	Třeboň	Mariánské Lázně	Jáchymov
knowledge	3,0	3,1	3,2	3,3	3,3
Spa places	Ostrožská Nová Ves	Karviná	Konst. Lázně	Karlova Studánka	Kláštepec nad Ohří
knowledge	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4
Spa places	Klimkovice	Velké Losiny	Hodonín	Bludov	Lázně Mšené
knowledge	3,5	3,6	3,9	4,0	4,4

Source: own study.

Following questions concerned the benefits of spa to the municipality that is naturally closely connected with the attitude of the residents towards spa guests. If they perceive the presence of spa establishments in a positive way, it may be assumed that they will also have a positive attitude towards the spa guests. The benefits were evaluated by the usual range of answers: definitely or rather yes, I am not able to judge, and rather or definitely no. Approximately 78 per cent of residents consider the existence of spa to be beneficial. The opposite is the opinion that it is not beneficial (1 per cent). The attitudes of residents of particular spas were quantified (mark 1 to 5). The average for particular places is given in table 2. The residents of Luhačovice, Karlova Studánka, Klimkovice, Jáchymov and Konstantinovy Lázně are most convinced about the benefits of spa to the municipality. The residents of Bludov consider the existence of spa least beneficial. It is interesting that the inhabitants of the most visited spa towns of Karlovy Vary almost at the end of the order and do not see too much benefit to the spa town. It is due to the fact that there is absolutely prevailed clientele from Russia.

Table 2: Anticipated benefits of spa establishments to the municipality – order

Spa places	Luhačovice	Karlova Studánka	Klímkovice	Jáchymov	Konstantinovy Lázně
knowledge	1,4	1,4	1,5	1,5	1,6
Spa places	Jánské Lázně	Darkov	Karviná	Poděbrady	Velké Losiny
knowledge	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
Spa places	Hodonín	Ostrožská Nová Ves	Mariánské Lázně	Teplice	Kláštorec nad Ohří
knowledge	1,7	1,7	1,8	1,9	2,1
Spa places	Karlovy Vary	Lázně Mšené	Slatinice	Kláštorec nad Ohří	Bludov
knowledge	2,1	2,3	2,3	2,3	2,5

Source: own study.

In the consequent part of the questionnaire the residents were asked to consider the particular benefits of the spa existence. Table 3 shows the averaged answers. The residents see the greatest benefits of spa for the municipality in the increase of sales of local shopkeepers, in creation of jobs for local inhabitants (both 20 per cent), and benefits for further service provides (16 percent). Last but not least, the residents appreciate more frequent cultural events due to the existence of spa (11 per cent).

Table 3: Most important benefits of spa for your municipality

Kind of benefit for spa place	Many residents find jobs	Increased sales for local shopkeepers	Increased sales for local service providers	Local authorities care more for public spaces	More cultural events
Average proportion of responses	20%	20%	16%	12%	11%
Kind of benefit for spa place	People can rent accommodation	It motivates home owners to greater care	Greater numbers of inns and hotels	The city is alive	No benefit
Average proportion of responses	6%	4%	4%	4%	3%

Source: own study.

The results achieved in particular spas were used for comparison of the gathered data. Consequently, the even distribution of all the mentioned benefits was taken into consideration. The more equally represented individual benefits, the lower the standard deviation and the more benefits is included in the reply. The value of standard deviation is given in Table 4. The benefits connected with

the existence of spa are most appreciated by the residents of Karlovy Vary and Třeboň; on the other hand the benefits of spa for the spa residents are appreciated least by the residents of Ostrožská Nová Ves and Teplice nad Bečvou.

Table 4: Extent of benefits resulting from spa for the municipality – order

Spa places	Karlovy Vary	Třeboň	Konstantinovy Lázně	Klimkovice	Jánské Lázně
σ	3,9%	4,4%	6,2%	6,6%	6,6%
Spa places	Karviná	Kláštevec nad Ohří	Luhačovice	Karlova Studánka	Velké Losiny
σ	7,1%	7,4%	7,9%	8,0%	8,0%
Spa places	Mariánské Lázně	Lázně Mšené	Jáchymov	Poděbrady	Hodonín
σ	8,7%	8,8%	8,8%	9,0%	9,6%
Spa places	Bludov	Slatinice	Darkov	Ostrožská Nová Ves	Teplice nad Bečvou
σ	9,9%	10,5%	10,9%	11,3%	15,9%
Average standard deviation of the share of individual benefits					6,3%

σ the standard deviation of values of individual benefits

Source: own study.

When evaluating the opinions of the residents considering the increase of tourist and spa guest inflow, the respondents had the possibility to mark one of the proposed answers, or as the case may be to suggest other measures. Table 5 gives the order of most frequent answers. It is interesting that the most frequent answers are identical with the results of the research that was carried out in town and even in village conservation areas in our previous studies. Main suggestions included the improvement of cleanness and looks of public spaces, the improvement of the condition of roads and public areas, and the third place was taken by the suggestion to issue further promotional materials.

Table 5: Most frequent measures for the increase of municipality visit rates

Measures	Share answers
Improvement o cleanness and looks of public spaces	28%
Improvement of roads and public areas	20%
Publication of promotional materials	18%
Contribution to residents for their hope repairs	9%
We do not want more tourist to come	8%
Establishment of one more information centre	5%
Other measures	12%

Source: own study.

The second part of the research was devoted to the analysis of spa visitors' opinions. The aim was to randomly address spa visitors regardless the fact whether they were spa guests, tourists or same-day visitors to find out the structure of visitors in a given municipality. The survey enabled to determine the ratio of respondents staying in the place as spa guests (all forms of spa care including wellness stays) to respondents staying there as visitors (tourists as well as same-day visitors – see Table 6). Respondents participating in the research were spa guests – 58 per cent, and visitors – 42 per cent. The differences between particular places are significant. While in Klimkovice the respondents were only spa guests, in Janské Lázně spa guests created only 20 per cent of respondents. Hence, it is apparent that Janské Lázně is an important tourist destination as well. Similar structure of respondents was typical for many important spa places – for example in Třeboň 61 per cent of respondents were tourists, in Mariánské Lázně 63 per cent and in Konstantinovy Lázně 64 per cent.

Table 6: Share of respondents: spa guests and visitors

Spa place	Spa guests	Visitors	Spa place	Spa guests	Visitors
Klimkovice	100%	0%	Poděbrady	56%	44%
Slatinice	99%	1%	Luhačovice	54%	46%
Ostrožská Nová Ves	80%	20%	Bludov	49%	51%
Karlovy Vary	80%	20%	Velké Losiny	39%	61%
Teplice nad Bečvou	77%	23%	Třeboň	39%	61%
Lázně Mšené	69%	31%	Mariánské Lázně	37%	63%
Karviná	68%	32%	Kláštepec nad Ohří	36%	64%
Karlova Studánka	67%	33%	Konstantinovy Lázně	36%	64%
Hodonín	65%	35%	Jáchymov	36%	64%
Darkov	64%	36%	Janské Lázně	20%	80%
Average				59%	41%

Source: own study.

The next part of the research was devoted to the frequency of respondents' visits. Spa places are ordered according to the average number of repeated visits in particular places. The share of first time visitors to the destination is also given. The highest frequency of repeated visits was identified in Kláštec nad Ohří, in Konstantinovy Lázně and in Hodonín. The numbers concern repeated visits or stays of not only the spa guests but of all the visitors. Two thirds of respondents in spa Mšené were the first-time visitors (see Table 7).

Table 7: Frequency of visits

Spa place	First visit	Frequency	Spa place	First visit	Frequency
Kláštepec nad Ohří	27%	6,4	Karviná	27%	4,5
Konstantinovy Lázně	27%	6,4	Mariánské Lázně	18%	4,4
Hodonín	25%	6,4	Jánské Lázně	9%	4,4
Poděbrady	20%	6,2	Karlova Studánka	43%	3,9
Bludov	30%	5,5	Darkov	39%	3,1
Luhačovice	24%	5,2	Ostrožská Nová Ves	40%	2,7
Karlovy Vary	18%	5,1	Slatinice	56%	2,7
Třeboň	29%	5,0	Klimkovice	44%	2,5
Jáchymov	44%	4,7	Lázně Mšené	67%	2,1
Teplice nad Bečvou	50%	4,7	Velké Losiny	66%	1,7
Average				33%	4,4

Source: own study.

The importance and attractiveness of individual spa can also be judged by what distance visitors are willing to come to the spa. Table 8 shows the average distance they had to overcome visitor to the spa. Accordingly, a spa can be divided into international significance, national significance and regional importance. We see that Karlovy Vary greatly exceed this value in comparison with other spa resorts (750 km). In fact, we can say that foreign clientele occurs in the spa, where the value is greater than 140 km.

Table 8: The average distance of visitor's residence from the spa place

Spa place	Average distance	Spa place	Visitors
Karlovy Vary	747 km	Jánské Lázně	105 km
Mariánské Lázně	238 km	Kláštepec nad Ohří	105 km
Jáchymov	199 km	Klimkovice	105 km
Třeboň	181 km	Karlova Studánka	103 km
Karviná	166 km	Poděbrady	83 km
Konstantinovy Lázně	164 km	Teplice nad Bečvou	75 km
Luhačovice	145 km	Darkov	67 km
Ostrožská Nová Ves	116 km	Slatinice	57 km
Hodonín	115 km	Bludov	53 km
Velké Losiny	107 km	Lázně Mšené	44 km
Average			149 km

Source: own study.

Consequently the length of stay in particular places was investigated. Foreigners were also asked to give the total length of their stay in the Czech Republic. The longest average stay of domestic visitors was found out in Klimkovice (21.6 days). This corresponds to the fact that the respondents were spa guests exclusively (100 per cent), not a single tourist or same-day visitor participated in the research. The longest stay of foreigners was detected in Mariánské Lázně (13.7 days on average). Interesting data were acquired for Třeboň with average length of stay of 13.3 days. As the spa guests created only 39 per cent of respondents, it can be deduced that the reason why domestic guests come to Třeboň is not only the spa stay but also holiday outside spa establishments. The total average length of stay of visitors in all the monitored spa places was almost 12 days. Nevertheless, it should be taken into consideration that to get more precise data, the total number of visitors (i.e. not only of the spa guests) per year in particular places would be needed. Unfortunately, these data are not available.

On average, 88 per cent of visitors are accommodated right in a spa place. Naturally, this concerns also tourists. Most, i.e. 100 or 99 per cent of visitors were accommodated right in the spa place in Darkov, Karviná, Klimkovice and Teplice nad Bečvou, the least number (59 per cent) in Klášterec nad Ohří. 100 per cent of visitors were accommodated directly in the spa establishment in Klimkovice. A high percentage of visitors accommodated directly in the spa concerned further small spa places (Bludov, Slatinice, Teplice nad Bečvou, Lázně Mšené, and Ostrožská Nová Ves). The largest share of hotel accommodation of visitors is in Jánské Lázně (34 per cent). A favourite type of accommodation in Třeboň is guest house (31 per cent), and one fifth of visitors in Karviná stay in private accommodation. Camps are rather popular in Janské Lázně (23 per cent). Visitors staying with relatives and friends are most typical for Poděbrady (12 per cent). In Karlovy Vary (Carlsbad) half of the visitors accommodation in a spa facilities and a quarter at the hotel.

It was also investigated visitor satisfaction with the quality of services both in the spa facilities, so in the spa place. Respondents rated each service mark of 1-5, as is customary in the classification in school that 1 means maximum satisfaction with the service and 5 means that the host of this service is completely dissatisfied.

Table 9 shows the average marks for each spa. In addition, it is shown the best and worst marks which for individual services in the health resort respondent evaluated. The best average mark was granted mainly small health resorts and spas, although there is far the best service. It is obvious that this review primarily affects the client's expectations and the difference between the expectations and actual service quality.

Table 9: The evaluation of the quality of services in individual spas

Spa place	Average	Minimum	Maximum	Spa place	Average	Minimum	Maximum
Teplice n/Bečvou	1,3	1,1	1,7	Slatinice	1,9	1,3	3,0
Lázně Mšené	1,4	1,0	2,5	Darkov	2,0	1,5	2,5
Velké Losiny	1,5	1,4	2,0	Poděbrady	2,0	1,2	2,7
Karlova Studánka	1,7	1,1	2,5	Hodonín	2,0	1,4	2,6
Ostrožská N. Ves	1,7	1,1	2,7	Karviná	2,0	1,2	2,5
Konst. Lázně	1,7	1,1	3,0	Klášterec n/O	2,1	1,5	2,7
Luhačovice	1,8	1,5	2,3	Jáchymov	2,1	1,2	3,0
Mariánské Lázně	1,8	1,5	2,3	Karlovy Vary	2,2	1,7	3,0
Třeboň	1,8	1,3	3,2	Bludov	2,4	1,6	3,5
The average rating	1,9	1,6	2,4	Klimkovice	2,4	1,4	4,1

Source: own study.

Which services value visitors during their stay in the spa place and spa facility evaluates best seen from Table 10. These include the following three services: environment for rest, relaxation, parks, etc., staff behaviour spa and wellness facilities and spa or wellness treatments - offer. Most often they are dissatisfied with the offer of other attractions for visitors and possibility to purchase.

Table 10: The evaluation of the quality of individual services

Criterion quality assessment	Average rating	Minim. grade	Maxim. grade
Environment for rest, relaxation, parks, etc.	1,6	1,0	2,6
Staff behaviour spa and wellness facilities	1,6	1,1	3,0
Spa or wellness treatments – offer	1,6	1,1	3,0
The overall impression of the place of residence in the spa	1,7	1,1	2,1
Overall satisfaction with the level of services in the spa place	1,7	1,1	2,3
The behaviour of local residents to visitors	1,8	1,1	2,7
Information services for visitors and spa guests	1,9	1,0	2,6
Accommodation in a spa place	2,0	1,1	3,9
Offer leisure time - sport, cultural events	2,1	1,5	3,0
Catering in the spa place	2,1	1,3	4,1
Offer of other attractions for visitors	2,2	1,2	4,1
Possibility to purchase	2,4	1,6	3,5
The average rating	1,9	1,3	2,4

Source: own study.

Summary

The best knowledge of advantages and disadvantages of the existence of spa in a municipality was proven by the residents of Janské Lázně, the worst knowledge was demonstrated by the residents of Spa Mšené. Most convinced about the benefits of spa are Luhačovice and Karlova Studánka residents and least convinced are Bludov residents. The residents of Karlovy Vary and Třeboň have the highest awareness of the benefits of spa while the residents of Ostrožská Nová Ves and Teplice nad Bečvou proved the lowest awareness.

Most residents consider the improvement of cleanness and appearance of the municipality, improvement of roads and public areas the basis for the increase of attractiveness of spa places, the third position was taken by publishing of promotional materials.

The share of spa guests and other spa visitors differs significantly. The average is 59 % to 41 % in favour of spa guests but for example in Janské Lázně it is only 20 % per cent of spa guests, in Jáchymov, Konstantinovy Lázně and Klášterec nad Ohří 36 %, Mariánské Lázně 37 per cent and in Třeboň 39 per cent.

The reasons of visits include not only the spa stays but for example 30 per cent of respondents come to Velké Losiny to spend their holiday there. In Klášterec nad Ohří the share of spa patients and wellness clientele is already the same (18 per cent). Many same-day visitors can be found in Janské Lázně (74 per cent). The highest rate of repeated guests is in Klášterec nad Ohří, Konstantinovy Lázně and Hodonín, the lowest in Velké Losiny. The longest average length of stay can be seen in places where spa guests prevail. In Klimkovice there is the average almost 22 days. Considering places that are important tourist centres as well, Mariánské Lázně and Třeboň should be mentioned.

Accommodation directly in a spa place prevails (88 per cent on average), although this figure concerns only guests who stay for more days. The structure of accommodation establishments differs a lot in particular places. Accommodation in a spa establishment does not prevail in all places. Accommodation right in spa establishments dominates in small spas but for example in Třeboň there are 31 per cent of more-day visitors accommodated in guest houses and in Janské Lázně 23 per cent in a camp. In Karlovy Vary half of the visitor's accommodation in a spa facilities and a quarter at the hotel.

The attractiveness of particular spa places may also be judged according to the average distance between the spa place and the place of residence of spa guests. The figures differed significantly. While the respondents had to travel

238 km on average to visit Mariánské Lázně, it was only 44 km to get to Lázně Mšené. We see that Karlovy Vary greatly exceed this value in comparison with other spa resorts (750 km). As emerged from the research, higher prices should be expected in attractive spa places and people are usually ready to spend there more money. A visitor of Mariánské Lázně spends almost 2,800 Czech Crowns (on average) per day. On the other hand, daily expenditure in Hodonín is only 350 Czech Crowns.

The research and its continuation gain a significant importance especially in connection with the introduction of the new indication list in 2012. This had a significant impact on the results achieved by the spa establishments in 2013. Based on the common effort of professional organisations, i.e. Association of Spa Places and Czech Spa Association, a common Memorandum regarding the situation in spas was issued. An initiative of Czech senators in the first half of the year 2014 led to the annulment of the effect of the new indication list whose validity is set by the Constitutional Court of the Czech Republic only until the end of the year 2014. Therefore, it can be supposed that a new legislation regarding provision of spa care should be approved in the second half of this year at the latest.

Uzdrowiska i turystyka w Republice Czeskiej

Zarys treści: Uniwersytet Śląski w Opawie, Wydział Filozofii i Nauki, a ściślej Instytut Gastronomii i Turystyki oraz Zarządzania Spa, przeprowadził badania w dziedzinie przemysłu uzdrowiskowego oraz turystyki. Ta publikacja przedstawia rezultaty wynikające z badań przeprowadzonych w 20 uzdrowiskach. Ankietowani to nie tylko kuracjusze, ale również goście, przejezdni, turyści oraz mieszkańcy.

Słowa kluczowe: spa, badanie rynku, kuracjusz, turysta, gość przejezdny.

Bibliography

Barboříková, K., Bartoňová, B., Berbr, L., Dreslerová, K., Hampl, M., Klatovská, Z., Krejčová, L., Kroužková, M., Kuchárová, V., Krňavková, M., Mokrošová, P., Müllerová, J., Paličková, L., Pavlovská, M., Ráboňová, L., Schmidtová, I., Sobieská, N., Suchánková, E., Svobodová, D., Šiffnerová, H., Štávová, I., Thielová, V., Thomanková, L., Urbancová, K., Vaněčková, L., Vyhňáková, Z., Wozniaková, J. *Analýza profilu obyvatele a návštěvníka vybraného lázeňského místa*. Bakalářská práce, Ústav lázeňství, gastronomie a turismu FPF Slezské univerzity v Opavě, Opava 2013 and 2014.

Bucharovič, S., Wieser, S. *Encyklopedie lázní a léčivých pramenů v Čechách, na Moravě a ve Slezsku*. 1. vyd. Praha: Libri, 2001. 461 s. ISBN 80-7277-048-9.

Lázeňská péče 2000–2012. [online] 24. 5. 2013 [cit. 2014-04-03]. Available from: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/lazenska-pece> POPOVIČ, I. *Indikační skupiny lázeňské péče 2008–2012*. Praha: ÚZIS – Aktuální informace č. 15/2013 ze dne 29.05.2013.

Popovič, I. *Lázeňská léčebně rehabilitační péče v roce 2013*. Praha: ÚZIS – Aktuální informace č. 4/2014 ze dne 4.04.2014.

Seifertová, V. *Marketing v lázeňském cestovním ruchu*. 1. vyd. Praha: Pragoline, 2003. 120 s. ISBN 80-86592-00-6, ss. 15.

Vaniček, J., Vavrečková, E. *Cestovní ruch v některých lázeňských místech ČR (II.)*. In: *COT business – nezávislý časopis pro profesionály v cestovním ruchu*, 2014, č. 2, ss. 60–62. ISSN 1212-4281.

Vaniček, J., Vavrečková, E. *Cestovní ruch v některých lázeňských místech ČR (I.)*. In: *COT business – nezávislý časopis pro profesionály v cestovním ruchu*, 2014, č. 1, ss. 44–45. ISSN 1212-4281.

Benicjusz Głębocki

Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy,
Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu

Walory rekreacyjno-uzdrowiskowe Inowrocławia i ich wpływ na rozwój miasta

Zarys treści: W artykule scharakteryzowano najważniejsze walory uzdrowiskowo-rekreacyjne Inowrocławia. W szczególności dotyczy to uzdrowiska, jako jednego z głównych czynników kształtujących charakter miasta. Znaczna część artykułu poświęcona jest działalności najważniejszych instytucji kulturalnych, do których zaliczono Kujawskie Centrum Kultury i Muzeum im. Jana Kasprowicza. Działalność tych instytucji jest ściśle związana z funkcjonowaniem uzdrowiska. Organizowane koncerty, festiwale, spektakle, wystawy, warsztaty z udziałem wybitnych wykonawców polskich i zagranicznych cieszą się dużym zainteresowaniem mieszkańców miasta, kuracjuszy i gości przyjeżdżających specjalnie na te imprezy. Liczne i atrakcyjne imprezy o wieloletnich tradycjach uczyniły z Inowrocławia ważne centrum kultury o znaczeniu ponadregionalnym i międzynarodowym.

Działania te niewątpliwie miały też wpływ na program rewitalizacji najstarszej części miasta. Po jej zakończeniu stała się ona dużą atrakcją turystyczną Inowrocławia. Miasto, mając dobre powiązania komunikacyjne z dużymi aglomeracjami i dysponując znaczącą bazą noclegową i gastronomiczną, jest też miejscem wypadowym dla turystów, chcących zapoznać się z walorami przyrodniczymi i dziedzictwem kulturowym Kujaw, sięgającym często początków kształtowania się państwa polskiego.

Słowa kluczowe: uzdrowisko, tężnia solankowa, Park Solankowy, zabytki romańskie, muzea, imprezy kultury wysokiej, formy wypoczynku i rekreacji.

1. Wstęp

Jako region historyczny, Kujawy położone są pomiędzy Notecią i Wisłą. Od północy sąsiadują z Krajną, od północnego-wschodu z ziemią chełmińską i dobrzyńską, zaś od zachodu z Pałukami i Wielkopolską, a od południa z Mazowszem.

Naturalne zasoby, jakimi dysponują Kujawy – żyzne gleby, słone źródła i położenie na ważnych szlakach komunikacyjnych przyczyniły się już w śre-

dniowieczu do dynamicznego rozwoju osadnictwa. Jest to region, na którego terenie zachowały się liczne zabytki kultury materialnej, a także ludowe obrzędy, zwyczaje, budownictwo, strój regionalny i gwara.

W 1194 r. syn Mieszka Starego, Bolesław, wydzielił Kujawy jako odrębną jednostkę przestrzenną (Aleksandrowicz 1982, s. 7). Do początku XIII w. stolicą, siedzibą biskupstwa i ważnym ośrodkiem kulturalnym Kujaw była Kruszwica. Natomiast w 1230 r. dla Kazimierza Kujawskiego utworzone zostaje samodzielne księstwo ze stolicą w Inowrocławiu (Aleksandrowicz 1982, s. 29). Kujawy za czasów panowania Władysława Jagiełły zostały podzielone na dwa województwa: brzesko-kujawskie i inowrocławskie (Aleksandrowicz 1982, s. 39). Podział ten przetrwał do pierwszego rozbioru Polski w 1772 r., w wyniku którego województwo inowrocławskie zostało włączone do Prus (Aleksandrowicz 1982, s. 51).

W wyniku drugiego rozbioru Polski w 1793 r. także pozostała część Kujaw znalazła się w zaborze pruskim. W 1815 r. Kujawy powróciły do Królestwa Polskiego, a po odzyskaniu niepodległości w 1918 r. weszły w skład dwóch województw. Pierwsze z nich to województwo poznańskie, w granicach którego znalazła się tu zachodnia część Kujaw, zwana Kujawami Czarnymi. Zaś do drugiego – województwa warszawskiego, włączona została ich wschodnia część nazywana Kujawami Białymi. Po zakończeniu II wojny światowej Kujawy należały do województwa bydgoskiego. W 1975 r. w wyniku reformy administracyjnej kraju województwo bydgoskie zostało podzielone na trzy mniejsze: bydgoskie, toruńskie, włocławskie. Od 1999 r. Kujawy znalazły się w obrębie województwa kujawsko-pomorskiego.

Najstarsza wzmianka o Inowrocławiu pochodzi z 20 stycznia 1185 r. pod łacińską nazwą „Novo Vladislav” lub „Juno Vladislav”. W ciągu wieków nazwa miasta wielokrotnie się zmieniała. Ostatecznie utrwaliła się nazwa Inowrocław¹.

Inowrocław jest miastem powiatowym, położonym w województwie kujawsko-pomorskim. Natomiast w skład powiatu ziemskiego wchodzi cztery jednostki terytorialne o statusie gmin miejsko-wiejskich i cztery gminy wiejskie².

Najnowsza historia Inowrocławia związana jest ze złożami soli kamiennej występującymi w postaci wysadów. Zasoby te przyczyniły się do powstania kopalni soli, uzdrowiska i przemysłu chemicznego. Wydobycie soli kamiennej metodą górnictwą rozpoczęto w 1875 r., zaś definitywnie

1 <http://www.dawny-inowroclaw.info/inowroclaw/102-nazwa-inowroclaw>. Pobrano 18.11.2015 r.

2 Gminy miejsko-wiejskie – Gniewkowo, Janikowo, Kruszwica, Pakość i gminy wiejskie – Dąbrowa Biskupia, Inowrocław, Rojewo i Złotniki Kujawskie.

zakończono w 1991 r.³ Jednak kopalnia nie została w pełni zamknięta, gdyż podziemne wyrobiska wykorzystywane są na magazyny ropy naftowej. Obecnie sól kamienna w postaci solanki wydobywana jest metodą otworową z dwóch wysadów, występujących w Górze niedaleko Inowrocławia w pobliżu Mogilna w miejscowości Przyjma.

W podziale fizycznogeograficznym J. Kondrackiego (2001) powiat inowrocławski niemal w całości jest częścią Równiny Inowrocławskiej, a tylko niewielki jego skrawek wchodzi w skład Pojezierza Kujawskiego. Równina Inowrocławska jest rozległym obszarem dennomorenowym, o monotonnym krajobrazie, urozmaiconym jedynie dolinami niewielkich rzek będących dopływami górnej Noteci. Noteć przepływa przez południową część Inowrocławia. Charakterystycznymi cechami Równiny Inowrocławskiej jest niska lesistość (około 10%) i wysoki udział żyznych gruntów ornych – czarnych ziem (stąd nazwa Czarne Kujawy).

Istotne znaczenie dla każdej miejscowości uzdrowiskowej mają stosunki klimatyczne. Pod tym względem miasto Inowrocław charakteryzuje się klimatem łagodnym, o czym świadczy m.in. średnia temperatura roczna, która za lata 1989–1998 (dane IMGW), wynosiła 8,6⁰C⁴. Natomiast dni pochmurnych jest około 114. Stąd w ciągu roku przeważają dni słoneczne, bezwietrzne, z małą ilością opadów. Miasto Inowrocław o średniej rocznej sumie opadów 454 mm (1989–1998) leży w strefie najniższych opadów w Polsce. Są to tereny o największym zaawansowaniu procesów stepowienia klimatu w Polsce.

2. Walory turystyczne Inowrocławia

Pomimo że Inowrocław położony jest w regionie charakteryzującym się monotonnym krajobrazem, to wraz z otaczającymi gminami dysponuje wieloma walorami turystycznymi⁵, które mają znaczący wpływ na rozwój miasta.

W przypadku Inowrocławia największe znaczenie mają: uzdrowiskowy charakter miasta, zabytki dziedzictwa kulturowego i różne formy turystyki eventowej. Walory te sprawiły, że funkcja rekreacyjno-uzdrowiskowa jest znaczącym składnikiem gospodarki miasta, liczącego blisko 75 tys.

3 Po zalaniu kopalni w 1907 r. zaniechano wydobywanie soli kamiennej. Przerwa ta trwała do 1929 r., kiedy ponownie podjęto eksploatację złoża z niższych poziomów (470–637 m).

4 www.dawny-inowroclaw.info/inowroclaw/100-klimat-miasto-inowroclaw. Pobrano 21.09.2015.

5 Większość badaczy przez walory turystyczne rozumie wybrane komponenty środowiska przyrodniczego lub kulturowego, które mogą stanowić cel ruchu turystycznego. Natomiast różnie są one klasyfikowane (Warszyńska, Jackowski 1978; Lijewski, Mikułowski, Wyrzykowski 2002).

mieszkańców⁶. Turystyka rekreacyjna i uzdrowiskowa kreuje bowiem miejsca pracy i zwiększa jego dochody (Rogacki 2007, s. 353). W wypadku Inowrocławia miejsca pracy kreują głównie działające na jego terenie sanatoria i wspomagające je różne podmioty usługowe, a także zakłady przemysłowe, które rozwinęły się na bazie wydobywanej solanki.

2.1. Uzdrowisko Inowrocław⁷

O walorach leczniczych wód występujących na terenie Inowrocławia wspomina się w wielu dokumentach historycznych. Najstarszy taki dokument dotyczył walorów zdrowotnych wody czerpanej ze studni miejskich, wystawiony w roku 1450 przez kancelarię króla Kazimierza Jagiellończyka. Pomimo tak długich tradycji, funkcja uzdrowiskowa w Inowrocławiu ma krótszą historię. Rozpoczęła się bowiem w latach 70. XIX w.

Inicjatorem utworzenia uzdrowiska w Inowrocławiu był polski działacz społeczny doktor praw Zygmunt Wilkoński. Był świadom, że realizacja tego pomysłu wymagać będzie nie tylko nakładów finansowych, ale przede wszystkim poparcia tej inicjatywy przez zróżnicowanych narodowościowo mieszkańców miasta. Stąd do komitetu założycielskiego zaprosił przedstawicieli szanowanych przez społeczności niemiecką i żydowską. Byli to adwokaci Oskar Triepcke, narodowości niemieckiej, zaś środowisko żydowskie reprezentował Samuel Hoeniger⁸. Komitet ten w dniu 4 maja 1875 r. złożył w Królewskim Sądzie Powiatowym w Inowrocławiu wniosek o powołanie spółki pod nazwą „Solanki Inowrocławskie”. Spółka została powołana na czas nieokreślony, a głównym celem jej działania miało być wykorzystanie solanki i innych wód do kąpieli leczniczych. Po powołaniu spółki przystąpili do niej najzamożniejsi mieszkańcy Inowrocławia, zaś inicjatorzy tego przedsięwzięcia stanowili jej zarząd.

Po zakupieniu terenu pod przyszło uzdrowisko niemal natychmiast przystąpiono do wznoszenia pierwszego budynku leczniczego⁹ i zakładania parku. Należy podkreślić, że budynek ten został oddany do użytku już w 1876 r. Był on wyposażony jedynie w 14 łazienek do kąpieli solankowych. W 1877 r. oddano do użytku kolejny budynek, przeznaczony do leczenia dzieci, wyposażony w 15 wanien do kąpieli. Dalszy rozwój uzdrowiska nastąpił po

6 Według danych BDL GUS w dniu 31.12.2014 r. Inowrocław liczył 74 567 (według faktycznego miejsca zamieszkania). W stosunku do 2000 r. liczba ta zmniejszyła się o 3639 osób.

7 Po odzyskaniu niepodległości w 1922 r. miasto uzyskało status uzdrowiska pod nazwą „Zdrojowisko Inowrocław”, a od 1967 r. jest miejscowością uzdrowiskową.

8 <http://www.inowroclaw.pl/aktualnoscitext.html> (06.09.2015)

9 Stanowi on zachodnią część dzisiejszego Zakładu Przyrodolecniczego nr 1.

1880 r. – zakupiono wtedy nieruchomością gruntową o powierzchni 18,04 akrów¹⁰, na której zbudowano trzeci budynek przeznaczony na dom kuracjuszy pod nazwą „Nowy Świat”.

Po przedwczesnej śmierci głównego założyciela, dra Z. Wilkońskiego w 1880 r.¹¹ „Solanki Inowrocławskie” utraciły samodzielność i na podstawie układu zawartego między Zarządem Spółki a Magistratem Inowrocławia przeszły na własność miasta.

By nie hamować rozwoju uzdrowiska, Magistrat oddał „Solanki Inowrocławskie” w dzierżawę na cztery lata Ottonowi Hundsdoerferowi – właścicielowi najstarszej w mieście apteki.

Kolejnym etapem w rozwoju uzdrowiska w latach 80. XIX w. było rozpoczęcie realizacji koncepcji dra Józefa Krzymińskiego, dotyczącej budowy Zakładu Wodoleczniczego. Jego budowę kierował dr Wilhelm Warschauer, który jednocześnie był autorem reklamy propagującej walory lecznicze nowo wybudowanego obiektu. Zakład ten zlikwidowano w latach międzywojennych, kiedy przystąpiono do rozbudowy Solanek.

Po zakończeniu pierwszej wojny światowej i odzyskaniu przez Polskę niepodległości, już w 1919 r. Zakład Lecznicy Dzieci przyjął na leczenie ponad 100-osobową grupę małych pacjentów, osieroconych w wyniku wojny. Dzieci te opuściły uzdrowisko po 7 miesiącach leczenia. Na ich miejsce Zakład przyjął na leczenie 200-osobową grupę dzieci ze Śląska.

Od 1920 r. na terenie uzdrowiska rozpoczęto realizację różnych inwestycji, których celem było zwiększenie oferowanych zabiegów leczniczych i uatrakcyjnienie pobytu kuracjuszy¹².

W wyniku tych inwestycji systematycznie zwiększała się liczba kuracjuszy i wykonywanych zabiegów. O ile w 1925 r. uzdrowisko przyjęło 3280 kuracjuszy, to w 1930 r. liczba ta wynosiła już 5933, zaś liczba wykonanych zabiegów zwiększyła się z 62 244 do 111 044.

W 1928 r. rozpoczęto budowę Zakładu Przyrodoleczniczego, zakończoną w 1929 r. Został on wyposażony (jak na ówczesne czasy) w najnowszy sprzęt rehabilitacyjny oraz leczniczy. Pomimo trwania kryzysu, obok inwestycji sanatoryjnych realizowano, zwłaszcza na terenie Parku Solankowego, różne obiekty o charakterze rekreacyjnym.

10 73005,28 m².

11 Urodzony w 1832 r. przeżył zaledwie 48 lat.

12 Rozbudowano pierwszy zakład kąpielowy, wybudowano nowy zakład leczniczy przeznaczony na kąpiele borowinowe. W Parku Solankowym wzniesiono muszlę koncertową, urządzono salę odpoczynku z czytelnią.

Rozwój uzdrowiska stał się dla Inowrocławia czynnikiem miastotwórczym. Z inicjatywy władz miejskich w latach 30. XX w. powstają liczne pensjonaty dla przybywających coraz liczniej kuracjuszy. Inwestycjom tym, realizowanym na terenie uzdrowiska, towarzyszyło wprowadzanie nowoczesnych metod leczenia i rehabilitacji. O rosnącej w okresie międzywojennym renomie Uzdrowiska Inowrocław świadczy m.in. korzystanie z jego oferty leczniczej i rehabilitacyjnej wielu wybitnych osobistości świata kultury i polityki¹³.

W latach II wojny światowej uzdrowisko było niedostępne dla Polaków. Okupanci zburzyli też pomnik założyciela Solanek dr. Zygmunta Wilkońskiego.

Po zakończeniu działań wojennych na terenie Inowrocławia¹⁴, ze względu na znaczne zniszczenia części budynków sanatoryjnych, uzdrowisko pierwszych kuracjuszy zaczęło przyjmować od 1 maja 1945 r. W 1951 r. uzdrowisko zarządzane dotąd przez władze miejskie przejął Centralny Zarząd Uzdrowisk Polskich z siedzibą w Warszawie¹⁵.

Pierwszą powojenną inwestycją był Dom Wczasowo-Wypoczynkowy Związku Pracowników Energetyki, który od 1966 r. przekształcono w sanatorium „Energetyk”. Kolejne inwestycje przeprowadzono w latach 1972–1976, kiedy zrealizowano budowę sanatorium „Modrzew” dla pracowników leśnictwa i przemysłu drzewnego. W 1980 r. oddano kolejne sanatorium o nazwie „Metalowiec”, a w 1988 r. uruchomiono obiekt o nazwie Zespół Sanatorium Kombatant¹⁶.

Dużą atrakcją Parku Solankowego, ze względu na swe właściwości inhalacyjno-lecznicze, ma oddana do użytku w 2001 r. tężnia. Na całej jej długości, na wierzchołku znajduje się taras spacerowy, z którego roztacza się widok na park i panoramę miasta. Dodatkową atrakcją dla odwiedzających tężnię kuracjuszy, turystów i mieszkańców jest bajeczny widok po zapadnięciu zmroku, jaką stwarza jej kolorowa iluminacja.

Zarządzający Uzdrowiskiem Inowrocław od początku jego powstania, bez względu na sytuację polityczną, w jakiej znajdowały się ziemie polskie,

13 Z usług uzdrowiska korzystali m.in.: Maria Konopnicka, Stanisław Przybyszewski, Jerzy Bandrowski, Władysław Sikorski, Józef Haller, Józef Unrug, Stefan Starzyński, Władysław Raczkiewicz, Cyryl Ratajski, Leon Barciszewski, Janusz Kusociński (Sikorski 1988).

14 Inowrocław został wyzwolony spod okupacji hitlerowskiej 21 stycznia 1945 r.

15 Inowrocław zarządzaniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 lipca 1967 r. w sprawie wykazu miejscowości uznanych za uzdrowiska (M.P. nr 45, poz. 228) z dniem 1 stycznia 1967 r. stał się miejscowością uzdrowiskową. Taki sam status osiągnęło wówczas jeszcze 36 miejscowości.

16 Jest to duży obiekt dysponujący 380 łózkami, wyposażony w nowoczesne pracownie diagnostyczne i leczniczo-rehabilitacyjne.

stale dążyli do zwiększania jego renomy. Poza niezbędnymi inwestycjami budowlanymi, towarzyszącą infrastrukturą i wyposażeniem, uzdrowisko na każdym etapie swego rozwoju przyciągało kuracjuszy krajowych i zagranicznych ofertą stale unowocześnianych zabiegów leczniczych.

Sanatoria inowrocławskie oferują zabiegi lecznicze dotyczące: schorzeń reumatycznych oraz układu kostno-stawowego, chorób układu krążenia i naczyń obwodowych, schorzeń układu pokarmowego, otyłości i innymi zaburzeniami przemiany materii. Zlokalizowane na terenie Inowrocławia sanatoria odgrywają dużą rolę w zakresie leczenia schorzeń dróg oddechowych, jamy ustnej i chorób kobiecych (Hasik, Gawlak 1996).

Oferowane przez sanatoria zabiegi grupują się trzech głównych blokach – fizjoterapii, hydroterapii i balneoterapii oraz masażu. W grupie zabiegów fizjoterapeutycznych sanatoria oferują bogaty zestaw klasycznych ćwiczeń z zakresu gimnastyki leczniczej oraz wspomagającymi je różnorodnymi zabiegami rehabilitacyjnymi¹⁷. Sanatoria w zakresie hydroterapii i balneoterapii prowadzą zabiegi lecznicze dostosowane do określonych schorzeń. Bardzo bogata jest też oferta dostępnych w sanatoriach masażu. W tej grupie zabiegów istnieje duża możliwość wyboru najbardziej skutecznego rodzaju masażu, do rehabilitacji określonych dolegliwości.

Bogactwo, różnorodność i wysoka jakość oferowanych zabiegów gwarantuje stały rozwój uzdrowiska, o czym świadczy m.in. systematycznie rosnąca liczba kuracjuszy i dokonywanych zabiegów.

Wysoką jakość usług leczniczych i rehabilitacyjnych świadczonych przez działające na terenie Uzdrowiska Inowrocław sanatoria¹⁸ potwierdzają uzyskiwane prestiżowe nagrody i wyróżnienia¹⁹.

Niezwykle ważne znaczenie rehabilitacyjne dla uzdrowiska, ale i dla całego Inowrocławia, ma park nazywany Parkiem Solankowym. Jest wspaniałym miejscem rekreacyjnym dla kuracjuszy, mieszkańców miasta i przyjeżdżających do niego gości. Początki jego urządzania rozpoczęły się już w 1876 r., zaś dalsza jego rozbudowa nastąpiła w połowie lat 20. XX w. Park jest ciągle upiększany nie tylko florystycznie, ale także stawianiem pomników i rzeźb o wysokich

17 Są to m.in. zabiegi: terapii manualnej, krioterapii, ultradźwięki, jonoforeza (wprowadzaniu leku za pomocą ultradźwięków do tkanek leżących pod skórą), treningi kinetyczne, laseroterapii, magnetoterapii, elektroterapii i inne.

18 Są to sanatoria: „Energetyk”, „Kujawiak”, „Przy Tężni”, „Oaza”, „Modrzew” i „Solanki”.

19 Były to m.in.: Medal Europejski (2002 r.), ogólnopolski tytuł „Hit Sezonu” (2004 r.), tytuł „Ośrodek Przyjazny Osobom Niepełnosprawnym” certyfikat Systemu Zasad Bezpieczeństwa Żywności HACCP, certyfikat Zintegrowanego Systemu Jakości ISO.

walorach artystycznych. Charakteryzuje się bogatym drzewostanem, a zwłaszcza wspaniałymi kwiatowymi dywanami. Ponadto rozwijana jest na jego terenie infrastruktura służąca celom leczniczym, kulturowym i rekreacyjnym²⁰. Od 2008 r. udostępnione zostały Ogrody Papieskie, których celem jest zachowanie pamięci o papieżu Polaku św. Janie Pawle II. Ich układ przestrzenny nawiązuje do Ogrodów Papieskich w Watykanie.

2.2. Walory kulturowe

Inowrocław wraz z otaczającym go obszarem dysponuje szeroko rozumianymi walorami kulturowymi. Z ogólnej gamy wyróżnionych przez A.M. von Rohrscheidta (2008) rodzajów turystyki kulturowej na terenie miasta i w jego otoczeniu największe znaczenie mają obiekty dziedzictwa kulturowego, muzea i organizowane różne imprezy kulturalne, określane mianem eventów²¹, których celem jest promocja miasta i związanego z nim regionu oraz przyciąganie turystów.

W Inowrocławiu i na ciążących do tego miasta obszarach znajduje się wiele obiektów zaliczanych do zasobów dziedzictwa kulturowego. Są to zabytkowe obiekty archeologiczne, sakralne, miejsca kultu religijnego, zespoły pałacowe, dworskie, pałacowo-parkowe, kościoły, zabytkowe kamienice pojedyncze obiekty budownictwa ludowego, muzea, galerie sztuki, stare cmentarze.

Inowrocław w porównaniu do swego otoczenia dysponuje mniej spektakularnymi zabytkami zaliczanymi do dziedzictwa kulturowego, ale na Kujawach jest głównym ośrodkiem turystyki. Posiada dobrze rozwiniętą bazę noclegową, której niedostatek cechuje otaczający go obszar. Z tego względu Inowrocław stał się bazą wypadową dla osób, których przyjazdy związane są z poznaniem dziedzictwa kulturowego Kujaw. Duży udział w tym zakresie mają też inowrocławskie sanatoria, które dla swych kuracjuszy organizują wyjazdy turystyczne celem zapoznania ich z najcenniejszymi zabytkami kultury materialnej i innymi walorami Kujaw.

Najcenniejszym i jednocześnie najstarszym zabytkiem Inowrocławia jest jednonawowy romański kościół Najświętszej Maryi Panny, którego budowę rozpoczęto przed 1186 r., a jego fundatorem był książę Leszek Biały, wnuk Bolesława Krzywoustego²². W 1834 r. kościół częściowo spłonął i przez

20 Parkiem zarządza Urząd Miasta Inowrocław, a jego utrzymanie jest pokrywane z opłat klimatycznych.

21 A.M. von Rohrscheidt mianem turystyki eventowej określa podróże, których celem jest uczestnictwo w imprezach o charakterze kulturalnym o ograniczonym czasie trwania (2008), s. 72.

22 Książę krakowski, mazowiecki i kujawski urodzony w 1184 lub 1185 r. Zamordowany w zamachu 24 listopada 1227 r. w Marcinkowie k. Gąsawy położonej kilka km na południe od Biskupina.

wiele lat nie pełnił funkcji religijnych, dlatego nazywano go „Ruina”. Nazwa ta jest przez mieszkańców Inowrocławia używana do dnia dzisiejszego, choć świątynię odbudowano w latach 1901–1902²³. Usunięto wówczas część elementów innych stylów (Sikorska 1997). Podczas kolejnej rewitalizacji świątyni w latach 1952–1966 pozbawiono ją ostatecznie naleciałości innych stylów (Sikorska 1997, s. 66).

Drugim cennym zabytkiem sakralnym Inowrocławia jest późnogotycki kościół farny św. Mikołaja pochodzący z przełomu XV i XVI w. Od końca XVII w. kościół był wielokrotnie remontowany. W latach 1970–1972 podczas prac konserwatorskich przywrócono świątyni dawne gotyckie cechy (Sikorska 1997, s. 66).

Ciekawym obiektem sakralnym jest największy w Inowrocławiu neoromański kościół pod wezwaniem Zwiastowania Najświętszej Maryi Panny, wybudowany w latach 1898–1901 według projektu berlińskiego architekta Augusta Rincklake (Krysiak 1999).

Do tej kategorii zabytków należy kościół garnizonowy pw. św. Barbary i św. Maurycego zbudowany w latach 1927–1929 w stylu neobizantyjskim z charakterystyczną kopułą według projektu M. Andrzejewskiego i F. Dźwikowskiego.

W Inowrocławiu zachowało się natomiast niewiele świeckich obiektów budownictwa średniowiecznego. Należą do nich dawny budynek Wagi Miejskiej, w którym występują gotyckie elementy (z XIV w.) oraz kilka gotyckich piwnic w XIX-wiecznych kamienicach mieszczańskich, do których przeciętny turysta nie ma dostępu. Do tej kategorii zabytków należy zaliczyć dwa niewielkie fragmenty XV-wiecznych murów obronnych, które ocalały po wyburzeniach w XIX stuleciu. Zabytkowy charakter ma też kilkanaście klasycystycznych kamienic mieszczańskich oraz kilka gmachów pełniących obecnie funkcje publiczne, wybudowanych na przełomie XIX i XX w.²⁴ Obiekty te zostały zrewitalizowane i dostosowane do pełnionych funkcji.

Omówione walory turystyczno-rekreacyjne Inowrocławia mają duży wpływ na jego rozwój, co przejawia się m.in. w nowych inwestycjach i rewitalizacji starych obiektów. Cieszą się one dużym zainteresowaniem przyjeżdżających kuracjuszy, turystów i mieszkańców miasta, nie tylko ze względu na wizualną atrakcyjność architektoniczną nowych lub zrewitalizowanych obiektów, ale

23 Niezwykłą atrakcją turystyczną na skalę ponadregionalną są dobrze zachowane na zewnętrznych ścianach płaskorzeźby ryte w kamiennych ciosach. Są to m.in. głowy diabłów, krzyże i inne znaki runiczne.

24 Należą do nich m.in.: neogotycki budynek Starostwa Powiatowego, eklektyczno-renesansowy budynek sądu, czy eklektyczno-barokowy Hotel „Bast”.

przede wszystkim dzięki pełnionym przez nie funkcjom. Od momentu wejścia Polski do Unii Europejskiej obserwuje się stałą poprawę wizerunku miasta, jak i jego funkcjonowania. Jest to wynik nie tylko aktywności władz Inowrocławia, ale także konsultacji z jego mieszkańcami. Urząd Miasta Inowrocławia od 2004 r. ogłasza corocznie konkurs pod nazwą „Mister Budownictwa” w dwóch kategoriach – obiekty nowo wybudowane i obiekty wyremontowane, adaptowane i przebudowane.

Działania te sprawiły, że Inowrocław z roku na rok staje się miastem coraz piękniejszym.

Zadecydowały o tym nie tylko nagrodzone we wspomnianym konkursie obiekty budowlane²⁵, ale także zrewitalizowane, zaniedbane wcześniej przestrzenie urbanistyczne. Przykładem może być Rynek Starego Miasta z wylotowymi ulicami. Rynek ozdabia pomnik spacerującej po nim patronki miasta – królowej św. Jadwigi oraz jedna z najpiękniejszych w Polsce fontann²⁶.

Należy podkreślić, że rewitalizację najstarszej części miasta i wielu zabytkowych obiektów przeprowadzono przy dużym udziale środków finansowych otrzymanych z Unii Europejskiej.

Ponadto wiele cennych zabytków kultury materialnej, o dużej wartości historycznej w skali nie tylko europejskiej, występuje na terenie turystycznego zaplecza Inowrocławia²⁷.

Na tym terenie najcenniejszym i zarazem najstarszym obiektem jest odkryta w 1933 r. w Biskupinie osada z okresu kultury łużyckiej²⁸. Jej założenie datowane jest na VIII w. p.n.e. Część osady została zrekonstruowana i stanowi rezerwat archeologiczny. W niewielkiej odległości od Biskupina we wsi Wenecja znajduje się Muzeum Kolei Wąskotorowej, posiadające jedną z większych kolekcji zabytkowych parowozów i różnego rodzaju wagonów²⁹.

25 „Misterami Budownictwa – Inowrocław 2014 w „kategorii obiekty nowo wybudowane” został budynek handlowo-biurowy „Green Office”, a w „kategorii adaptacje, remonty, przebudowy” – Przystań Kajakowo-Żeglarska ZHR nad Notecią. Rok wcześniej tytuł taki otrzymało Centrum Handlowe „Galeria Solna” i budynek mieszkalno-usługowy. We wcześniejszych konkursach tytuł ten zdobywały m.in. takie obiekty, jak: budynek Zakładu Poligraficznego „Totem” (2008 r.), kryta pływalnia „Wodny Park” (2007 r.), Hotel „Bast” (2006 r.), Targowisko Staromiejskie (2005 r.).

26 Symbolizuje mineralne bogactwo miasta – sól i szkło. Szczególnie efektowne prezentuje się oświetlona, po zapadnięciu zmroku.

27 Obejmuje ono powiat inowrocławski oraz część sąsiadujących z nim powiatów mogileńskiego i żnińskiego.

28 Odkrył ją miejscowy nauczyciel Walenty Schweitzer. Natomiast badania naukowe związane z jej odkryciem oraz zrekonstruowanie osady są zasługą wybitnego polskiego archeologa prof. dra J. Kostrzewskiego (1885–1969).

29 Organizatorem muzeum i wieloletnim jego kustoszem był rozmiłowany w swym zawodzie kolejarz Leon Lichociński. Jego otwarcie nastąpiło w 1972 r., zaś najstarszy eksponowany parowóz pochodzi z 1899 r.

Równie cenne zabytki zachowały się w oddalonym o około 20 km na południe od Inowrocławia Strzelnie, zaliczanego do najstarszych miast w Polsce³⁰. Z najcenniejszych zabytków, związanych z początkami kształtowania się państwa polskiego, wymienić należy jeden z najlepiej zachowanych w Polsce kościołów romańskich z XII w., tzw. rotundę św. Prokopa. Równie cennym zabytkiem jest kościół parafialny Świętej Trójcy. Pierwotnie był to kościół w stylu romańskim, zbudowany mniej więcej w tym samym okresie, jak rotunda św. Prokopa w XII w., a należący do klasztoru sióstr Norbertanek. Przebudowywany został w okresie gotyku i w XVIII w., kiedy nadano mu styl barokowy. Jednak najcenniejsze odkrycie dokonano w 1946 r., kiedy odsłonięto romańskie kolumny, obmurowane podczas przebudowy w XVIII w. W kościele zachowało się pięć kolumn, z których cztery znajdują się w nawie głównej. Trzy z nich pokryte są rzeźbami. Na jednej z nich wyrzeźbione figurki przedstawiają cnoty ludzkie, na drugiej grzechy, trzecia opleciona jest spiralą wałków. W sztuce europejskiej tamtych czasów rzeźbione kolumny były rzadkością. Ostatnia kolumna znajdująca się w nawie kościoła ma trzon gładki, zaś piąta kolumna z ornamentem liściowym znajduje się w kaplicy św. Barbary. Poza tym w kościele zachowało się szereg cennych, ale już nie tak atrakcyjnych zabytków. Spośród nich umieszczonymi w ich górnej części bogato rzeźbionymi tympanonami.

Bogatą historią, sięgającą początków państwa Polan szczyti się Kruszwica położona 10 km na południe od Inowrocławia. Jej walory turystyczne rozświetliła Mysia Wieża, owiana ponurą legendą o „królu Popielu”. Jednak zachowana wieża nie sięga tak odległych przedhistorycznych czasów. Stanowi zachowany fragment zamku, wybudowanego w połowie XIV w. za czasów panowania Kazimierza Wielkiego, a zburzonego przez Szwedów. Jego ruiny ostatecznie zostały rozebrane w 1787 r. Współcześnie Mysia Wieża jest punktem widokowym na północny kraniec jeziora Gopło i jego otoczenie oraz na panoramę samego miasta.

Najcenniejszym zabytkiem Kruszwy jest romańska kolegiata pw. św. Piotra³¹ (Krysiak 1999), zbudowana w latach 1120–1140. Świątynia była wielokrotnie przebudowywana. W latach 1954–1960 podczas generalnego odrestaurowania przywrócone jej pierwotny – romański wygląd.

Oddalone około 10 km na zachód od Inowrocławia niewielkie miasto Pakość³² jest ważnym ośrodkiem kultu religijnego związanego z istniejącą

30 Prawa miejskie Strzelno uzyskało w 1231 r., ale jego początki sięgają wieku XII i są związane z powstaniem przy klasztorze Norbertanek osady służebnej (Sulkowska-Tuszyńska 2006).

31 W XVII w. dodano świątyni drugiego patrona św. Pawła.

32 Według danych BDL GUS 31.12. 2014 r. miasto liczyło 5712 mieszkańców.

tu od 1628 r. Kalwarią Pakoską³³. W jej skład wchodzi 26 kaplic pasyjnych, w tym dwa kościoły, klasztorny św. Bonawentury i kościół Ukrzyżowania, w którym przechowywana jest relikwia drzewa Krzyża Świętego, ściągająca rzesze pątników z całej Polski, zwłaszcza na coroczną nocną drogę krzyżową³⁴. Przybywający tu pielgrzymi, z uwagi na niewielką bazę noclegową w Pakości, zatrzymują się w Inowrocławiu (Paczkowski OFM 2008).

Turystyczne zaplecze Inowrocławia jest także zasobne w wiele innych historycznych obiektów, do których zaliczyć należy: muzea, zespoły pałacowo-parkowe, pałace, zabudowania dworskie, kościoły drewniane, zabytkowe kamienice, pojedyncze budownictwo ludowe oraz cmentarze.

Spśród nich wymienić należy eklektyczny pałac w Kobylnikach k. Kruszwicy, zbudowany w 1900 r., otoczony parkiem krajobrazowym o bogatym drzewostanie przylegający do jeziora Gopło. Odrestaurowany pałac pełni obecnie funkcję hotelową.

Pomiędzy Inowrocławiem a Pakością, we wsi Kościelec Kujawski znajdują się dwa zabytkowe obiekty godne zwiedzenia. Są to: kościół św. Małgorzaty z przełomu XII i XIII w. i pałac neoklasycystyczny³⁵ zbudowany w 1849 r. wraz z zabudowaniami gospodarczymi. W architekturze świątyni połączone zostały rozmaite style, pochodzące z różnych epok. Romańska bryła kościoła w późnym średniowieczu została uzupełniona elementami gotyckimi³⁶. W dalszych dziejach kościoła dobudowano dwie podobne kaplice. Starsza – renesansowa pochodzi z XVI w. i została zaprojektowana przez Jana Baptysta Quadro³⁷. Natomiast młodszą (neoromańską) dobudowano w XIX w. Obie kaplice zwieńczone są attyką.

Niezwykle interesującym obiektem turystycznym, o bogatej historii i ciekawej architekturze, jest zespół pałacowy w Lubostroniu położony 37 km od Inowrocławia w granicach powiatu żnińskiego. Pałac wzorowany na budowach renesansowych powstał w latach 1795–1800³⁸. Obecnie pełni funkcję

33 Jest drugim tego typu zespołem sakralnym w Polsce po Kalwarii Zebrzydowskiej. Trzecia Kalwaria znajduje się w Wejherowie w województwie pomorskim, zbudowana w latach 1657–1665.

34 Odbywa się ona każdego roku w nocy z Wielkiego Czwartku na Wielki Piątek.

35 Zbudowany w 1849 r. Obecnie jest własnością prywatną.

36 Gotyckie jest sklepienie i wieże (<http://www.krajoznawcy.info.pl/najstarszy-wiejski-kosciol-murowany-4888>) Pobrano 11.10.2015 r.

37 Budowniczy poznańskiego ratusza (<http://www.krajoznawcy.info.pl/najstarszy-wiejski-kosciol-murowany-4888>). Pobrano 11.10.2015 r.

38 Między innymi na Villa Rotundo z Viaceny, Villa Trissimo z Meledo i warszawskiej Królikarni Merliniego (<http://www.staff.amu.edu.pl/~gmazurek/zpd/lubo.htm>). Pobrano 11.10.2015 r.

ośrodka kultury. Dysponuje miejscami noclegowymi i znakomitą restauracją. Organizowane są w nim różne imprezy okolicznościowe. Jest udostępniony do zwiedzania.

Dużą rolę w turystyce kulturowej odgrywają muzea. Ich głównym zadaniem jest tworzenie zbiorów różnych wartościowych przedmiotów, o znamionach dziedzictwa narodowego, ich przechowywanie i publiczne udostępnianie. Ponadto muzea prowadzą działalność naukową i dydaktyczną (von Rohrscheidt 2008).

Na terenie Inowrocławia i ciężącego do niego obszaru występuje niewiele obiektów muzealnych o znaczeniu ponadregionalnym. Spośród nich na uwagę zasługują: wspomniana już wcześniej osada w Biskupinie, zrekonstruowana na podstawie odkryć archeologicznych z okresu kultury łużyckiej oraz Muzeum Kolei Wąskotorowej w Wenecji. Oba obiekty są unikalne – nie tylko w skali krajowej³⁹.

Natomiast w Inowrocławiu unikalny charakter mają Muzeum Jana Kasprowicza i wielofunkcyjna placówka – Kujawskie Centrum Kultury, mające swą siedzibę w gmachu Teatru Miejskiego.

Muzeum Jana Kasprowicza posiada niezwykle ciekawe zbiory, związane nie tylko z okresem Młodej Polski. W momencie powstania w 1931 r. miało nazwę Muzeum Regionalne Kujaw Zachodnich. Jego rozwój został przerwany podczas II wojny światowej. Po jej zakończeniu placówka ta, pod nazwą Muzeum Miejskie, rozpoczęło działalność w 1959 r. i miało swą siedzibę w budynku Teatru Miejskiego. W 1966 r. zostało przemianowane na Muzeum im. Jana Kasprowicza. Zajmowało ono wówczas dwie sale. Jedna z nich poświęcona była historii miasta, zaś druga słynnym mieszkańcom Kujaw, w tym głównie Janowi Kasprowiczowi⁴⁰ i Stanisławowi Przybyszewskiemu⁴¹, po których pamiątki przekazały muzeum ich rodziny.

W 1986 r. miasto odkupiło od ostatniej właścicielki Z. Skomorowskiej pałac mieszczkański⁴² z końca XIX w., który w 1992 r. stał się własnością Muzeum

39 Dodatkową atrakcją jest uruchamianie w okresie od 1 maja do końca sierpnia linii kolei wąskotorowej na trasie Żnin-Wenecja-Biskupin-Gąsawa oraz dodatkowo we wrześniu w czasie trwania Festynu Archeologicznego w Biskupinie.

40 Poeta, dramaturg, krytyk literacki, tłumacz w okresie Młodej Polski Urodzony w 1860 r. w Szymborzu, podmiejskiej wsi k. Inowrocławia, obecnie dzielnicy katastralnej tego miasta. Zmarł w 1926 r. w willi Harenda w Zakopanem, w której zamieszkał w 1923 r.

41 Pisarz, poeta, dramaturg w okresie Młodej Polski. Urodzony w 1866 r. w podinowrocławskiej wsi Łojewo, a zmarł w 1927 r. we wsi Jaronty, również położonej niedaleko Inowrocławia.

42 Zbudowany w stylu renesansowym dla żydowskiego przedsiębiorcy budowlanego Bernharda Schwerzenza. Później stał się własnością rodziny Skomorowskich.

im. J. Kasprowicza. Budynek wymagał gruntownego remontu, modernizacji i dostosowania do pełnienia funkcji muzealnej. Prace te trwały wiele lat i dopiero w 2007 r. zakończono przenoszenie zbiorów z dawnej siedziby.

Na szczególną uwagę ze względu na unikalny charakter zasługują stałe ekspozycje – „Jan Kasprowicz – życie i twórczość”, „Młodopolska legenda Stanisława Przybyszewskiego”, „Gabinet Stanisława Szenica”⁴³, „Inowrocławskim artystom Pro Memoria”, „Miasto na soli – historia i kultura Inowrocławia od pradziejów do 1939 r.”. Pod opieką Muzeum znajduje się dom rodzinny Jana Kasprowicza w Szymborzu⁴⁴, w którym jest stała ekspozycja poświęcona temu pisarzowi.

Również pozostałe ekspozycje są oryginalne i w swoim rodzaju unikalne, m.in. stała wystawa „Inowrocławskim artystom Pro Memoria” poświęcona jest rzeźbie i malarstwu kujawskich artystów.

W podziemiach pałacu eksponowane są zbiory przejęte od zlikwidowanej w 1987 r. kopalni Solno. Początkowo były one eksponowane w poprzedniej siedzibie Muzeum – w budynku Teatru Miejskiego. Po przeniesieniu zbiorów do nowej siedziby ekspozycja poświęcona nieczynnej inowrocławskiej kopalni została odtworzona. Jednocześnie część zbiorów pozostała w podziemiach Teatru Miejskiego, które po dokonaniu odpowiednich zmian i uzupełnieniu zbiorów, zostały ponownie udostępnione do zwiedzania w 2011 r.

Ważną rolę w zakresie pełnienia przez Inowrocław funkcji ponadregionalnego ośrodka kultury odgrywa **Kujawskie Centrum Kultury**⁴⁵. W jego skład wchodzi znany nie tylko w regionie Teatr Miejski, którego tradycje sięgają początków lat 30. ubiegłego stulecia. Ma on wielkie zasługi dla rozwoju kultury, nie tylko Kujaw. Niezwykle bogaty i różnorodny jest repertuar Teatru Miejskiego, na który składają się spektakle, koncerty, recitale. Zapraszani są znakomici wykonawcy zarówno krajowi, jak i zagraniczni. Wysoki poziom tych imprez sprawia, że widownia składa się nie tylko z mieszkańców Inowrocławia i kuracjuszy przyjeżdżających do sanatoriów, ale przyciągają one także widzów z odległych nieraz miejscowości.

W budynku Teatru Miejskiego swą siedzibę ma Instytut Prymasa Józefa Glempa, a w jego podziemiach muzeum solnictwa⁴⁶.

43 Prawnik, pisarz – varsavianista urodzony w 1904 r. w Pakości, zmarł w Warszawie Po śmierci pisarza, zgodnie z testamentem, cały dorobek jego życia trafił do zbiorów Muzeum im. J. Kasprowicza.

44 Już w 1927 r. w domu będącym wówczas własnością siostrzycy poety otwarto izbę poświęconą jego pamięci.

45 W grudniu 2009 r. uchwałą Rady Miasta dawny Inowrocławski Dom Kultury został przemianowany na Kujawskie Centrum Kultury z siedzibą w Teatrze Miejskim.

46 Atrakcyjność muzeum zwiększa wyłożenie ścian i sufitów niektórych sal krystaliczną solą kamienną. Sprawia to wrażenie przebywania w autentycznej kopalni.

Instytut Prymasa Józefa Glempa powstał jeszcze za życia prymasa⁴⁷ w 2009 r. Głównym celem działalności Instytutu jest promocja duchowej kultury Kujaw. Cel ten jest realizowany poprzez organizację wystaw, prelekcji, prezentacje multimedialne oraz prowadzenie działalności badawczej i wydawniczej. Ponadto w salach poświęconych pamięci Prymasa zgromadzono różne pamiątki, związane z jego życiem i działalnością. W szczególności są to przedmioty związane z kultem religijnym⁴⁸.

Natomiast trzecia jednostka Kujawskiego Centrum Kultury – Centrum Sztuki wraz ekspozycją archeologiczną mieści się w wyremontowanej i zrewitalizowanej kamienicy przy ul. Kasztelańskiej. Obie jednostki cechują niezwykle dynamiczne działania. Organizują one różnego rodzaju imprezy⁴⁹, na które ściągają wybitnych wykonawców krajowych i zagranicznych. Instytucje te, podobnie jak wcześniej wymienione, mają zasięg ponadregionalny, a nawet międzynarodowy. Dużym zainteresowaniem mieszkańców Kujaw cieszą się organizowane przez Kujawskie Centrum Kultury różnego rodzaju warsztaty w zakresie rysunku, malarstwa i fotografii.

Do ważnych czynników miastotwórczych należą organizowane na terenie miasta różne **imprezy eventowe**⁵⁰, zaliczane do tzw. kultury wysokiej, które dzięki znakomitym wykonawcom o renomie krajowej i międzynarodowej, gromadzą nie tylko widzów lokalnych.

Imprezy te organizowane są w ciągu całego roku, ale największe ich natężenie przypada na okres letni⁵¹. Większość z nich ma miejsce w scenerii Parku Solankowego⁵². Spośród nich do najciekawszych imprez kulturalnych należy zaliczyć corocznie organizowane Inowrocławskie Lato Muzyczne. Jest to cykl imprez plenerowych, które organizowane są od maja do sierpnia we wszystkie niedziele i dni świąteczne w Parku Solankowym.

Od 1977 r. corocznie w maju odbywa się Przegląd Artystyczny Chórów Województwa Kujawsko-Pomorskiego – „Wiosna w Solankach”. Udział w tej jednodniowej imprezie biorą najlepsze chóry z województwa.

47 Urodził się w 1929 r. w Rycerzewie, niewielkiej wsi położonej pomiędzy Inowrocławiem a Pakościami. Zmarł w 2013 r. w Warszawie.

48 <http://www.institutprymasa.pl/institut.html>

49 Między innymi wystawy znanych artystów – rysowników, malarzy, rzeźbiarzy, galerie, plenery artystyczne z udziałem artystów zagranicznych, festiwale itp.

50 Patrz przypis 21.

51 Część imprez organizowana jest w plenerze.

52 Imprezy te odbywają się głównie na terenie Parku Solankowego (w muszli koncertowej, teatrze letnim i na tle tężni).

Każdego roku w czerwcu obchodzone są Dni Inowrocławia. Z tej okazji, oprócz licznych koncertów i wystaw, organizowany jest Jarmark Kujawski oraz Festyn Jadwiński, na cześć patronki miasta, królowej Jadwigi.

W ostatni weekend lipca odbywa się koncert – „Inowrocławska Noc Solankowa” z cyklu „Muzyczne Lato w Tężni”, w scenerii pięknie iluminowanej tężni solankowej. Gospodarzem tych koncertów jest Grzegorz Turnau – Honorowy Obywatel Miasta, który wraz z innymi artystami przy akompaniamencie Inowrocławskiej Orkiestry Kameralnej „Pro Arte”⁵³ wykonuje piosenki pisane o Inowrocławiu i dla tego miasta.

Natomiast w pierwszy weekend sierpnia w ramach Inowrocławskiego Lata Muzycznego organizowana jest Inowrocławska Gala Operowo-Operetkowa. Jest to koncert najpiękniejszych oper i operetek, który odbywa się w Teatrze Letnim Parku Solankowego z udziałem Inowrocławskiej Orkiestry Promenadowej⁵⁴ i solistów pod batutą Marka Czecha.

Do imprez o wieloletniej tradycji należy organizowany od 1979 r. Festiwal Muzyki Organowej – „Jesienne Wieczory Organowe”. Koncerty te odbywają się w Sali Koncertowej im. Ireny Dubiskiej⁵⁵ i w inowrocławskich kościołach⁵⁶.

Nie sposób w krótkim artykule wymienić wszystkie corocznie organizowane imprezy kulturalne na terenie miasta. Na uwagę zasługują jeszcze: Ogólnopolski Festiwal Małych Form Teatralnych Arlekinada, Inowrocławski Festiwal Światła i Smaku, Ino-Rock Festiwal⁵⁷, czy Plener Artystyczny INO ART, w którym obok polskich, udział biorą artyści zagraniczni.

Ponadto w Inowrocławiu i ciążących do niego terenach aktywnie działające zespoły folklorystyczne organizują imprezy podtrzymujące tradycyjne obrzędy i zwyczaje kujawskie. Do najciekawszych z nich należą: „Koza

53 Powstała w 2001 r. pod patronatem Inowrocławskiego Towarzystwa Muzycznego. W jej skład wchodzi osoby związane ze środowiskiem Inowrocławskiej Szkoły Muzycznej. Pomimo krótkiej historii ma bogaty dorobek repertuarowy. Jest zapraszana na różne imprezy krajowe. Często towarzyszy znakomitym artystom i różnym zespołom (<http://www.proarte.zdrowemiasto.pl/index.php?art=3>). Pobrano 09.11.2015 r.

54 Jest jedną z najstarszych tego typu orkiestr w Polsce. Jej początki sięgają okresu międzywojennego (<http://www.promenadowa.pl/orkiestra.html>). Pobrano 09.11.2015 r.

55 Sala znajduje się w Państwowej Szkole Muzycznej I i II stopnia im. K. Szymanowskiego. Kontynuuje ona tradycje powołane w 1933 r. Lwowskiego Konserwatorium Muzycznego im. K. Szymanowskiego (<http://www.psmiino.com.pl/dokumenty.php?id=1>). Pobrano 09.11.2015 r.

56 Zgodnie z założeniami inicjatorów, obok solowej muzyki organowej prezentowane są również utwory kameralne i orkiestrowe.

57 Festiwal muzyczny organizowany od 2008 r. w Teatrze Letnim.

Zapustna” i „Przywołówki Szymborskie”⁵⁸. Dużą rolę w uatrakcyjnieniu przestrzeni turystycznej Inowrocławia odgrywają pomniki i rzeźby. Pierwsze utrwalają pamięć o wydarzeniach, które miały miejsce w przeszłości na jego terenie i w najbliższym otoczeniu, lub są hołdem dla wybitnych osób zasłużonych dla miasta bądź z nim związanych. Drugie zaś poprzez walory artystyczne zwiększają atrakcyjność Parku Solankowego. Pomniki i rzeźby zaprojektowali wybitni polscy rzeźbiarze. Mają nie tylko dużą wartość artystyczną, ale w przyszłości staną się zapewne obiektami dziedzictwa kulturowego.

W kategorii pomników, poza wspomnianym posągiem patronki miasta – świętej królowej Jadwigi⁵⁹, wymienić należy pomnik Powstańców Wielkopolskich, projektu warszawskiej artystki Z. Kann-Pociłowskiej stojący na skwerze w widłach ulic Bp. A. Laubitza⁶⁰ i Orłowskiej. Ponadto martyrologię mieszkańców upamiętnia pomnik Obrońców Inowrocławia 1939 r. (proj. M. Guczalskiego) i kamień-pomnik ku czci Polaków zamordowanych w inowrocławskim więzieniu (proj. M. Kokoszyńskiego).

W Parku Solankowym po II wojnie światowej ponownie wzniesiono zniszczone przez hitlerowców pomniki – Jana Kasprowicza⁶¹ i Z. Wilkońskiego⁶², twórcy inowrocławskiego uzdrowiska. W parku stoi też pomnik-ławeczka gen. Władysława Sikorskiego projektu bydgoskiego artysty M. Rony (1960–2012), który wielokrotnie w okresie międzywojennym przyjeżdżał do Inowrocławia z pobliskiego Parchania⁶³.

58 Orszak przebranych mężczyzn przechodzący ulicami Inowrocławia w ostatni dzień karnawału. Zaś „Przywołówki Szymborskie” organizowane są w Niedzielę Wielkanocną przez Stowarzyszenie Klubu Kawalerów. Są to wierszki wychwalające zalety lub ganiące wady szymborskich panien, które mogą wykupić najbliżsi im mężczyźni. Wykupione panny będą łagodnie potraktowane w „lany poniedziałek”.

59 W 2009 r. papież Benedykt XVI ogłosił świętą królową Jadwigę patronką Inowrocławia.

60 Urodził się w 1861 r. w Pakości, zaś zmarł w 1939 r. w Gnieźnie. W Poznaniu w 1888 r. otrzymał święcenia kapłańskie, po których został wikariuszem w parafii farnej św. Mikołaja, w latach 1895–1899 był jej administratorem, a następnie proboszczem parafii Najświętszej Maryi Panny. Z jego inicjatywy odbudowano zniszczony po pożarze w 1834 r. romański kościół Najświętszej Maryi Panny, a także wybudowano nowe kościoły: Zwiastowania Najświętszej Maryi Panny i Najświętszego Serca Pana Jezusa oraz zmodernizowano kościół farny. Był inicjatorem wzniesienia pomnika patronowi Polski św. Wojciechowi w 900-letnią rocznicę jego męczeńskiej śmierci, zniszczony w okresie II wojny światowej. Ponownie wzniesiony w 1996 r. według projektu artystów gdańskich K. Bułtrusiewicz i G. Radeckiego. W 1925 r. został biskupem pomocniczym w Gnieźnie. Był też aktywnym działaczem społecznym i protektorem różnych stowarzyszeń, m.in. Towarzystwa Upiększania Miasta (https://pl.wikipedia.org/wiki/Antoni_Laubitz). Pobrano 18.10.2015 r.

61 Pierwotny pomnik zaprojektował poznański rzeźbiarz E. Haupt (1893–1970), a otworzył go J. Żok.

62 Pomnik zaprojektowała toruńska rzeźbiarka J. Leymanowa.

63 W 1925 r. na mocy ustawy o osadnictwie wojskowym kupił niewielki majątek rządowy w Parchaniu, w którym w okresie międzywojenny często odpoczywał.

Ponadto Park Solankowy upiększają też liczne rzeźby. Są one zazwyczaj ustawione w przepięknej scenerii sławnych inowrocławskich dywanów kwiatowych. Ze względu na charakter opracowania wymienić można tylko kilka. Przy głównym wejściu stoi wysmukły zegar słoneczny w kształcie pawia, autorstwa kujawskiego artysty W. Płazewskiego (1914–2004). W inowrocławskiej Pijalni Zdrojowej stoi niezwykle urokliwy i chyba jedyny w Polsce pomnik – Ławeczka Teściowej. Spacerując po Parku Solankowym lub idąc ul. Królowej Jadwigi prowadzącą do Rynku, można spotkać niewielkie, odlane z brązu rzeźby średnio-wiecznych żaków, wskazujących turystom kierunek zwiedzania.

Do tej kategorii obiektów zaliczyć należy znajdującą się na pl. Klasztornym, odlaną w brązie makietę nieistniejącego już zespołu klasztornego Ojców Franciszkanów⁶⁴.

Na rozwój miasta i jego turystycznego zaplecza duży wpływ wywiera też szeroka, różnorodna i jednocześnie atrakcyjna **oferta spędzenia wolnego czasu** przez mieszkańców, kuracjuszy, jak i przybywających do tego miasta gości. Dzięki tej różnorodności, istnieje możliwość wyboru, najbardziej atrakcyjnej formy spędzania wolnego czasu, dostosowanej do możliwości fizycznych z uwzględnieniem kategorii wieku zainteresowanych nimi osób.

Bardzo szeroki program spędzenia wolnego czasu oferuje nowoczesny obiekt, jakim jest wielofunkcyjna Hala Widowiskowo-Sportowa w Inowrocławiu. Jest ona przystosowana nie tylko do przeprowadzania zawodów i treningów różnych dyscyplin sportowych, ale także mogą się w niej odbywać przedstawienia teatralne, koncerty muzyczne, pokazy mody, sympozja, targi i wystawy handlowe⁶⁵. Hala dysponuje ponad 2700 miejscami siedzącymi⁶⁶. Jest też wyposażona w salę treningową, siłownię, pomieszczenia do ćwiczeń gimnastycznych, salę odnowy biologicznej, zaś cały obiekt jest przystosowany dla osób niepełnosprawnych. Ponadto na terenie obiektu znajduje się sala konferencyjna i kawiarnia. Atrakcją dla osób o dużej sprawności fizycznej jest największa w tej części kraju ściana wspinaczkowa⁶⁷. Ofertę rekreacji sportowej wzbogacają także pływalnie

64 Był to jeden z najstarszych klasztorów na ziemiach polskich. Zakon franciszkanów do Inowrocławia sprowadził w 1237 r. książę Kazimierz Konradowic. Zabudowania kompleksu klasztornego przetrwały do 1819 r. Po kasacji zakonu przez władze pruskie klasztor popadał w ruinę, gdyż stał się źródłem materiałów budowlanych. Natomiast kościół klasztorny pełnił różne funkcje gospodarcze do 1872 r., kiedy po pożarze popadł w ruinę. Był magazynem różnych produktów, mieściła się w nim olejarnia i fabryka cykorii. W końcu został rozebrany. <http://www.polskaniezwykla.pl/web/place/32885,inowroclaw-makieta-jednego-z-najstarszych-w-polsce-klasztorow-franciszkanskich.html>. Pobrano 18.10. 2015 r.

65 <http://osir.inowroclaw.pl/OSIR/index.php/obiekty/hala-widowiskowo-sportowa>. Pobrano 7.11.2015

66 Ponadto istnieje możliwość zwiększenia widowni o dalsze 900 miejsc.

67 www.osir.inowroclaw.info.pl. Pobrano 7.11.2014 r.

kryte⁶⁸ i dodatkowo w sezonie letnim basen odkryty znajdujący się na skraju Parku Solankowego. Ponadto w sąsiedztwie tężni usytuowany jest park linowy z trasami dla dzieci i dorosłych. Osoby jeżdżące na deskorolkach i rolkach mogą korzystać z ogólnie dostępnego skate parku. Wzrastające zainteresowanie tenisem ziemnym przyczyniło się do budowy kortów tenisowych⁶⁹, na których organizowane są coroczne Turnieje Tenisa Ziemnego Artystów Scen Polskich.

Dla miłośników sportów wodnych udostępnionych jest pięć przystani z wypożyczalniami sprzętu. Najnowsza z nich po remoncie i modernizacji⁷⁰ położona jest w Inowrocławiu nad Notecią. Dwie znajdują się w Kruszwicy⁷¹ nad jeziorem Gopło. Pozostałe występują w Janikowie nad Jeziorem Pakoskim i w Łącku położonym niedaleko Pakości nad jeziorem Mielno.

Wapienne wyrobisko w Piechcinie po zalaniu charakteryzuje się niezwykle czystą i przejrzystą wodą, jest „magnezem” dla pływaczy z całej Polski, zaś kamieniołom jest wykorzystywany do gry w paintball i jazdy na quadach.

Na omawianym terenie istnieje kilka ośrodków jeździeckich, umożliwiających korzystanie z tej niezwykle atrakcyjnej formy sportowo-rekreacyjnej przez miłośników jazdy konnej⁷², ale także oferują one hipoterapię.

Popularne formy spędzania wolnego czasu zapewniają stadiony sportowe⁷³ i profesjonalnie przygotowane boiska zwane orlikami.

Niewątpliwie jedną z najbardziej popularnych form rekreacji jest turystyka rowerowa. Jej masowość sprawiła konieczność budowy i stały rozwój sieci specjalnych ścieżek rowerowych, zapewniających bezpieczeństwo korzystającym z tej formy rekreacji. W samym Inowrocławiu w 2015 r. ich długość przekracza 27 km, a w gminach powiatu około 23 km. W poszczególnych gminach ich długość jest zazwyczaj bardzo krótka, co uniemożliwia ich łączenie i utworzenie powiatowej sieci ścieżek rowerowych⁷⁴.

68 Dwie posiada Inowrocław i jedną Janikowo.

69 W samym Inowrocławiu są cztery.

70 Patrz przypis 25.

71 W Kruszwicy są to: Przystań Żeglarska i Wypożyczalnia Sprzętu Sportowego LOK oraz Przystań Klubu Wioślarskiego „Gopło”; w Janikowie jest to Przystań Klubu Żeglarskiego „Kormoran”, a w Łącku Przystań Yacht Klubu.

72 W Inowrocławiu taki ośrodek znajduje się na obrzeżu Parku Solankowego, zaś pozostałe są w Balczewie, Jaksicach, Kobylnikach, Janikowie i Rojewie.

73 W Inowrocławiu i Janikowie.

74 Z 27 km ścieżek rowerowych w Inowrocławiu, z czego w Parku Solankowym ich długość wynosi 8 km. Spośród gmin najwięcej jest ich w gm. Gniewkowo 11,5 km, zaś w gminach Dąbrowa Biskupia i Rojewo nie ma w ogóle wydzielonych ścieżek rowerowych. Warto zauważyć, że we wszystkich jednostkach terytorialnych powiatu inowrocławskiego przewidywana jest dalsza budowa nowych ścieżek rowerowych.

Oferty sportowo-rekreacyjne spędzenia wolnego czasu uzupełniają przebiegające przez Kujawy szlaki turystyczne, które pozwalają na zapoznanie się z walorami przyrodniczymi, historią i najcenniejszymi zabytkami architektonicznymi. Spośród nich wymieć należy „Szlak Bursztynowy” (Głębocki, Kacprzak 2008), nawiązujący do szlaku handlowego z czasów rzymskich, który wiódł z południa Europy do wybrzeży Bałtyku i przebiegał m.in. przez Askaukalis (pradawna osada uznawana za załóżek dzisiejszego Inowrocławia). Centralnym punktem kujawskiego odcinka tego szlaku jest stała wystawa archeologiczna „Askaukalis Inowrocław” mieszcząca się w kamienicy Kujawskiego Centrum Kultury przy ul. Kasztelańskiej. Ponadregionalny zasięg ma też „Szlak Piastowski”, który przebiega przez miejscowości województw wielkopolskiego i kujawsko-pomorskiego, które odegrały wielką rolę w okresie pierwszych Piastów, gdy rozpoczynało się kształtowanie państwa polskiego. Z innych ciekawych szlaków turystycznych należy wymienić szlaki: Łokietka, Jana Kasprowicza, Stanisława Przybyszewskiego, gen. Władysława Sikorskiego, Powstania Wielkopolskiego, św. Jakuba i inne.

3. Podsumowanie

Przeprowadzona analiza potwierdza, że Inowrocław to nie tylko prężnie funkcjonujące miasto uzdrowskie, ale przede wszystkim w pełni wykształcone centrum kultury. Jednocześnie jest znaczącym ośrodkiem przemysłowym⁷⁵ i usługowym. Zakłady przemysłowe działające na omawianym terenie w znacznym stopniu uczestniczą w sponsorowaniu organizowanych imprez kulturalnych i sportowych.

Warto też podkreślić, że wiele imprez organizowanych na terenie miasta i powiatu ściąga znakomitych wykonawców i uczestników krajowych oraz zagranicznych. Dzięki temu wydarzenia te cieszą się ogromnym zainteresowaniem nie tylko mieszkańców miasta i kuracjuszy, ale także gości specjalnie przyjeżdżających na nie z innych, nieraz odległych regionów.

Działalność w tym zakresie stała jednym z głównych czynników miastotwórczych Inowrocławia. Miasto wraz z ciężącym do niego zapleczem umiejętnie wykorzystuje walory przyrodnicze i kulturowe, jakimi dysponuje. Od wielu lat obserwuje się znakomitą współpracę władz samorządowych z różnymi instytucjami działającymi na terenie miasta i powiatu oraz z ich mieszkań-

⁷⁵ Największymi zakładami są: Inowrocławskie Kopalnie Soli „Solno” należące do Grupy Kapitałowej Orlen, Inowrocławskie Zakłady Chemiczne Soda-Mątwy wchodzące w skład Grupy Kapitałowej Ciech, Huta Szkła Irena (znana z produkcji kryształów), Zakłady Poligraficzne Totem.

cami. Poza tym Inowrocław może być przykładem umiejętnej integracji mieszkańców z ludnością przybywającą do tego miasta na okres czasowy.

Działania te sprawiły, że Inowrocław, będąc miastem powiatowym, stał się centrum uzdrowiskowo-rekreacyjno-kulturalnym na skalę ponadregionalną. Zostało to też zauważone przez federacje międzynarodowe powierzające organizację wysokiej rangi imprez sportowych. Przykładem mogą być już kilkakrotnie organizowane Motorowodne Mistrzostwa Świata i Europy w Janikowie na Jeziorze Pakoskim. Podobnie szeroki zasięg ma Międzynarodowy Zlot Motocyklistów „Na Soli” organizowany cyklicznie w pierwszych dniach lipca. Uczestnicy zlotu podczas trzydniowej imprezy biorą udział w paradach, pokazach motocyklowych, koncertach i różnych konkursach.

Dzięki posiadanej renomie Inowrocław był też gospodarzem jednorazowych zawodów sportowych wysokiej rangi m.in. Finału Pucharu Polski w piłce siatkowej kobiet, gościł najlepsze drużyny ekstraklasy, czy eliminacyjnego meczu⁷⁶ rozgrywanego w ramach największych na świecie międzynarodowych zawodów tenisowych drużyn męskich o Puchar Davisa, organizowanych przez Międzynarodową Federację Tenisową⁷⁷.

Inowrocław od 1989 r. współpracuje na różnych płaszczyznach z niemieckim uzdrowiskiem Bad Oeynhausena⁷⁸ o podobnym profilu leczniczym, do którego corocznie przybywa ponad 100 tys. kuracjuszy.

Należy podkreślić, że w planach strategicznego rozwoju Inowrocławia i powiatu do 2020 r. zakłada się dalszy rozwój i wykorzystanie posiadanych walorów przyrodniczych oraz istniejącego już potencjału kulturowego.

Inowrocław dobrze promują liczne publikacje o samym mieście, o jego walorach uzdrowiskowych, kulturowych i turystycznych wydawane przez Urząd Miasta w formie folderów, albumów, ulotek, broszur, artykułów w kilku językach oraz pismo lokalne „Nasze Miasto Inowrocław”. Chcąc dotrzeć z ofertą do mieszkańców różnych miast, prowadzi się kampanie reklamowe na ekranach ledowych, billboardach, pojazdach komunikacji miejskiej – auto-boksy, plakaty na bydgoskim lotnisku, banery, tablice przy wjeździe do Inowrocławia promujące tężnie solankowe oraz reklamy na autobusach PKS S.A. Inowrocław kursujących na dłuższych trasach.

76 Polska-Lotwa w 2012 r.

77 Lista organizowanych w Inowrocławiu imprez sportowych, podobnie jak kulturalnych, jest znacznie bogatsza.

78 Uzdrowisko położone jest nad Wezerą w Północnej Nadrenii-Westfalii pomiędzy Osnabrück a Hannoverem. <http://www.inowroclawfakty.pl/miasto-partnerskie-bad-oeynhausena/>. Pobrano 17.11.2015 r.

Spa and recreational assets of Inowrocław and their impact on the town's development

Summary: The article describes major spa-recreational assets of Inowrocław. This, in particular, concerns its health-resort aspect as one of the chief factors giving the town its character. Hence a substantial part of the article is devoted to activities of the most important cultural institutions, including the Kujavia Cultural Centre and the Jan Kasprówic Museum. Their activity is closely connected with the operation of the spa. The concerts, festivals, performances, exhibitions and workshops with the participation of eminent Polish and foreign performers that they organise arouse great interest of the town's residents, patients and guests, who come here especially for those events. Its numerous and attractive events with years-long traditions have made Inowrocław an important cultural centre of supra-regional and international significance. They also must have influenced the revitalisation programme of the town's oldest part. On its completion, this district has become Inowrocław's great tourist attraction. With its good transport links with large agglomerations as well as its many sleeping and eating facilities, the town is also a starting place for tourists seeking to explore the natural assets and cultural heritage of Kujavia, which often goes back to the very beginnings of the Polish statehood.

Keywords: spa, brine graduation tower, Brine Park, Romanesque monuments, museums, high-culture events, forms of leisure and recreation.

Literatura

Aleksandrowicz J., 1982, *Inowrocław i okolice: zabytki, uzdrowisko, wybitni ludzie, ciekawe okolice*, Polskie Towarzystwo Turystyczno-Krajoznawcze Oddział w Inowrocławiu, Inowrocław.

Dobrzykowski M., 2012, *Znaczenie rozwoju turystyki uzdrowiskowej dla miasta Inowrocławia*. WSG Bydgoszcz. Nieopublikowana praca magisterska wykonana pod kierunkiem B. Głębockiego.

Głębocki B., Kacprzak E., 2008, *Bursztyn bałtycki jako element turystyki kulturowej w Polsce*, [w:] W. Maik, K. Marciniak (red.), *Wybrane problemy turystyki i rekreacji*, Zeszyty Naukowe WSG w Bydgoszczy. Seria: Turystyka i Rekreacja, t. 7, Bydgoszcz, ss. 119-141.

Hasik J., Gawlak E., 1996, *Dzieje Uzdrowiska Inowrocław*, Wydawnictwo UAM, Poznań.

Jackowski A., 1981, *Typologia funkcjonalna miejscowości turystycznych (na przykładzie województwa nowosądeckiego)*. Rozprawy habilitacyjne, nr 53, UJ, Kraków.

- Kosman M., 2010, *Inowrocław – stolica Kujaw na tle innych wybranych europejskich uzdrowisk*, Wydawnictwo UAM, Poznań.
- Krysiak A., 1999, *Inowrocław i Kujawy. Przewodnik*, Polskie Towarzystwo Turystyczno-Krajoznawcze, Inowrocław.
- Lijewski T., Mikułowski B., Wyrzykowski J., 2008, *Geografia turystyki Polski*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Paczkowski K. OFM, 2008, *Kalwaria Pakoska – historia, motywy powstania, celebracja*, Wydawnictwo Fundacji Kalwarii Pakoskiej, Pakość.
- Rogacki H., 2007, *Usługi*, [w:] H. Rogacki (red.), *Geografia społeczno-gospodarcza Polski*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, ss. 345-357.
- Rohrscheidt M.A., 2008, *Turystyka kulturowa: fenomen, potencjał, perspektywy*, Wydawnictwo GWSHM Milenium, Gniezno.
- Sikorska J., 1997, *Inowrocław – dzieje, zabytki, okolice, legendy*, Wydawnictwo ARTPRESS, Inowrocław.
- Sikorski Cz., 1988, *Miasto na soli*, Wydawnictwo Spółdzielcze, Inowrocław.
- Słabiak A., 2012, *Walory turystyczne powiatu inowrocławskiego*, WSG Bydgoszcz. Nieopublikowana praca magisterska wykonana po kierunkiem B. Głębockiego.
- Sulkowska-Tuszyńska K., 2006, *Klasztor Norbertanek w Strzelnie (XII-XVI w.). Sacrum i profanum*, Wydawnictwo Naukowe UMK, Toruń.
- Warszyńska J., 1970, *Waloryzacja miejscowości z punktu widzenia atrakcyjności turystycznej (zarys metody)*, Zeszyty Naukowe UJ, nr 249, Prace Geograficzne, nr 27, Kraków, ss. 103-114.

Sandra Grzeszczak

Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy

Turystyka w Inowrocławiu w opinii kuracjuszy

Zarys treści: Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie opinii przebywających w Inowrocławiu kuracjuszy na temat turystyki tego miasta. Z uwagi na fakt, iż jest to grupa turystów, którą charakteryzuje długi pobyt i korzystanie z wyspecjalizowanych usług oraz bardzo często niezależny od nich wybór miejsca docelowego, ocena turystyki z ich punktu widzenia jest bardzo istotna. Opinia na temat atrakcji turystycznych, zagospodarowania turystycznego oraz określenie stopnia satysfakcji z pobytu, ma ukazać obraz turystyki w Inowrocławiu w oczach kuracjuszy, będących głównym segmentem turystów omawianego miasta. Wyniki badań przeprowadzonych przez autorkę mogą być wskazówką dla lokalnego samorządu, administracji czy przedsiębiorców.

Słowa kluczowe: uzdrowisko, turystyka, kuracjusz, oferta turystyczna, współpraca.

Inowrocław a turystyka

Turystyka jest obecnie dynamicznie rozwijającym się zjawiskiem społeczno-gospodarczym. Cechuje się jednocześnie dużą komplementarnością i różnorodnością usług, co wynika ze zróżnicowanych potrzeb turystów (Wieżyński 2012). Współczesny turysta posiada dużą wiedzę, a co najmniej ułatwiony dostęp do niej, jest świadomy swoich potrzeb i coraz bardziej wymagający. Stąd też tak bardzo istotne jest, aby dany obszar turystyczny umiejętnie wykorzystał swoją atrakcyjność turystyczną, prowadząc przemyślaną politykę zarządzania turystyką, tworząc innowacyjne, odpowiadające na potrzeby turystów produkty turystyczne, modernizując istniejące produkty oraz dokonując skutecznych działań marketingowych.

W województwie kujawsko-pomorskim turystyka rozwija się pod wpływem ogólnokrajowych trendów rozwojowych. Duży potencjał w tworzeniu konkurencyjności gospodarki turystycznej województwa kujawsko-pomorskiego ma

turystyka uzdrowiskowa. W regionie występują trzy znane miejscowości uzdrowiskowe: Ciechocinek, Inowrocław oraz Wieniec-Zdrój (Grzeszczak 2015).

Współcześnie uzdrowiska pełnią – oprócz swojej głównej funkcji świadczenia usług zdrowotnych – również szeroko pojęte funkcje turystyczno-rekreacyjne. Muszą poszerzyć swoją ofertę typowo leczniczą o różnorodne usługi uzupełniające, aby zwiększyć swoją atrakcyjność i konkurencyjność (Rydz 2005).

Zdecydowana większość turystów odwiedzających Inowrocław stanowią kuracjusze. W głównej mierze są to osoby dorosłe z uwagi na dominujący profil leczenia (głównie chorób reumatologicznych, kardiologicznych, chorób kobiecych oraz układu pokarmowego i nerwowego). Wśród kuracjuszy przeważają osoby w wieku powyżej 60. lat, dlatego właśnie ich opinia dotycząca atrakcyjności miasta jest szczególnie istotna. Ocena ta jest także ważna z uwagi na fakt, iż większość kuracjuszy nie wybiera Inowrocławia za cel swojej podróży samodzielnie. Przeważająca ich część jest do Inowrocławia kierowana odgórnie (na podstawie skierowania z NFZ lub ZUS), co nie zawsze jest zgodne z oczekiwaniami kuracjuszy. Stąd też tak istotna jest rola marketingowa uzdrowiska. Odpowiednia promocja i oferta skierowana do takiego turysty może zainteresować i zmienić nastawienie do uzdrowiska. Opinie kuracjuszy na temat turystyki są bardzo cenne również z tego powodu, że pobyty tego typu turystów są stosunkowo długie (najczęściej trzytygodniowe). Jest to wystarczający czas na dogłębne poznanie miasta, odkrycie jego walorów, ale również mankamentów. Brak ciekawej i zróżnicowanej oferty turystycznej uzdrowiska może zniechęcić kuracjusza do powrotu już jako typowego turysty, a także rozczarować i wywołać efekt znudzenia podczas pobytu sanatoryjnego.

Władze Inowrocławia są świadome potencjału turystycznego, który posiada miasto i skupiają dość dużą uwagę na rozwoju jego funkcji uzdrowiskowej. Objawia się to w tworzonych dokumentach (np. w „Strategii rozwoju miasta Inowrocławia na lata 2003–2013”), a także w wizji miasta, która zakłada rozwój Inowrocławia jako nowoczesnego miasta uzdrowiskowego, w którym rozwija się gospodarka i turystyka, nauka i kultura oraz występuje rozwinięty sektor turystyczny lecznictwa uzdrowiskowego, a także usług konferencyjnych i rekreacyjnych.

Badanie opinii kuracjuszy na temat turystyki w Inowrocławiu

Autorka postanowiła sprawdzić, jaką opinię na temat turystyki Inowrocławia mają kuracjusze przebywający na leczeniu w tym uzdrowisku w ramach skierowań z NFZ i ZUS lub prywatnie (ta ostatnia grupa stanowi zdecydowaną mniej-

szość – około 5% wszystkich przyjazdów sanatoryjnych). Jako metodę badań wybrano formę wywiadu, wykorzystując do tego kwestionariusz, składający się z 21 pytań i metryczki. Badania przeprowadzono wśród 86 kuracjuszy, w okresie od lutego do marca 2015 r., na terenie uzdrowiska Inowrocław – w sanatoriach i w parku.

Wśród badanych największą grupę stanowiły osoby w wieku powyżej 50 lat (aż 71% wszystkich ankietowanych), w tym będący w kategorii zawodowej emerytów i rencistów (44% ogółu badanych). Wśród ankietowanych było trochę więcej mężczyzn niż kobiet – 52,5% respondentów stanowili mężczyźni, a 47,5% kobiety. Najwięcej ankietowanych (44%) deklarowało posiadanie wyższego wykształcenia II stopnia oraz średniego – 38% badanych.

Zdecydowana większość respondentów to kuracjusze pochodzący spoza województwa kujawsko-pomorskiego (około 90%) – głównie z województwa mazowieckiego (Warszawy i okolic) oraz łódzkiego. 66% badanych odwiedziło Inowrocław po raz pierwszy. Przyjeżdżają głównie samochodem prywatnym (60%). 24% wybiera pociąg jako środek transportu, a 14% PKS.

Ankietowani, zapytani o opinię na temat poszczególnych elementów atrakcyjności turystycznej Inowrocławia, podawali zróżnicowane oceny. Biorąc pod uwagę średnie wyniki najlepiej oceniono w Inowrocławiu atmosferę i życzliwość (4 w skali od 1 do 5), a najgorzej oznakowanie i szlaki turystyczne oraz ofertę możliwości spędzania wolnego czasu (poniżej 3,5). Są to istotne składniki atrakcyjności turystycznej, dlatego koniecznie należy je poprawić. Z uwagi na fakt, że 88% respondentów korzystało z noclegów w obiektach sanatoryjnych, w których oprócz usług leczniczych i noclegowych, mieli zagwarantowane wyżywienie, nie potrafili ocenić stanu bazy gastronomicznej, bowiem korzystali z niej sporadycznie (pomijając kawiarnie), a także nie wypowiedali się na temat jakości usług noclegowych pozostałych obiektów turystycznych Inowrocławia.

Zapytano badanych także o formy spędzania wolnego czasu, którego, podczas pobytu sanatoryjnego, kuracjusze mają stosunkowo dużo. Najczęściej wskazywano na spacer i wędrówki (29% odpowiedzi), poznawanie okolicy i zwiedzanie (24%) oraz wizyty w restauracjach i kawiarniach (17%). Respondenci deklarowali w swoich wypowiedziach chęć uczestnictwa w wydarzeniach kulturalnych, a mały udział tego typu aktywności w zagospodarowaniu ich czasu wolnego (14%) tłumaczyli brakiem ciekawych ofert kulturalnych. Przedstawione wyniki ukazują raczej bierne spędzanie czasu przez kuracjuszy. Należałoby się zastanowić, czy jest to spowodowane czynnikiem zdrowotnym, niskim budżetem czy może ubogą ofertą turystyczną miasta (co zostało już odnotowane w wypowiedziach o kulturze). Przyczyna finansowa też jest bardzo prawdo-

podobna, biorąc pod uwagę fakt, że aż 95% ankietowanych zadeklarowało wydatki podczas pobytu do 100 zł dziennie (bardzo często podawano kwoty rzędu kilkunastu złotych albo wcale). W tym wypadku nie dziwi deklaracja tylko 13% respondentów o dokonywaniu zakupów.

Respondentów poproszono również o podanie najciekawszych, ich zdaniem, atrakcji turystycznych Inowrocławia. Wiele odpowiedzi powtarzało się. Najczęściej wskazywano na tętnie (84% wskazań), Park Solankowy, Rynek. W opinii kuracjuszy, Inowrocław nie ma zbyt dużo do zaoferowania turystom. Takie stwierdzenia, być może, są spowodowane brakiem wiedzy na temat Inowrocławia, choć 44% badanych zadeklarowało, że poszukiwało informacji w Internecie, a 26% korzystało z folderów i ulotek. 43% respondentów utożsamia przyjazd na dłuższe pobyty do Inowrocławia z turystyką uzdrowską. Również 43% badanych uważa, że w Inowrocławiu głównie realizują się formę turystyki wypoczynkowej.

Na pytanie dotyczące słabych i mocnych stron Inowrocławia często nie udzielano odpowiedzi lub odpowiedzi te były zdawkowe. W przypadku mocnych stron zazwyczaj podawano miejsca i obiekty wymienione w pytaniu o atrakcje turystyczne. Pojawiały się również opinie, że atutem Inowrocławia jest zieleń (opinia około 62% respondentów), architektura (ładna starówka i kamieniczki), wypoczynkowy charakter części uzdrowskiej. Wśród słabych stron padały głównie opinie na temat jakości usług i zagospodarowania turystycznego. Kuracjusze narzekali na brak ulg, ofert promocyjnych na różnorodne usługi (uzdrowskie, rozrywkowe czy rekreacyjne), małą liczbę toalet ogólnodostępnych i miejsc parkingowych, słabą informację turystyczną, złą komunikację wewnętrzną i utrudniony dojazd do miasta oraz ubogą ofertę turystyczną (opinia około 42% badanych), szczególnie wieczorami i zimą (pojawiały się stwierdzenia, że miasto wtedy „zamiera”).

Pomimo wspomnianych dość negatywnych opinii, ogólny poziom satysfakcji/zadowolenia z pobytu w Inowrocławiu jest dość wysoki – 42% badanych określa go jako średni, 39% jako wysoki, a 13% jako bardzo wysoki. Respondenci deklarowali, że będą rekomendować Inowrocław jako miejsce warte odwiedzenia (44% odpowiedziało, że raczej tak, a 24,5%, że zdecydowanie zarekomenduje przyjazd do tego miasta). Niepokoić mogą odpowiedzi ¼ badanych, którzy twierdzą, że raczej nie polecą nikomu wizyty w Inowrocławiu. Należy przeanalizować przyczyny takiego stanu.

Podsumowanie

Profil typowego turysty w wieku powyżej 50 lat, przyjeżdżającego do Inowrocławia najczęściej po raz pierwszy, głównie w celach zdrowotnych, wskazuje, że potrzebne jest przygotowanie specyficznej oferty turystycznej. Musi ona przede

wszystkim być dostosowana do wieku, potrzeb kuracjusza oraz długości jego pobytu. Z uwagi na fakt, że z reguły kuracjusz przebywa w uzdrowisku 3 tygodnie i najczęściej przyjeżdża sam (62%), należy zaproponować mu szeroki wachlarz zróżnicowanych usług – kulturalnych, gastronomicznych, rekreacyjnych itp. Warto pomyśleć o cyklicznych imprezach, wydarzeniach, wycieczkach, które w ciekawy i oryginalny sposób zaprezentują miasto i okolice (można zaprogramować wycieczki po całym województwie). Turyści przyjeżdżający do Inowrocławia bardzo często nie mają wiedzy na temat atrakcji tutaj się znajdujących i narzekają na utrudniony dostęp do informacji na miejscu. Należałoby położyć duży nacisk na informację turystyczną i promocję miasta i okolic, szczególnie w ośrodkach uzdrowiskowych.

Kuracjusze, ze względu na dużą ilość wolnego czasu po zabiegach, chętnie uczestniczą w wydarzeniach kulturalnych – warto więc, oprócz wizyt w muzeum, zaproponować koncerty, przedstawienia teatralne, różne występy czy zorganizować wyjazdy do sąsiednich miejscowości w celach kulturalnych (np. do Opery czy Filharmonii w Bydgoszczy).

Dużą popularnością wśród turystów przebywających na leczeniu w uzdrowisku cieszą się również kawiarnie. Istnieje więc szansa dla branży gastronomicznej Inowrocławia na zwiększenie rentowności, jeśli zostanie wykreowana atrakcyjna, konkurencyjna oferta.

W odniesieniu do zadowolenia kuracjusza ważne jest, aby oferta do niego skierowana zapewniała bezpieczeństwo i spokój. Zasadne byłoby wydzielenie specjalnych stref ciszy na terenie uzdrowiska. Jest wiele ścieżek spacerowych i terenów rekreacyjnych, ale są one często uczęszczane przez mieszkańców i innych turystów. Kuracjusz potrzebuje enklawy, w której będzie mógł wypocząć na łonie natury i zregenerować siły. Ważne jest również usprawnienie komunikacji – szczególnie w relacji dworce-uzdrowisko oraz centrum-uzdrowisko. Kuracjusze to najczęściej osoby starsze, schorowane, mające problemy z poruszaniem się, więc zasadne byłoby utworzenie nowych lub częstszych połączeń na wspomnianych odcinkach. Nie należy zapominać także o kuracjuszach przyjeżdżających własnymi samochodami (jak ukazują badania, to przeważająca część przyjeżdżających do uzdrowiska). Narzekają oni na małą liczbę miejsc do parkowania i wysokie opłaty za pozostawienie pojazdu na parkingu. To również problem do rozwiązania.

Przy tworzeniu oferty turystycznej dla kuracjusza pożądana byłaby współpraca gestorów bazy uzdrowiskowej, przedsiębiorców działających na terenie miasta, związanych z szeroko pojętą gospodarką turystyczną, z władzami miasta, organizacjami turystycznymi oraz branżą turystyczną w całym woje-

wództwie (łącznie z samorządami tych miast). Kluczem do sukcesu w turystyce jest bowiem współpraca.

Kuracjusz przyjeżdżający do Inowrocławia nie jest świadomy atrakcyjności tego miasta. Należy więc położyć bardzo duży nacisk na promocję. Dla kuracjusza Inowrocław to tylko uzdrowisko z ładnym parkiem i ciekawym obiektem, jakim są łącznie. Ale ile razy w ciągu trzech tygodni pobytu można chodzić w to same miejsce? Kuracjusz potrzebuje ciekawej, różnorodnej oferty zagospodarowania jego czasu wolnego. Należy zaproponować mu inne usługi, niż uzdrowskowe. Oczekuje szerokiej oferty kulturalnej, rekreacyjnej i krajoznawczej. Pragnie uczestniczyć w wydarzeniach kulturalnych i brać udział w wycieczkach, zarówno po mieście, jak i po całym województwie. Kuracjusz potrzebuje profesjonalnej i często specjalistycznej obsługi turystycznej z uwagi na różny stan zdrowia. Chce udogodnień, ułatwień komunikacyjnych oraz ofert promocyjnych, informacji, których brakuje mu w Inowrocławiu. Warto wziąć pod uwagę opinie kuracjuszy, bowiem są oni grupą docelową wśród turystów Inowrocławia. Brak dbałości o komfort i spełnienie oczekiwań kuracjuszy, lekceważenie ich potrzeb, może skutkować tym, że nie przyjadą oni ponownie do Inowrocławia, a co gorsza, zniechęcą do przyjazdu swoją rodzinę, znajomych i innych potencjalnych turystów. Zmiany w sposobie zarządzania turystyką w Inowrocławiu i stworzenie nowych i ciekawych produktów turystycznych są konieczne. Zmodyfikowana, ulepszona oferta turystyczna, poza tym, że może pozytywnie zaskoczyć kuracjusza, być może przyczyni się do pozyskania innych grup turystów i większego udziału odmiennych form turystyki w Inowrocławiu, niż tylko uzdrowskowo-wypoczynkowa.

Tourism in Inowrocław according to visitors and patients

Summary: The article aims at presenting opinions of visitors and patients staying in Inowrocław, related to tourism of this town. Due to the fact that it is a group of tourists who stay in the town for a long time and use specialized services, who usually do not choose the destination independently, the evaluation of tourism according to their opinion is vital. The opinion related to tourist attractions, tourist development and defining the level of satisfaction the stay provides, is to present how the main segment of tourists perceives Inowrocław. The results of the research conducted by the author may be used as a guideline by the local government, administration or entrepreneurs.

Keywords: health resort, tourism, visitor and patient, tourist offer, cooperation.

Literatura

Brudnicki R., 2005, *Uzdrowisko Inowrocław – stan aktualny i możliwości dalszego rozwoju*, [w:] E. Rydz (red.), *Kształtowanie funkcji turystycznych w miejscowościach uzdrowiskowych*, Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Pedagogicznej, Słupsk, ss. 318-325. Grzeszczak S., 2015, *Diagnoza relacji pomiędzy interesariuszami w klastrach turystycznych*, Praca magisterska, Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy, kps.

Matczak A., 2012, *Funkcja uzdrowiskowa w przestrzeni Inowrocławia*, [w:] E. Rydz (red.), *Ekonomiczne i organizacyjne aspekty funkcjonowania polskich uzdrowisk*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pomorskiej, Słupsk.

Szymańska D. i in., 2005, *Postrzeżenie miejscowości turystyczno-uzdrowiskowych na przykładzie Ciechocinka i Inowrocławia*, [w:] E. Rydz (red.), *Kształtowanie funkcji turystycznych w miejscowościach uzdrowiskowych*, Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Pedagogicznej, Słupsk.

Wieżyński W., *Klastering w branży turystycznej* [w:] Portal Innowacji [online], 2012/08/17, Dostępny w: <http://www.pi.gov.pl/PARP/chapter_86196.asp?soid=E565ED9AD2444DDA96C2D1D3021D8D7A

www.visitinowroclaw.pl, ISBN: 978-83-940097-3-1. Publikacja Centrum Informacji Turystycznej Inowrocławia

<http://gminyturystyczne.pl/pokaz/inowroclaw>

