



**Centrum Edukacji Kadr
Turystycznych w Krakowie**

UZDROWISKOWY PRODUKT TURYSTYCZNY

INSTYTUT TURYSTYKI ODDZIAŁ W KRAKOWIE
ul. Augustiańska 24
31-064 Kraków

SPIS TREŚCI

Wstęp

Anna Napieralska-Wojcik

Rządowe programy rozwoju turystyki

Andrzej Mioduski

Charakterystyka polskich uzdrowisk

Ida Pałuszewska, Ewa Gajda

Udział uzdrowisk w rozwoju turystyki w Polsce w latach 1997-2000

Piotr Dykowiak

Rynek usług uzdrowiskowych w Polsce w latach 1997-2000

UZDROWISKOWY PRODUKT TURYSTYCZNY

Andrzej Mioduski

Uzdrowiska a marketing

Andrzej Mioduski

Podstawy formy produktu uzdrowiskowego w warunkach rynkowych

Andrzej Mioduski

Problemy marketingu uzdrowisk w warunkach rynkowych

Andrzej Mioduski

Standardy uzdrowiskowe

Andrzej Mioduski

Zagrożenia rozwoju uzdrowisk w warunkach rynkowych

Problemy marketingu uzdrowisk w warunkach rynkowych

Andrzej Mioduski

Specyfika uzdrowisk w warunkach rynkowych

Piotr Dykowiak

Leżanki w uzdrowiskach

Sfinansowano ze środków

Departamentu Gospodarki Turystycznej UKFiT

338,48(433)

Kraków 1998

Współpraca merytoryczna:

mgr Alicja Lipska - Departament Gospodarki Turystycznej UKFiT

mgr Anna Alicja Matyjaszczyk - Departament Gospodarki Turystycznej UKFiT



8924

Recenzent:

prof. AE dr hab. Józef Sala

ISBN 83-906902-8-4

Zespół redakcyjny wydawnictw Instytutu Turystyki Oddział w Krakowie:

przewodniczący: dr Tadeusz Burzyński

członkowie: mgr inż. Urszula Haładus

mgr Anna Król - Jeżabek

mgr Jerzy Pytlik

SPIS TREŚCI

str.

Wstęp	5
<i>Maria Napiórkowska-Gzula</i> Rządowe programy rozwoju turystyki.....	7
<i>Andrzej Madeyski</i> Charakterystyka polskich uzdrowisk.....	15
<i>Maria Napiórkowska-Gzula</i> Usługi lecznictwa uzdrowiskowego jako element rozwoju produktu turystycznego.....	25
<i>Piotr Dybowski</i> Rynek usług uzdrowiskowych w Polsce w roku 1997 i przypuszczalne ewolucje w latach następnych.....	29
<i>Tadeusz Burzyński</i> Uzdrowiska a marketing turystyki.....	35
<i>Andrzej Madeyski</i> Podstawowe formy promocji polskich uzdrowisk w warunkach rynkowych.....	39
<i>Mieczysław Kwarciak</i> Promocja uzdrowisk: reklama czy mieszanka promocyjna	44
<i>Andrzej Madeyski</i> Standardy uzdrowiskowe a promocja.....	54
<i>Andrzej Madeyski</i> Zagraniczna promocja polskich uzdrowisk i podstawowa terminologia uzdrowiskowa w językach: polskim, niemieckim i francuskim.....	58
<i>Mieczysław Kucharski</i> Specyficzne zagadnienia związane z promocją wód butelkowanych	66
<i>Piotr Kalmus</i> Lecznictwo w funkcjonowaniu uzdrowisk	72

WSTĘP

Uzdrowiska mają szczególne znaczenie dla polskiej gospodarki turystycznej. Według terminologii przyjętej przez Światową Organizację Turystyki (WTO) kuracjusze oraz inne osoby przebywające (nocujące) w uzdrowiskach są uważane za turystów a same miejscowości uzdrowiskowe stanowią najczęściej popularne i licznie odwiedzane centra turystyczne.

Analizując stronę podaży - miejscowości uzdrowiskowe, zlokalizowane w najpiękniejszych rejonach kraju, posiadają doskonałe warunki klimatyczne, bogate, niekiedy unikatowe, złoża naturalnych tworzyw leczniczych, dysponują ilościowo liczącą się bazą noclegową, gastronomiczną, kulturalno-rozrywkową i sportowo-rekreacyjną oraz profesjonalną kadrą medyczną i poza-medyczną. Z drugiej strony - strony popytu - ruch turystyczny w Polsce od szeregu lat rozwija się systematycznie, a świadomość społeczna w zakresie profilaktyki zdrowotnej wzrasta. Teoretycznie więc biorąc sytuacja w uzdrowiskach powinna być bardzo dobra. Niestety - jak powszechnie wiadomo - tak nie jest.

W Polsce, lecznictwo uzdrowiskowe jest integralną częścią opieki zdrowotnej. Następujące od początku lat dziewięćdziesiątych przekształcenia gospodarki polskiej w gospodarkę opartą o zasady rynkowe nie ominęły także sfery uzdrowisk. Jednakże zmiany systemowe, choć następują, odbywają się zbyt wolno. Wdrażana obecnie reforma zdrowia oraz ubezpieczeń społecznych niesie dla uzdrowisk zmiany systemu finansowania usług, w powiązaniu z koniecznością prowadzenia działalności także poprzez rynek turystyczny. Przyspieszenie tych działań wymusza dodatkowo międzynarodowa konkurencja, szczególnie silnie odczuwana na rynku europejskim.

Sektor uzdrowiskowy winien dopracować się kompleksowego, długofalowego i wielopłaszczyznowego programu dostosowawczego do zmienionych już dzisiaj warunków działania, i dalej, do mającej nastąpić w niedalekiej przyszłości integracji Polski z Unią Europejską. Po wejściu do Unii Europejskiej i po spełnieniu dodatkowych warunków, m.in. rozbudowy infrastruktury turystycznej i paraturystycznej oraz podwyższeniu standardu świadczonych usług, polskie uzdrowiska będą miały szansę włączyć się do międzynarodowego rynku turystyki zdrowotnej.

Prezentowane w opracowaniu „Uzdrowiskowy produkt turystyczny” artykuły mają na celu wskazanie istniejących nieomogów sfery uzdrowiskowej, wywołanie szerszej dyskusji na ten temat, a także zaproponowanie metod rozwiązania niektórych problemów, związanych z wejściem produktu uzdrowiskowego na rynek krajowy i międzynarodowy.

Dr Tadeusz Burzyński
Kierownik Krakowskiego Oddziału
Instytutu Turystyki

MARIA NAPIÓRKOWSKA-GZULA

RZĄDOWE PROGRAMY ROZWOJU TURYSTYKI

I. Turystyka jest dynamicznie rozwijającą się gałęzią gospodarki narodowej, aktywizującą wiele dziedzin życia społeczno-gospodarczego. Jest to sektor gospodarki, który przyczynia się w sposób znaczący do wzrostu gospodarczego, zmniejszenia bezrobocia i tworzenia równowagi makroekonomicznej. W opinii ekspertów Unii Europejskiej, turystyka została uznana za jedną z dziedzin gospodarki, która najszybciej i z najlepszymi efektami może przyczynić się do rozwoju gospodarczego kraju.

II. Podstawowe założenia polityki państwa w dziedzinie turystyki określone zostały w następujących dokumentach:

- „Założenia rozwoju gospodarki turystycznej” /dokument przyjęty przez RM - 19.IX.1994 r./;
- „Kierunki polityki państwa w zakresie rozwoju turystyki kwalifikowanej” - przyjęcie i zatwierdzenie dokumentu przez KSPRM - 7.08.1995 r.;
- „Ustawa o usługach turystycznych z dnia 29 sierpnia 1997 r.;
- „Program pomocowy PHARE-TOURIN”.

Z uwagi na interdyscyplinarny charakter turystyki, istotne znaczenie dla jej rozwoju mają również inne rządowe programy, a w szczególności:

- „Strategia dla Polski - Pakiet 2000”;
- „Założenia polityki kulturalnej państwa”;
- „Założenia polityki przemysłowej”;
- „Strategia rozwoju telekomunikacji do 2000 roku”;
- „Założenia polityki społeczno-gospodarczej wsi, rolnictwa i gospodarki żywnościowej do roku 2000”;
- „Program wykonawczy do polityki ekologicznej do 2000 roku”;
- „Zasady polityki regionalnej państwa”;
- „Polityka transportowa”.

„Strategia dla Polski” i jej rozwinięcie w drugiej części „Pakiet 2000” - z punktu widzenia polityki makroekonomicznej - stanowi fundamentalne znaczenie dla rozwoju gospodarki turystycznej.

Z dziesięciu węzłowych programów o charakterze problemowo-funkcjonalnym siedem stanowi bezpośrednie odniesienie do gospodarki turystycznej, a mianowicie:

- przeciwdziałanie bezrobociu;
- rozwój obszarów wiejskich;
- zarządzanie majątkiem państwowym oraz procesy przekształceń własnościowych;

- średniookresowa strategia finansowa,
 - tworzenie trwałych podstaw wzrostu gospodarczego,
 - tworzenie podstaw do stabilizacji bilansu płatniczego,
 - decentralizacja systemu finansów publicznych, umacnianie pozycji samorządu terytorialnego.
 - rozwój i reforma sektora finansowego;
 - bezpieczeństwo obrotu gospodarczego oraz absorpcja szarej strefy;
 - międzynarodowa konkurencyjność polskiej gospodarki.
- III. „Założenia rozwoju gospodarki turystycznej” są programem długofalowym, mającym na celu dalszy dynamiczny rozwój turystyki i branż współdziałających, a w szczególności:
- aktywizację gospodarczą regionów i gmin poprzez turystykę, w tym tworzenie nowych miejsc pracy, wywoływanie zmian w strukturze zatrudnienia, rozwój handlu i usług;
 - wzrost wpływów dewizowych;
 - integrację Polski z Unią Europejską;
 - zwiększenie konkurencyjności polskiego produktu turystycznego na rynkach krajowym i międzynarodowym.
- Kierunki działań w ramach „Założeń rozwoju gospodarki turystycznej” obejmują następujące obszary problemowe:
- dostosowanie polskich norm i regulacji prawnych do standardów obowiązujących w państwach Unii Europejskiej i OECD, szczególnie w zakresie międzynarodowych umów handlowych, ochrony praw konsumenta, działania podmiotów gospodarczych świadczących usługi w zakresie turystyki i wypoczynku oraz międzynarodowych przewozów osobowych;
 - zwiększenie dostępności transportowej i telekomunikacyjnej do Polski i regionów turystycznych;
 - rozszerzenie zakresu promocji turystycznej Polski na rynkach zagranicznych wraz z powołaniem w tym celu wyspecjalizowanych agencji rządowych;
 - rozwijanie współpracy międzynarodowej wraz z regionalną współpracą przygraniczną w zakresie świadczenia usług dla turystów i podróżnych;
 - działania na rzecz ochrony środowiska na obszarach o szczególnym znaczeniu dla rozwoju turystyki;
 - prowadzenie aktywnej polityki zachęcającej kapitał zagraniczny do inwestowania w gospodarkę turystyczną;
 - prowadzenie stałych działań wspomagających rozwój krajowej gospodarki turystycznej poprzez organizację badań naukowych i wdrożeniowych oraz współtworzenie aktywnych instytucji finansowych wspierających rozwój rynku turystycznego;
 - uwzględnienie potrzeb gospodarki turystycznej w krajowej statystyce, w ramach przygotowywanego kompleksowego rachunku ekonomicznego, zgodnie z zaleceniami OECD;
 - rozwój krajowego produktu turystycznego;
 - wspieranie rozwoju lokalnego przez turystykę na obszarach atrakcyjnych turystycznie;
 - wspieranie podejmowania działalności gospodarczej w turystyce i w branżach współpracujących;
 - rozwijanie kształcenia i szkolenia turystycznego zgodnie z potrzebami rynku, uwzględniając międzynarodowe doświadczenia.

Powyżej sformułowane cele strategiczne są realizowane zarówno przez administrację rządową, organy samorządu terytorialnego jak i podmioty gospodarcze i ich zrzeszenia.

IV. Realizacja „Założeń rozwoju gospodarki turystycznej”:

1. Opracowano i przyjęto przez Sejm RP ustawę o usługach turystycznych, która ma na celu, przede wszystkim, zabezpieczenie interesów klientów usług turystycznych oraz dostosowanie norm i standardów polskiej turystyki do wymagań Unii Europejskiej.

Ustawa normuje 4 najważniejsze obszary gospodarki turystycznej:

- działalność organizatorów turystyki i pośredników;
- ochronę klienta;
- określenie norm i standardów dla obiektów hotelarskich;
- nadawanie uprawnień przewodnikom turystycznym i pilotom wycieczek.

2. Stworzono mechanizmy finansowe sprzyjające rozwojowi turystyki:

- usługi turystyczne objęto preferencyjną /7 %-wą/ stawką podatku VAT;
- zastosowano ulgi w podatku od osób fizycznych z tytułu najmu pokoi gościnnych w gospodarstwach rolnych oraz z tytułu wyżywienia osób przebywających na wypoczynku;
- rozszerzono zakres wydatków odliczanych od podstawy opodatkowania osób prawnych podatkiem dochodowym o wydatki związane z budową urządzeń rekreacyjnych;
- prezes UKFiT objął udziały w Polskiej Agencji Rozwoju Turystyki S.A., wnosząc na ich pokrycie wierzytelności zniesionego Centralnego Funduszu Turystyki i Wypoczynku. Przewiduje się, że w wyniku dalszych działań - na bazie PART SA - powstanie Fundusz Inwestycji Turystycznych, niezbędny w konstrukcji inwestycyjnych programów prorozwojowych;
- podjęto szeroko zakrojone prace nad metodologią rachunku satelitarne go i doskonaleniem statystycznej rejestracji ruchu turystycznego i obrotów finansowych turystyki.

3. Program rozwoju krajowego produktu turystycznego, ukierunkowany został na wdrażanie następujących przedsięwzięć:

- rozwój i promocja wyselekcjonowanych turystycznych produktów markowych z następujących 5 obszarów:
 - * turystyka biznesowa,
 - * turystyka miejska i kulturowa,
 - * turystyka na terenach wiejskich,
 - * turystyka kwalifikowana, aktywna i specjalistyczna,
 - * turystyka przygraniczna i tranzytowa.
- restrukturyzacja zarządzania turystyką - koncepcja docelowa zarządzania turystyką w Polsce zakłada oddzielenie zadań administracji rządowej - realizującej politykę państwa w zakresie turystyki - od zadań wykonawczych, a tym samym utworzenie struktury wykonawczej umownie zwanej Narodową Organizacją Turystyki. Przygotowywana koncepcja zbieżna jest z rozwiązaniami istniejącymi w krajach UE;
- powołanie Funduszu Inwestycji Turystycznych, jako instytucji wspierającej rozwój infrastruktury turystycznej, dostosowanej do potrzeb wynikających z rozwoju markowych produktów turystycznych oraz skupiającej rozproszone środki krajowe, jak również pozyskującej środki z międzynarodowych instytucji finansowych.

Dla realizacji zadań związanych z procesem kreowania polskich produktów markowych, z dniem 2 stycznia 1997 r., powołano instytucję „Menedżera Marki”. Podstawowe zadanie Menedżerów Marki to doprowadzenie do współpracy wszystkich partnerów zainteresowanych rozwojem i promocją produktu markowego.

Program rozwoju krajowego produktu turystycznego zakłada ponadto:

- wzmocnienie roli Międzyresortowego Zespołu d/s Rozwoju Gospodarki Turystycznej, koordynującego działania i programy realizowane przez poszczególne organy administracji centralnej. Do realizacji na 1997 r. Zespół przyjął, jako priorytet, następujące programy krajowe:

- * monitorowanie zjawisk turystycznych,
- * rozwój agroturystyki,
- * Polska krajem przyjaznym dla turystów /programowanie dostosowania infrastruktury ogólnej do potrzeb turystyki/,
- * szkolenie i kształcenie kadr,
- * rozwój turystyki na obszarach chronionych,
- * wykorzystanie zasobów kultury narodowej dla potrzeb turystyki,
- * odrodzenie miejscowości uzdrowiskowych.

4. Program kształcenia, szkolenia i doskonalenia zawodowego kadr dla turystyki:

- wspólnie z MEN, ekspertami branży turystycznej, przedstawicielami administracji państwowej i samorządowej zorganizowano cykl konferencji problemowych dla nauczycieli i dyrektorów szkół turystyczno-hotelarskich obejmujących nowoczesne komputerowe sieci informacyjno-rezerwacyjne, koncepcję sieci hoteli szkoleniowych. Opracowano i wdrożono nową instrukcję programową;
- prowadzono wielokierunkowy monitoring procesu kształcenia kadr turystycznych na różnych poziomach, a jego wyniki szeroko upowszechniono wśród branży turystycznej;
- przy pomocy środków PHARE przeszkolono ok. 7,5 tys. osób pracujących w turystyce, pracowników administracji rządowej i samorządowej;
- z udziałem Wojewody Krakowskiego uruchomiono - przy Oddziale Instytutu Turystyki w Krakowie - nowoczesne Centrum Edukacji Kadr Turystycznych;
- we współpracy z MEN doprowadzono do dynamicznego rozwoju szkolnictwa kształcącego kadry dla turystyki, na różnych poziomach, w dwóch zawodach: technik obsługi turystycznej i technik hotelarz;
- opracowano i upowszechniono nowy ramowy program szkolenia kadr pilotów wycieczek zagranicznych, jako obowiązujący dla organizatorów kursów;
- zainicjowano działania na rzecz dostosowania organizacji i szkolenia przewodników dla potrzeb rynku turystycznego.

5. Promocja na rynku krajowym i międzynarodowym.

- podejmowanie działań na rzecz:
 - * utrzymania tempa wzrostu przyjazdów turystycznych do Polski na poziomie ok. 5 % rocznie,
 - * zmiany struktury przyjazdów /spowodowanie szybszego wzrostu przyjazdów turystów niż odwiedzających jednodniowych/,
 - * zmiany struktury wpływów z turystyki przyjazdowej, polegające na zdecydowanym zwiększeniu udziału na rzecz podmiotów turystycznych /przekazów z zagranicy dokonywanych na konta polskich podmiotów turystycznych z tytułu realizacji usług turystycznych/,

- * stymulowania wzrostu wydatków turystów odwiedzających Polskę związanych z konsumpcją usług /w tym usług turystycznych/.
- prowadzenie badań marketingowych w zakresie:
 - * oceny bieżącej i przyszłej sytuacji rynkowej,
 - * analizy wybranych zagranicznych rynków turystycznych i rynku krajowego,
 - * określenia celów, motywów i form przyjazdów turystów zagranicznych oraz wydatków na terenie Polski.
- działalność polskich ośrodków informacji turystycznej na następujących rynkach: niemieckim, północnoamerykańskim, skandynawskim, krajów Beneluxu, brytyjskim, włoskim, francuskim i austriackim;
- działania promocyjne, prowadzone we współpracy z zagranicznymi przedstawicielami polskich touroperatorów i przewoźników, na rynkach: szwajcarskim, rosyjskim, czeskim, węgierskim, hiszpańskim, japońskim, brazylijskim, izraelskim i chińskim;
- intensyfikacja działań promocyjnych na rynku krajowym w obszarze turystyki kwalifikowanej i rekreacji;
- rozszerzanie komputerowego systemu informacji INFOTUR i włączenie bazy danych do sieci INTERNETU.

Podstawowym zadaniem tych ośrodków - jako placówek rządowych jest promocja Polski, prowadzenie badań marketingowych, informacja turystyczna.

Inne działania promocyjne to:

- wydawanie materiałów promocyjnych, przeznaczonych na cele promocji zagranicznej oraz wydawnictw w zakresie ogólnokrajowej informacji turystycznej;
- organizacja Międzynarodowych Targów Turystycznych: „TOUR SALON” i TT WARSAW;
- współudział w organizacji targów regionalnych;
- organizacja podróży studyjnych dla zagranicznych dziennikarzy turystycznych promujących Polskę.

6. Współpraca makroregionalna.

Od 1993 r. realizowana jest polityka regionalizacji krajowego produktu turystycznego. Opiera się ona na współpracy z makroregionami wykreowanymi na podstawie podpisanych przez wojewodów porozumień o współdziałaniu w zakresie tworzenia warunków dla rozwoju produktów turystycznych i ich wspólnej promocji.

Sprawą o zasadniczym znaczeniu dla rozwoju turystyki, ale i dla rozwoju gospodarczego gmin i regionów jest rozwój lokalnego rynku turystycznego, albowiem w miejscu pobytu turysty następuje konfrontacja jego oczekiwań z możliwościami ich realizacji.

Rolę samorządu terytorialnego upatruje się w:

- tworzeniu najdogodniejszej infrastruktury turystycznej;
- działalności turystycznej na rzecz gospodarki lokalnej m.in. przez organizację targów, giełd czy wystaw;
- popieraniu rozwoju podmiotów turystycznych.

Ważną rolą władz samorządowych jest także wpływ na konstrukcję budżetów lokalnych, ponieważ rozwój gospodarki turystycznej stanowi bogate źródło dochodów dla budżetu gminy.

Liczba 87,4 mln gości zagranicznych odwiedzających nasz kraj w ubiegłym roku oraz 75 mln podróży krajowych /nie licząc jednodniowych wyjazdów weekendowych/ kreują ogromny popyt na towary i usługi.

Turystyka jest również ważnym czynnikiem rozwoju gospodarczego wsi. Dla wielu obszarów wiejskich właśnie turystyka może być czynnikiem aktywizacji gospodarczej a dla mieszkańców wsi uzupełniającym źródłem dochodu.

Turystyka „wymusza” rozwój infrastruktury lokalnej, wzrost kultury i jakości życia samych mieszkańców, dążenie do zdobywania i uzupełniania wykształcenia oraz stwarza szansę na rozwój nowych zawodów.

Wg szacunków ODR - w Polsce przyjmuje turystów około 6 tys. gospodarstw rolnych. Stanowi to zaledwie 3 % ogółu gospodarstw rolnych w Polsce /np. w Austrii 8 %, w Irlandii 1 %/.

Uznając duże możliwości rozwoju turystyki wiejskiej - w „Strategii rozwoju krajowego produktu turystycznego” - turystyka w środowisku wiejskim jest jednym z pięciu podstawowych produktów turystycznych.

V. Zagraniczne programy pomocowe na rzecz rozwoju turystyki.

1. PHARE-TOURIN - Rozwój turystyki w Polsce.

Urząd Kultury Fizycznej i Turystyki, który jest głównym odbiorcą programu ze strony Polski, powołał Fundację Rozwoju Turystyki TOURIN do bezpośredniego zarządzania programem. Pierwsza część tego programu, TOURIN I, została zakończona w połowie 1995 roku.

Konkretne efekty tej części programu to m.in.:

- opracowanie pt. Plan Rozwoju Produktu Turystycznego Polski;
- zorganizowanie dziewięciu seminariów nt. produktu turystycznego różnych regionów;
- przeszkolenie ponad 5000 pracowników sektora turystyki;
- przygotowanie do wydania kilku książek - podręczników, będących najważniejszymi, profesjonalnymi pozycjami z dziedziny turystyki;
- utworzenie w Krakowie nowoczesnego Centrum Kształcenia Kadr Turystycznych;
- przygotowanie kampanii promocyjnej polskiego produktu turystycznego na dwóch rynkach: brytyjskim i niemieckim.

Druga część programu TOURIN II trwać będzie do końca 1997 r. i koncentruje się na realizacji części propozycji przygotowanych w poprzednim etapie. Projekty realizowane w ramach tego programu to:

- narodowy system komputerowej sprzedaży i dystrybucji usług turystycznych, którego cechą będzie równoczesny dostęp użytkowników do polskich i międzynarodowych systemów rezerwacji i sprzedaży, a także pełna informacja turystyczna;
- rozwój turystyki na terenach wiejskich i zalesionych, polegający na przygotowaniu ogólnego planu rozwoju tej turystyki, przygotowaniu warunków do powstania organizacji zrzeszającej kwaterodawców wiejskich, wreszcie - opracowaniu zasad komercjalizacji oferty turystyki aktywnej;
- system pomocy dla użytkowników dróg, mający na celu przygotowanie warunków do zorganizowania sprawnego i odpowiadającego standardom międzynarodowym systemu pomocy na drogach Polski;
- program rozwoju krajowego produktu turystycznego, który jest bezpośrednią realizacją wniosków, wynikających z Planu Rozwoju Produktu Turystycznego Polski.

2. PHARE - CROSS BORDER /CBC/.

W 1993 roku Polska zapoczątkowała współpracę z Unią Europejską w dziedzinie współpracy transgranicznej. Program obejmuje dwa podprogramy. Jeden dotyczy współpracy transgranicznej Polska - Niemcy, drugi zaś był utworzony do współpracy w rejonie Morza Bałtyckiego.

Turystyka w programie PHARE-CBC nie stanowi wyodrębnionego sektora, uczestnicząc jedynie jako jeden z 7 podtematów w ramach bloku „rozwój gospodarczy”.

Chociaż udział programów turystycznych w programie współpracy transgranicznej jest niewielki, to jednak większość ujętych w programie zadań ma istotny wpływ na rozwój infrastruktury turystycznej oraz poprawienie jakości obsługi turystów na obszarach objętych programem.

3. Turystyka jako program sektorowy PHARE stanowi niewielki fragment w programach pomocowych Unii Europejskiej. Zgodnie z przyjętym programem współpracy Rządu RP z Komisją Europejską alokacja środków w ramach programu PHARE 1995 - 1999 została skierowana na następujące sektory:

- partnerstwo społeczne;
- infrastruktura komunikacyjna i techniczna;
- rolnictwo;
- ochrona środowiska;
- system zabezpieczenia społecznego i usługi społeczne;
- administracja publiczna;
- sektor finansowy;
- rozwój regionalny;
- restrukturyzacja przemysłowa i prywatyzacja oraz wsparcie dla promocji eksportu i inwestycji zagranicznych;
- mała i średnia przedsiębiorczość;
- TEMPUS i edukacja;
- nauka i badania;
- integracja europejska i udział w programach UE;
- współpraca transgraniczna;
- turystyka.

Przemiany ustrojowe, w latach 90 -tych wspierane aktywnie programami, przyczyniły się do dynamicznego rozwoju turystyki w Polsce i umacnianiu jej pozycji na międzynarodowym rynku.

W 1996 roku, w rankingu krajów o największych wpływach z turystyki, Polska, z kwotą 8,4 mln USD, zajęła 14 miejsce na świecie, zaś pod względem liczby przyjmowanych turystów (19,4 mln osób) - 9 miejsce. Tak więc Polska znalazła się w grupie krajów o najszybszym tempie rozwoju gospodarki turystycznej.

ANDRZEJ MADEYSKI

CHARAKTERYSTYKA POLSKICH UZDROWISK

1. Podstawowe określenia

4 Typy uzdrowisk

Rozróżniamy parę typów uzdrowisk, a mianowicie:

- uzdrowisko zdrojowe czyli zdrojowisko, to jest posiadające wody lecznicze,
- uzdrowisko klimatyczne, posiadające klimat lokalny o zbadanych walorach leczniczych,
- uzdrowisko borowinowe, którego podstawowym zadaniem jest leczenie przy użyciu borowiny,
- uzdrowisko nadmorskie, położone bezpośrednio nad wybrzeżem morskim.

Produkt uzdrowiskowy

Powstanie produktu uzdrowiskowego możliwe jest w przypadku każdego z wymienionych uzdrowisk lecz pod warunkiem, że miejscowości w których znajdują się uzdrowiska spełniają określone wymagania.

Produkt uzdrowiskowy składa się z dwóch członów. Jeden polega na sprzedaży kuracji uzdrowiskowych, obejmujących usługi hotelarskie, przyrodolecznicze, rekreacyjne – mających konkretną wartość pieniężną. Drugi człon produktu uzdrowiskowego stanowią rezultaty zdrowotne osiągnięte przez kuracjuszy – są trudne do wyliczenia pieniężnego.

2. Wymagania dla uzdrowisk

Miejscowość uzdrowiskowa powinna spełniać wymagania dotyczące warunków środowiskowych i higienicznych, a mianowicie powinna posiadać:

- zaopatrzenie przez wodociąg w wodę zwykłą (wodę do picia i na potrzeby gospodarcze), w ilości odpowiadającej potrzebom,
- odprowadzenie ścieków bytowych z zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego systemem kanalizacyjnym do oczyszczalni mechaniczno-biologicznej,
- prawidłowy system gromadzenia, usuwania i utylizacji odpadów stałych z terenu

- uzdrowiska,
- zorganizowany sposób usuwania lub unieszkodliwiania pozabiegowych wód mineralnych,
- czystość powietrza odpowiadającą wymaganiom jak dla obszarów specjalnie chronionych,
- niewystępowanie na terenie uzdrowiska, lub w jego pobliżu, uciążliwości przemysłowych,
- skanalizowane toalety (kłozety) publiczne na terenie uzdrowiska,
- stację obserwacji hydrologiczno-biometeorologicznej na terenie uzdrowiska

Wymagania techniczno-funkcjonalne dla uzdrowisk

Każde uzdrowisko powinno spełniać wymagania techniczne i funkcjonalne dotyczące ujęć wód leczniczych, instalacji wody leczniczej, instalacji borowinowych i postępowania z borowiną zabiegową i pozabiegową, basenów leczniczych i rehabilitacyjnych oraz uzdrowiskowych rozlewni wód mineralnych.

Wymagania funkcjonalne

- posiadanie przez miejscowość charakteru uzdrowiskowego – z uwagi na zabudowę,
- miejscowość powinna być zadbana i posiadać dobry poziom higieniczny,
- luźna zabudowa w uzdrowisku,
- istnienie atrakcyjnego krajobrazu,
- istnienie terenów zielonych, parków leśnych, dróg spacerowych,
- zakład komunikacji kołowej nie stanowiący uciążliwości dla kuracjuszy,
- stosownie do lokalnych warunków urządzone strefy pieszych, w których jest wyeliminowana komunikacja kołowa lub ograniczona do pewnych godzin.

Wymagania dotyczące istnienia w uzdrowisku podstawowych zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego

Każde uzdrowisko powinno mieć następujące zakłady i urządzenia:

- co najmniej jeden szpital lub sanatorium uzdrowiskowe,
- co najmniej jeden zakład przyrodoleczniczy,
- co najmniej jeden basen kąpielowy, kryty lub otwarty, z wodą mineralną, morską lub zwykłą,
- dom zdrojowy, to jest obiekt zaspokajający potrzeby kuracjuszy w zakresie kultury, tj. dom kuracjusza, salę koncertową, teatr zdrojowy, czytelnię, bibliotekę,
- park zdrojowy,
- urządzenia rekreacyjne na otwartej przestrzeni.

Wymagania dla poszczególnych typów uzdrowisk

Wymagania dla zdrojowisk

Każde zdrojowisko powinno mieć:

- co najmniej jedno ujęcie wody leczniczej o wydajności odpowiadającej potrzebom leczniczym uzdrowiska,
- pijalnię wód leczniczych wraz z halą spacerową,
- zależnie od profilu leczniczego – zdrojowiskowy zakład mineralnych kąpiei leczniczych lub inhalatorium przystosowane do użytkowania lokalnych wód leczniczych,
- zakład leczenia ruchem, samodzielny lub stanowiący część zakładu

- przyrodoleczniczego,
- zorganizowany sposób odprowadzania lub neutralizowania pozabiegowych wód leczniczych.

Wymagania dla uzdrowiska klimatycznego

- urządzenia i teren do leżakowania wkomponowany w teren uzdrowskiej zieleni rekreacyjnej,
- sieć oznakowanych dróg spacerowych wraz z ich mapką i określonymi stopniami trudności,
- zakład leczenia ruchem,
- stację obserwacji hydrologiczno-meteorologicznej z możliwością analizy danych.

Wymagania dla uzdrowiska borowinowego

- uzdrowski zakład borowinowy przystosowany do wydawania zabiegów w postaci kąpiei borowinowych całkowitych lub częściowych albo do zawiązań borowinowych, o wielkości odpowiadającej potrzebom uzdrowska,
- zakład borowinowy posiadający układ uniemożliwiający używanie do zabiegów borowiny już bezpośrednio użytej,
- zorganizowany sposób gospodarki borowiną pozabiegową, np. przez jej odwadnianie lub regenerowanie w odstojnikach borowinowych.

Wymagania dla uzdrowska nadmorskiego

- wodę morską o wymaganym stopniu czystości,
- ujęcie wody morskiej z pompownią i rurociągiem doprowadzającym ją do zakładu przyrodoleczniczego lub basenu kąpielowego,
- zakład przyrodoleczniczy oparty na użytkowaniu wody morskiej,
- basen kryty i ewentualnie otwarty z wodą morską,
- plażę nadmorską, to jest urządzony odcinek wybrzeża morskiego odpowiadający wymaganiom sanitarnym.

Wymagania powyższe mają charakter minimalnych dla uzdrowsk. Są one określone w Polskiej Normie PN-91/Z-11000 „Uzdrowska. Podział, nazwy, określenia i wymagania ogólne”.

Podane wymagania są zgodne z wymaganiami zagranicznymi dla uzdrowsk, zwłaszcza niemieckich i szwajcarskich. Można przyjąć, że odpowiadają one też wymaganiom Unii Europejskiej.

3. Naturalne tworzywa* uzdrowskowe

Naturalne tworzywa lecznicze to wody lecznicze, gazy lecznicze i peloidy. Naturalnym tworzywem leczniczym jest też lokalny klimat o cechach leczniczych. Do wód leczniczych zalicza się też wodę morską użytkowaną leczniczo, o ile wykazuje ona należytą czystość bakteriologiczną.

* tworzywa a nie surowce. Określenie surowiec oznacza, że na przykład woda lecznicza poddawana jest przetworzeniu, co nie odpowiada prawdzie gdyż woda lecznicza jest używana w stanie naturalnym.

- uzdrowiska,
- zorganizowany sposób usuwania lub unieszkodliwiania pozabiegowych wód mineralnych,
- czystość powietrza odpowiadającą wymaganiom jak dla obszarów specjalnie chronionych,
- niewystępowanie na terenie uzdrowiska, lub w jego pobliżu, uciążliwości przemysłowych,
- skanalizowane toalety (klozety) publiczne na terenie uzdrowiska,
- stację obserwacji hydrologiczno-biometeorologicznej na terenie uzdrowiska

Wymagania techniczno-funkcjonalne dla uzdrowisk

Każde uzdrowisko powinno spełniać wymagania techniczne i funkcjonalne dotyczące ujęć wód leczniczych, instalacji wody leczniczej, instalacji borowinowych i postępowania z borowiną zabiegową i pozabiegową, basenów leczniczych i rehabilitacyjnych oraz uzdrowskich rozlewni wód mineralnych.

Wymagania funkcjonalne

- posiadanie przez miejscowość charakteru uzdrowskiego – z uwagi na zabudowę,
- miejscowość powinna być zadbana i posiadać dobry poziom higieniczny,
- luźna zabudowa w uzdrowsku,
- istnienie atrakcyjnego krajobrazu,
- istnienie terenów zielonych, parków leśnych, dróg spacerowych,
- zakład komunikacji kołowej nie stanowiący uciążliwości dla kuracjuszy,
- stosownie do lokalnych warunków urządzone strefy pieszych, w których jest wyeliminowana komunikacja kołowa lub ograniczona do pewnych godzin.

Wymagania dotyczące istnienia w uzdrowsku podstawowych zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowskiego

Każde uzdrowisko powinno mieć następujące zakłady i urządzenia:

- co najmniej jeden szpital lub sanatorium uzdrowskie,
- co najmniej jeden zakład przyrodolecznictwa,
- co najmniej jeden basen kąpielowy, kryty lub otwarty, z wodą mineralną, morską lub zwykłą,
- dom zdrojowy, to jest obiekt zaspokajający potrzeby kuracjuszy w zakresie kultury, tj. dom kuracjusza, salę koncertową, teatr zdrojowy, czytelnię, bibliotekę,
- park zdrojowy,
- urządzenia rekreacyjne na otwartej przestrzeni.

Wymagania dla poszczególnych typów uzdrowsk

Wymagania dla zdrojowisk

Każde zdrojowisko powinno mieć:

- co najmniej jedno ujęcie wody leczniczej o wydajności odpowiadającej potrzebom leczniczym zdrojowiska,
- pijalnię wód leczniczych wraz z halą spacerową,
- zależnie od profilu leczniczego – zdrojowskie zakłady mineralnych kąpielí leczniczych lub inhalatorium przystosowane do użytkowania lokalnych wód leczniczych,
- zakład leczenia ruchem, samodzielny lub stanowiący część zakładu

- przyrodoleczniczego,
- zorganizowany sposób odprowadzania lub neutralizowania pozabiegowych wód leczniczych.

Wymagania dla uzdrowiska klimatycznego

- urządzenia i teren do leżakowania wkomponowany w teren uzdrowskiej zieleni rekreacyjnej,
- sieć oznakowanych dróg spacerowych wraz z ich mapką i określonymi stopniami trudności,
- zakład leczenia ruchem,
- stację obserwacji hydrologiczno-meteorologicznej z możliwością analizy danych.

Wymagania dla uzdrowiska borowinowego

- uzdrowski zakład borowinowy przystosowany do wydawania zabiegów w postaci kąpiei borowinowych całkowitych lub częściowych albo do zawijań borowinowych, o wielkości odpowiadającej potrzebom uzdrowska,
- zakład borowinowy posiadający układ uniemożliwiający używanie do zabiegów borowiny już bezpośrednio użytej,
- zorganizowany sposób gospodarki borowiną pozabiegową, np. przez jej odwadnianie lub regenerowanie w odstojnikach borowinowych.

Wymagania dla uzdrowska nadmorskiego

- wodę morską o wymaganym stopniu czystości,
- ujęcie wody morskiej z pompownią i rurociągiem doprowadzającym ją do zakładu przyrodoleczniczego lub basenu kąpielowego,
- zakład przyrodoleczniczy oparty na użytkowaniu wody morskiej,
- basen kryty i ewentualnie otwarty z wodą morską,
- plażę nadmorską, to jest urządzony odcinek wybrzeża morskiego odpowiadający wymaganiom sanitarnym.

Wymagania powyższe mają charakter minimalnych dla uzdrowsk. Są one określone w Polskiej Normie PN-91/Z-11000 „Uzdrowska. Podział, nazwy, określenia i wymagania ogólne”.

Podane wymagania są zgodne z wymaganiami zagranicznymi dla uzdrowsk, zwłaszcza niemieckich i szwajcarskich. Można przyjąć, że odpowiadają one też wymaganiom Unii Europejskiej.

3. Naturalne tworzywa* uzdrowskowe

Naturalne tworzywa lecznicze to wody lecznicze, gazy lecznicze i peloidy. Naturalnym tworzywem leczniczym jest też lokalny klimat o cechach leczniczych. Do wód leczniczych zalicza się też wodę morską użytkowaną leczniczo, o ile wykazuje ona należytą czystość bakteriologiczną.

* tworzywa a nie surowce. Określenie surowiec oznacza, że na przykład woda lecznicza poddawana jest przetworzeniu, co nie odpowiada prawdzie gdyż woda lecznicza jest używana w stanie naturalnym.

Zasoby wód leczniczych w Polsce

Zasoby eksploatacyjne wód leczniczych w Polsce wynoszą ogółem 3,2 tysięcy m/h (wg L. Skrzypczaka – patrz poz. 10 piśmiennictwo).

Dominują solanki, gdyż stanowią ok. 45 % ogólnych zasobów, zaś w Regionie Niżowym stanowią około 80 % wód wszystkich.

Drugą grupą wód są szczawy, to jest wody zawierające co najmniej 1000 mg CO₂/l i stanowią około 25 % ogólnych zasobów. Wody tego typu zupełnie nie występują w Regionie Niżu, natomiast najczęściej w Regionie Sudeckim i Karpackim.

Kolejną grupą wód są wody siarczkowe – ok. 10 % oraz wody swoiste, to jest zawierające jakiś składnik swoisty, na przykład jod, fluor, radon, stanowiące blisko 20 % ogólnej ilości i występujące w różnych uzdrowiskach w kraju.

Rodzaj wód leczniczych powinien być decydującym czynnikiem dla ustalenia w danym uzdrowisku profilu leczniczego. Ilość wód leczniczych wydobywanych w danych uzdrowiskach lub możliwych do wydobywania powinna stanowić kryterium dla określenia wielkości uzdrowiska (ilość kuracjuszy).

Peloidy

Peloidy obejmują borowiny czyli torfy lecznicze, szlamy, gytje, glinki itp. Jak dotąd, w uzdrowiskach polskich stosuje się wyłącznie borowinę. Zabiegi borowinowe wydawane są w ponad dwudziestu uzdrowiskach. Poziom techniki i gospodarki borowiną zabiegową jest niestety w naszych uzdrowiskach niedoskonały.

Gazy lecznicze

Zalicza się do nich dwutlenek węgla (CO₂), siarkowodór (H₂S) i radon (Rn). Najszerzej stosowany jest dwutlenek węgla w postaci suchych kąpieli gazowych, zbiorowych lub indywidualnych.

Klimat leczniczy

W każdym uzdrowisku powinien istnieć klimat o walorach leczniczych, potwierdzonych długoletnimi obserwacjami w uzdrowiskowych stacjach hydrologiczno-meteorologicznych. W wielu krajach europejskich istnieją uzdrowiska klimatyczne, w których program leczniczy oparty jest na wykorzystywaniu leczniczych cech lokalnego klimatu. W Niemczech uzdrowiska klimatyczne stanowią około 20 % ogółu uzdrowisk i posiadają około 150 tysięcy łóżek.

4. Organizacja i charakterystyka polskich uzdrowisk

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej pełni nadzór nad lecznictwem uzdrowiskowym. Nadzór ten pełniony jest poprzez naczelników lekarzy uzdrowisk, powoływanych przez Ministra oraz Zespół Konsultantów Regionalnych, kierowanych przez Konsultanta Krajowego w zakresie balneologii i medycyny fizykalnej.

Minister Zdrowia jest organem założycielskim dla 26 państwowych przedsiębiorstw uzdrowiskowych (ppu) działających bezpośrednio w 26 uzdrowiskach, zaś pośrednio poprzez oddziały ppu w 9 uzdrowiskach, czyli łącznie w 35 uzdrowiskach. Osiem uzdrowisk (Augustów, Goczałkowice Zdrój, Muszyna, Piwniczna, Polańczyk, Supraśl, Wapienne, Złockie) nie posiada statusu ppu.

Łącznie przyjmuje się, że aktualnie sieć polskich uzdrowisk składa się z 43 uzdrowisk. Taki jest stan formalny ale konieczne jest tu zaznaczenie, że poza tą siecią znajdują się Sopot,

Dziwnówek, Dźwirzyno, Jastarnia (Jurata), Głucholazy, Jaworze, Krzeszowice, Bochnia, Trzebnica – łącznie 9 miejscowości uzdrowiskowych. Słuszne jest więc przyjęcie, że aktualna sieć uzdrowisk obejmuje 52 uzdrowiska. Ta cyfra ponadto nie obejmuje uzdrowisk klimatycznych. Do tej grupy pełnoprawnych uzdrowisk, przed rokiem 1939, należały liczne miejscowości uzdrowiskowe, wśród których wymieniam ważniejsze, w porządku alfabetycznym: Bystra, Czarniecka Góra, Czorsztyn, Kazimierz Dolny, Krościenko, Maków Podhalański, Ojców, Otwock, Poronin, Rudka, Szczyrk, Wisła, Zakopane – łącznie 13 uzdrowisk (stacji klimatycznych) w aktualnych granicach Polski, nie wliczając uzdrowisk klimatycznych na ziemiach zachodnich i północnych Polski.

Pełna lista uzdrowisk polskich zamyka się liczbą 65 miejscowości. I ta liczba może wzrosnąć, z chwilą uruchomienia działalności uzdrowiskowej w miejscowościach potencjalnie uzdrowiskowych, których w dawnych latach wytypowano kilkadziesiąt.

Struktura organizacyjna

Największą grupę stanowią ppu dysponujące blisko połową (48 %) miejsc sanatoryjnych (i szpitalnych), dla których nadal organem założycielskim jest Minister Zdrowia i Opieki Społecznej.

Kolejną grupę stanowią sanatoria resortowe, na którą składają się obiekty podległe Ministrowi Obrony Narodowej, Ministrowi Administracji i Spraw Wewnętrznych i ich wydzielonym służbom zdrowia, posiadające łącznie około 12 % łącznej ilości łóżek sanatoryjnych.

Dalszą grupą obiektów są sanatoria wybudowane przez branżowe związki zawodowe (m.in. ZNP, Metalowców, Budowlanych, Włókniarzy, Energetyków, Pracowników Komunalnych, itd.), obecnie skupione wokół OPZZ i które dysponują około 20 % ogólnej ilości łóżek sanatoryjnych. Podobną co do ilości posiadanych łóżek (20 %) stanowią sanatoria wybudowane przez zakłady pracy. Niektóre z nich uległy przekształceniom w spółki pracownicze.

Część obiektów kierowana jest na zasadzie umów agencyjnych. W uzdrowiskach istnieje pewna ilość (niewielka) sanatoriów, które dostały się w pułapkę finansową i zaprzestały działalności. W jednym z uzdrowisk istnieje rozpoczęta i wstrzymana budowa wielkiego sanatorium – wyprowadzona do stanu zerowego.

Funkcjonuje kilkanaście obiektów sprywatyzowanych.

Eksploatacja zasobów wód leczniczych podlega koncesji. W uzdrowiskach w których istnieje ppu koncesje zostały przyznane ppu.

Wielkość poszczególnych uzdrowisk, wg ilości łóżek sanatoryjno-wypoczynkowych przedstawia poniższe zestawienie:

Uzdrowiska posiadające powyżej 3000 łóżek

1. Kołobrzeg	6359
2. Ciechocinek	3967
3. Krynica	3000

Uzdrowiska posiadające 1500 – 3000 łóżek

4. Muszyna	2135
(Muszyna	1037)
(Złockie	1098)
5. Busko Zdrój	1938
6. Ustroń	1760
7. Iwonicz Zdrój	1658

Uzdrowiska posiadające 500 – 1500 łóżek

8. Ustka	1421
9. Rabka	1336
10. Połczyn Zdrój	1286
11. Łądek Zdrój	1242
12. Duszniki Zdrój	1218
13. Szczawnica	1207
14. Nałęczów	1204
15. Inowrocław	1180
16. Rymanów Zdrój	1107
17. Polanica Zdrój	1104
18. Szczawnio Zdrój	974
19. Cieplice Śląskie Zdrój	952
20. Kudowa Zdrój	907
21. Świeradów Zdrój	900
22. Polańczyk	886
23. Świnoujście	815
24. Goczałkowice Zdrój	662
25. Wysowa	651
26. Żegiestów Zdrój	529
27. Horyniec	500

Uzdrowiska posiadające poniżej 500 łóżek

28. Konstancin	437
29. Międzyzdroje	350
30. Wieniec Zdrój	347
31. Kamień Pomorski	326
32. Augustów	300
33. Długopole Zdrój	245
34. Piwniczna	220
35. Solec Zdrój	192
36. Czerniawa Zdrój	197
37. Przerzeczyn	181
38. Jedlina Zdrój	166
39. Wapienne	72
40. Swoszowice	65

Rozmieszczenie uzdrowisk w kraju

Rejon Nizinny	50 %
Rejon Sudecki	33 %
Rejon Karpacki	17 %

Zakłady przyrodolecznicze (samodzielne)

Zdolność usługowa wszystkich samodzielnych zakładów przyrodoleczniczych wynosi około 27 mln. miejsc rocznie. Ppu prowadzą 61 % zakładów przyrodoleczniczych.

Tabela 1. Hipsometria uzdrowisk

(według PN-91/Z-11000, Uzdrawiska. Podział, nazwy i określenia oraz wymagania ogólne)

Nizinne		Podgórskie		Górskie	
do 300 m n.p.m.		300-500 m n.p.m.		500-700 m n.p.m.	
Augustów	120-135	Cieplice Śl. Zdrój	350	Duszniki Zdrój	520-575
Busko Zdrój	220-250	Czerniawa Zdrój	480	Jedlina Zdrój	500
Ciechocinek	45-50	Długopole Zdrój	400	Krynica	650
Dźwirzyno	5	Iwonicz Zdrój	390-430	Łądek Zdrój	440-560
Goczałkowice	250-260	Kudowa Zdrój	380-400	Rabka	500-560
Horyniec	260	Łądek Zdrój	440-560	Świeradów Zdrój	490-550
Inowrocław	90-100	Muszyń	450-520	Wysowa	520-530
Kamień Pomorski	8-25	Piwniczna	300-500		
Kołobrzeg	2-5	Polanica Zdrój	380-410		
Konstancin	95-100	Polańczyk	440		
Międzyzdroje	2-25	Rymanów Zdrój	375-400		
Nałęczów	170-200	Szczawnica	435-520		
Połczyn Zdrój	80-100	Szczawno Zdrój	400-430		
Przerzeczn	240	Ustroń	340-450		
Solec Zdrój	180	Wapienne	400		
Swoszowice	250	Złockie	490		
Świnoujście	3	Żegiestów Zdrój	440-480		
Ustka	2-7				
Wieliczka	240-300				
Wieniec Zdrój	64				

Struktura leczonych w polskich uzdrowiskach w zależności od chorób:

schorzenia reumatyczne	39 %
schorzenia układu oddechowego	20 %
schorzenia układu krążenia	18 %
schorzenia układu trawiennego	10 %
schorzenia układu moczowo-płciowego	5 %
schorzenia przemiany materii	3 %
schorzenia dermatologiczne	1 %

5. Funkcjonowanie miejscowości uzdrowiskowej

Celem każdego uzdrowiska jest osiągnięcie produktu uzdrowiskowego (vide rozdz. 3), to jest uzyskiwanie dobrych wyników leczenia kuracjuszy. Ten ważny człon produktu uzdrowiskowego jest bardzo trudny do wyrażenia pieniężnego, a nawet jeżeli się to udaje w

wyniku żmudnych badań, to jest on rozproszony i ujawnia się w miejscach gdzie zamieszkuje stale dany kuracjusz, m.in. w zakładzie pracy kuracjusza.*

Na szczęście, istnieje też drugi człon produktu, który ujawnia się w całości w danym uzdrowisku i jest rezultatem sprzedaży usług przez sanatoria, pensjonaty, hotele uzdrowiskowe, zakłady przyrodolecznicze, pijalnie wód, zakłady gastronomiczne, kulturalne, rozrywkowe, turystyczne i wiele innych. Przykładowo, w uzdrowisku Fiuggi Terme, dużą część promenady zajmują antykwariaty prowadzące sprzedaż aukcyjną zabytków sztuki.

W wytworzeniu produktu uzdrowiskowego uczestniczą wszystkie podmioty uzdrowiskowe, ale pomyślne rezultaty zależą nie tylko od jakości sprzedawanych usług lecz też od istnienia odpowiedniej infrastruktury uzdrowiskowej ((vide rozdz. 4), którą zwykle buduje samorząd terytorialny gminy uzdrowiskowej z podatków wnoszonych przez podmioty.

Produkt uzdrowiskowy, w odróżnieniu na przykład od produktu turystycznego, jest skoncentrowany w gminie uzdrowiskowej i możliwy jest do osiągnięcia jedynie w rezultacie harmonijnego współdziałania właścicieli podmiotów gospodarczych w uzdrowisku i władz gminy uzdrowiskowej. Stworzenie ram prawnych dla tego współdziałania w prawie uzdrowiskowym natrafia na ogromne trudności i niektórzy obserwatorzy prac legislacyjnych stwierdzają, że jest to „kwadratura koła”. Praktyka w wielu krajach Europy Zachodniej zaprzecza jednak temu – na przykład w Niemczech rozumiany jest wspólny interes podmiotów i samorządu, jako podstawowy czynnik osiągania korzystnego produktu uzdrowiska.

6. Informacje statystyczne

Rocznik Statystyczny, wyd. GUS 1996 r., zawiera na stronie 270, w tabl. 14(344), pod tytułem „Lecznictwo uzdrowiskowe” (którą poniżej zamieszczamy wraz z przypisami wydawcy) następujące informacje statystyczne:

TABL. 14(344) „LECNICTWO UZDROWISKOWE”

WYSZCZEGÓLNIENIE	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
<i>b</i>								
Łóżka.....	42576	45459	41008	40164	38256	35413	34492	32220
w tym w szpitalach uzdrowiskowych <i>c</i>	9207	10318	11482	12338	12515	13869	13562	12465
Kuracjusze w tys.	817	793	695	664	646	655	641	650
w tym w sanat. uzdr. ...	423	478	404	386	311	286	270	258
w szpitalach uzdr. <i>c</i>	108	121	137	149	152	169	170	159

a Łącznie z resortami obrony narodowej i spraw wewnętrznych

b Przeciętna liczba łóżek czynnych w ciągu roku

c Do 1990 r. dane dotyczą państwowych przedsiębiorstw uzdrowiskowych.

Dodatkowo, wydaje się konieczne następujące naświetlenie zawartych danych:

Ilość łóżek (jak domyślam się) obejmuje wszystkie istniejące w polskich uzdrowiskach, a więc też zakładowe i związkowe. Zwraca uwagę, że w latach 1980 – 1995 spadła ona o ponad 10 tysięcy. Zapewne pominięto w statystyce te obiekty, w których

* Prace nad wyliczaniem ekonomicznych rezultatów leczenia uzdrowiskowego prowadzone były przez Komisję Ekonomiczną FITEC i zostały opublikowane w wydawnictwie: Charvat J., Kocab B. Wirtschaftliche Bewertung der Bäderbehandlung, Praha, 1970.

Ministerstwo Zdrowia przestało lokować kuracjuszy z środków budżetowych. Fizycznie biorąc te obiekty nadal istnieją.

Z analizowanych danych wynika, że w roku 1995 ilość leczonych w sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych spadła do 418 tysięcy, tymczasem w rubryce „Kuracjusze w tys.” podano liczbę 650 tys. – skąd ta różnica?

Domyslam się, że różnica wiąże się z tym, iż rubryka „Kuracjusze w tys.” obejmuje też leczenie ambulatoryjne w uzdrowiskach (tzw. leczenie otwarte). Dane zawarte w tabeli nie wydają się ściśle, gdyż na przykład w roku 1986 istniało ponad 46 tysięcy łóżek sanatoryjnych („Ocena wykorzystania uzdrowisk”. W-wa, lipiec 1998), publikacja Min. Zdrowia i Op. Społ., Nacz. Insp. Lecz. Uzdr.).

Wątpliwości budzi rzetelność podanych informacji, nie mówiąc już o walorach użytkowych, z powodu niewystarczających parametrów objętych statystyką.

W pierwszym rzędzie nie wystarcza statystyka oparta o ilość leczonych, gdyż obecnie istnieją nie tylko turnusy 24-dniowe ale także 14-dniowe a ponadto w leczeniu pełnopłatnym w ogóle odstępiono od pojęcia turnusu.

W przyszłości należy się opierać na ilości kuracjuszy przebywających co najmniej 4 doby oraz średnim czasie pobytu. Ponadto, konieczne jest uporządkowanie nazewnictwa bazy łóżkowej oraz wprowadzenie jednolitej klasyfikacji.

7. Zdrojownictwo – turystyka

Pierwszym prezesem Związku Uzdrawisk Polskich w latach międzywojennych był wójt gminy Zakopane Medard Kozłowski. W latach powojennych, gdy odwiercono w Zakopanem znakomitą wodę termalną, próba uruchomienia sektora uzdrawiskowego upadła, gdyż gospodarze Zakopanego obawiali się, że wpłynęłoby to niekorzystnie na jego funkcje turystyczną i sportową. Resort Zdrowia, rozwijając na dużą skalę lecznictwo uzdrawiskowe, traktował miejscowości uzdrawiskowe jako lecznice zamknięte dla turystyki.

Ten pogląd wymaga skorygowania w obecnych warunkach rynkowych i konieczne jest otwarcie miejscowości uzdrawiskowych także dla inwestycji turystycznych, przy respektowaniu określonych reguł zagospodarowania szczegółowego.

Aktualna sieć naszych uzdrawisk, licząca około 50 miejscowości, posiada ponad 50 tysięcy łóżek sanatoryjnych. Standard hotelowy tych obiektów ulega stałej poprawie, zaczynają dominować pokoje z łazienkami.

W przypadku wejścia w życie ustawy o obowiązkowych ubezpieczeniach, ze środków instytucji ubezpieczeniowych opłacane będą jedynie kuracje w szpitalach uzdrawiskowych, to jest ok. 20 % zasobów, zaś leczenie sanatoryjne finansowane będzie jedynie w niewielkim zakresie, ograniczonym do refundacji kosztów dwóch zabiegów dziennie oraz opieki lekarskiej i wątpliwe jest czy znajdzie się dostateczna ilość chętnych do zapelnienia blisko 40 tysięcy łóżek. Tak więc względy ekonomiczne wskazują na potrzebę poszukiwania różnych rozwiązań, wśród nich rozwoju turystyki wypoczynkowej, rekreacyjnej i zdrowotnej.

Należy oczekiwać, że gminy uzdrawiskowe zainteresowane też będą rozwojem tych form turystyki.

Sieć kilkudziesięciu uzdrawisk oznacza równocześnie istnienie tej samej ilości atrakcyjnych miejscowości, posiadających parki, pijalnię wód – niektóre posiadają kąpieliska. Uzdrawiska są bardzo atrakcyjne dla turystyki rekreacyjnej, oczywiście odpowiednio stymulowanej.

Z rozwojem turystyki w Polsce należy powiązać powstanie uzdrawisk klimatycznych (patrz roz. 5, 6), które wzbogaciłyby ogromnie atrakcyjność turystyczną Polski.

Piśmiennictwo

1. Kalmus P., Miejsce i rola lecznictwa uzdrowiskowego we współczesnej medycynie. VI Kongres Uzdrowisk Polskich w Polańczyku, 1997 r.
2. Korczyński L., Szkic rozwoju zdrojownictwa i uzdrowisk. Schleyer W. Bäder und Badeanstalten. Lipsk 1909.
3. Kowalenko H., Dzieje balneologii polskiej w XVI i XVII wieku, z. 26 Seria B. Studia i materiały z dziejów nauki polskiej, PWN 1975
4. Kuźnicka B., Zeszyt 31. Z dziejów polskiej balneochemii farmaceutycznej, PAN – Inst. Historii, PWN W-wa 1984
5. Kucharski M., Szymak M., Złoża torfów leczniczych w Polsce. Warszawa, 1993, wyd. Min. Zdr. i Op. Sp. oraz „Balneoprojekt”.
6. Madeyski A., Uzdrowiska polskie w latach 1997 – 2000. VI Kongres Uzdrowisk Polskich w Polańczyku, 1997.
7. Madeyski A., Wybrane zagadnienia uzdrowisk. Suplement za lata 1980 – 1990 do książki autora pt. „Podstawy inżynierii uzdrowiskowej”, Arkady, 1979.
8. Madeyski A., Polska Norma PN-91/Z-11000 Uzdrowiska. Podział, nazwy, określenia i wymagania ogólne.
9. Madeyski A., Słownik biograficzny techników polskich, z. 2 Warszawa 1992, NOT – Biografia O. Nadolskiego.
10. Paczyński B., Płochniewski Z., Wody mineralne i lecznicze Polski, Warszawa, 1996, Państw. Inst. Geol.
11. Ponikowska I., Medycyna uzdrowiskowa – istota, rola i kierunki działania. Informator Uzdrowisk Polskich, wyd. IV, 1997.
12. Min. Ochr. Środ., Zasobów Nat. i Leśnictwa. Prawo geologiczne i górnicze cz. I i II, Warszawa 1994.
13. Ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym (Dz.U. nr 23 z dnia 23 czerwca 1966 r. poz. 150).
14. Zbiór Norm z zakresu zdrojownictwa (z dnia 1 lipca 1981 r.) Warszawa, 1981, Wyd. ZUP, Centr. Ośr. Inf. Uzdr.
15. Richtlinien über die Preisgestaltung der Kurverwaltungen einschliesslich Begriffsbestimmungen über Heilquellen, Bäder und Kurorte. Nach dem Stand vom 1 Januar 1939.
16. Richtlinien und Mindestanforderungen an Schweizer Badekurorte in planerischen und technischen Belangen, 1982.
17. Kommentar der Begriffsbestimmungen für Kurorte, Erholungsorte und Heilbrunnen (mit Text der Begriffsbestimmungen in der Fassung vom 30 Juni 1979).
18. Begriffsbestimmungen für Kurorte, Erholungsorte und Heilbrunnen. Deutscher Bäderverband, 1991.

MARIA NAPIÓRKOWSKA-GZULA

USŁUGI LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO JAKO ELEMENT ROZWOJU PRODUKTU TURYSTYCZNEGO

1. W Polsce, lecznictwo uzdrowiskowe jest integralną częścią opieki zdrowotnej, stąd też egzystencja i rozwój polskich uzdrowisk uzależnione są od ich miejsca w krajowym systemie opieki zdrowotnej.
2. W ustawie o uzdrowiskach i leczeniu uzdrowiskowym wskazuje się na dwie funkcje uzdrowisk: lecznictwo uzdrowiskowe oraz turystyka i wypoczynek. W obecnych warunkach te dwie funkcje mają sprzyjające warunki rozwoju. Uzdrowiska zlokalizowane są w najpiękniejszych regionach kraju, posiadają doskonałe warunki klimatyczne, bogate złoża naturalnych tworzyw leczniczych, dysponują liczącą się bazą hotelarską, gastronomiczną, rozrywkową, rekreacyjną i leczniczą oraz dobrą opieką medyczną.

Powyższe przesłanki wskazują na możliwość połączenia oferty leczniczej z produktem turystycznym. Można tu odnieść się do szeroko rozpowszechnianych w świecie doświadczeń, uwzględniających różnorakie scenariusze pobytu kuracyjnego: od tradycyjnych, poprzez kuracje oparte na rozwiązaniach akcentujących w programach pobytu sprawność fizyczną i estetykę ciała, poprzez takie, które czerpią z ogromnego bogactwa turystyki zdrowotnej, aż po określone formy tzw. medycyny alternatywnej, opartej na metodach naturalnych.

Nasze uzdrowiska, po podwyższeniu standardu usług i rozbudowie infrastruktury kulturalno-rozrywkowej, mają szansę włączyć się do międzynarodowego rynku turystyki zdrowotnej.

3. Turystyka już dzisiaj jest modelowym sektorem gospodarki. Jest dziedziną o dużym potencjale rozwojowym i mogącą w znaczący sposób przyczynić się do ożywienia wielu gmin uzdrowiskowych.

Jako ważna dziedzina gospodarki państwa przynosi wymierne efekty gospodarcze oraz realizuje określone społeczne cele, do których można zaliczyć:

- edukację i wychowanie przez turystykę - jako istotny element turystyki zdrowotnej,
- podniesienie standardu życia i zdrowia poprzez wzrost uczestnictwa ludności w aktywnych formach turystyki, promowanie turystyki jako stylu życia, w tym kształtowanie pożądanых wychowawczo wzorów zagospodarowania czasu wolnego, szczególnie wśród dzieci i młodzieży.

Dynamikę zachodzących w turystyce procesów ilustrują następujące dane:

- liczba przyjazdów cudzoziemców do Polski:
 - * 1990 r. - 18,2 mln osób,
 - * 1992 r. - 49,0 mln osób,

- * 1994 r. - 74,2 mln osób,
- * 1997 r. - 87,4 mln osób,
- wpływy dewizowe od cudzoziemców:
 - * 1990 r. - 1,0 mld USD,
 - * 1992 r. - 4,1 mld USD,
 - * 1994 r. - 6,1 mld USD,
 - * 1997 r. - 8,4 mld USD,

Usługi lecznictwa uzdrowiskowego powinny być liczącym się elementem polskiego produktu turystycznego. Usługi uzdrowiskowe na świecie zdobywają coraz większy udział w ogólnej wartości sprzedaży usług turystycznych. Nie ulega wątpliwości, że także Polska ma w tej dziedzinie duże możliwości.

Strategia rozwoju krajowego produktu turystycznego wyodrębnia 5 markowych produktów turystycznych Polski:

- * turystyka biznesowa,
- * turystyka miejska i kulturowa,
- * turystyka aktywna, rekreacyjna i specjalistyczna,
- * turystyka wiejska,
- * turystyka tranzytowa i przygraniczna.

Nadanie statusu markowego danemu produktowi zakłada zapewnienie jego wysokiej jakości, właściwego wizerunku i dostosowanie do potrzeb sektora rynkowego.

- Dla realizacji zadań związanych z tworzeniem, rozwojem i promocją produktów markowych powołano „instytucję menedżera marki”.

Jednym z podstawowych zadań menedżera marki jest pozyskanie do współpracy wszystkich zainteresowanych partnerów (przemysł turystyczny, uzdrowiska, władze i struktury lokalne), którzy mają wspólny interes w rozwoju produktu markowego.

Tworzenie silnych polskich marek turystycznych to najskuteczniejszy sposób promowania Polski, jako kraju atrakcyjnego dla turystyki zagranicznej i krajowej.

Dostrzegając dużą rolę uzdrowisk w wypełnieniu zadań z zakresu profilaktyki zdrowotnej, rehabilitacji, turystyki i wypoczynku - usługi lecznictwa uzdrowiskowego, zgodnie z przyjętą strategią rozwoju produktu turystycznego, winny być istotnym elementem produktu markowego - turystyki aktywnej, rekreacyjnej i specjalistycznej.

- 4. Pojęcie „gmina uzdrowiskowa” jest prawnym odbiciem rzeczywistości. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie terytorialnym (Dz. U. Nr 16, poz. 95 wraz ze zmianami) w art. 38 przewiduje wydanie aktów określających odrębności ustrojowe gmin, wykonujących zadania o szczególnym charakterze.

Jako przykład takiej gminy ustawodawca wymienia gminę uzdrowiskową.

W Polsce istnieje około 40 gmin uzdrowiskowych, pomimo, że nie ma dla nich odrębnych uregulowań ustrojowych.

- 5. Przeobrażenie funkcjonowania uzdrowisk w kierunku gospodarki rynkowej wymaga podjęcia działań ukierunkowanych na ekonomikę, podwyższenie standardu usług uzdrowiskowych oraz marketing.

Podstawową sprawą są zmiany w sferze prawno-organizacyjnego funkcjonowania uzdrowisk. W nowej ustawowej regulacji oczekuje się kompleksowych rozwiązań w tym obszarze, spójnego systemu regulującego sprawy lecznictwa uzdrowiskowego, ubezpieczeń zdrowotnych i samorządu terytorialnego.

Bardzo ważną kwestią jest właściwe ułożenie współpracy a także podziału kompetencji między organami administracji rządowej i władzą lokalną w zakresie wspomagania systemu uzdrowiskowego. Pomoc państwa, w ograniczonym zakresie udzielana uzdrowiskom, musi być wsparta środkami budżetu samorządowego. To zaś jest uzależnione od możliwości finansowych władz terytorialnych oraz pozycji uzdrowiska w gminie - pozycji mierzonej w kategoriach ekonomicznych a więc jego aktywności i atrakcyjności.

Zagadnienie marketingu i promocji jest sprawą zasadniczą z punktu widzenia przyszłej egzystencji uzdrowisk. Uzdrowiska polskie, poza nielicznymi wyjątkami, odbiegają standardem usług od uzdrowisk czeskich, słowackich, węgierskich i kurortów zachodniej Europy.

Urząd Kultury Fizycznej i Turystyki widzi potrzebę uatrakcyjnienia oferty i intensywniejszego wejścia na rynki: krajowy i zagraniczny.

Produkt uzdrowiskowy powinien być agresywniej promowany na imprezach targowych krajowych i zagranicznych.

Przekształcenia własnościowe są szansą na poprawę sprawności zarządzania uzdrowiskami.

Należy jednakże mieć na uwadze, że są to procesy bardzo skomplikowane i nie jest możliwe zrealizowanie tego programu w krótkim czasie.

Obecnie, działalność leczniczą w uzdrowiskach prowadzą liczne jednostki organizacyjne o zróżnicowanej strukturze prawnej. Są to osoby prawne, państwowe jednostki organizacyjne, prowadzone w formie jednostek budżetowych, oraz osoby fizyczne. Dominują państwowe przedsiębiorstwa uzdrowiskowe, zarządzane centralnie.

W uzdrowiskach działa wiele podmiotów gospodarczych, które prowadzą różnorodną działalność. Jest to działalność: lecznicza, gastronomiczna, turystyczna, rekreacyjna, sportowa ale też rolnicza i produkcyjna. Dla właściwej współpracy podmiotów działających w uzdrowisku niezbędne jest przekonanie, że działalność uzdrowiskowa nie może istnieć bez komplementarnych usług turystycznych, rekreacyjnych, sportowych, rozrywkowych. Stąd też usługi lecznictwa uzdrowiskowego powinny być traktowane jako element produktu turystycznego.

6. Realizowane prace legislacyjne nad systemowymi rozwiązaniami finansowania gmin, tworzeniem samorządu na szczeblu powiatu oraz nową konstrukcją prawa uzdrowiskowego powinny wpłynąć na zwiększenie roli samorządu i określenie właściwego miejsca w podziale zadań i odpowiedzialności w sferze publicznej, w tym również w zakresie gospodarki turystycznej.

PIOTR DYBOWSKI

RYNEK USŁUG UZDROWISKOWYCH W POLSCE W ROKU 1997 I PRZYPUSZCZALNE EWOLUCJE W LATACH NASTĘPNYCH.

1. Rynek usług uzdrowiskowych w Polsce w roku 1997

Na początku referatu chciałbym podziękować naszym urzędnikom ze sfery budżetowej; w szczególności z Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej oraz ZUS-u. Ich dotychczasowe tajemnicze odpowiedzi i ilości udzielanych informacji pozwalałyby wnioskować, że uzdrowiska w Polsce pełnią ważną funkcję strategiczno-obronną, a nakłady przeznaczone na ten cel idą w miliardy dolarów. Niestety rzeczywistość jest odmienna.

Rok 1997 był kolejnym rokiem podupadania i niszczenia tkanki uzdrowiskowej w kraju. Brak jakiegokolwiek zinterpretowanej i perspektywicznej polityki Ministerstwa Zdrowia prowadzi powoli i nieuchronnie do upadku lecznictwa sanatoryjnego. Cyfry jakie przedstawię są szacunkowe, ale, moim zdaniem, generalnie dość wiernie oddają sytuację w uzdrowiskach. Niestety, statystyka uzdrowiskowa nie istnieje, a pozyskiwane informacje – nawet z roczników GUS – bywają sprzeczne. Zestawienia jakie podaję są wynikiem tworzonych przeze mnie zestawień na podstawie czasem zbyt skromnych informacji. W Polsce, sieć uzdrowisk składa się z 43 uzdrowisk – formalnie. Nieformalnie (uwzględniając uzdrowiska np. klimatyczne) liczba ta dochodzi do 65. Istnieje ok. 400 obiektów sanatoryjnych i szpitali uzdrowiskowych. Dysponują one 44 tys. miejsc. Pozwala to na przeprowadzenie w ciągu roku 650 tys. kuracji 24 i 14 dniowych. Największą grupę stanowią obiekty należące do PPU – dysponują ok. 48 % miejsc. Do związków zawodowych należy ok. 20 % miejsc, zakładów pracy – 20 %. Sanatoria resortowe: MSW, PKP, MON ok. 10 %. Niewielką część stanowią sanatoria przekształcone w spółki pracownicze, wydzierżawiane, bądź sprywatyzowane.

W 1997 r. najważniejszym partnerem uzdrowisk pozostało Ministerstwo Zdrowia. Tak być powinno. Jednakże obecny system skłaniania sanatoria do apatii i bierności. Dofinansowanie działalności istnieje niezależnie od efektywności. Finansowanie pobytów leczniczych poza PPU, zdecydowanie poniżej kosztów, ma dwa istotne negatywne aspekty.

1. Niepotrzebnie antagonizuje środowisko (z racji charakteru uzdrowisk i tak niezbyt liczne).
2. Stawiając ekonomię lecznictwa uzdrowiskowego na głowie uniemożliwia sprawne funkcjonowanie całej branży.

W 1997 r. powoli rozwijały się segmenty rynku uzdrowiskowego, niezależnie od Ministerstwa. Najważniejszą grupę stanowili klienci pełnopłatni – ok. 10 % klientów w skali

kraju, w tym cudzoziemcy. Jest to ekonomicznie najbardziej pożądana grupa, zmuszająca sanatoria do zmiany swego stosunku do klienta.

Z racji wielkości dotacji drugim, bardzo ważnym „klientem” stała się PFRON. PFRON, oferując istotne ekonomicznie dotacje i kontrolując coraz częściej jakość wykonywanych usług, powoli skłania sanatoria do większego wysiłku organizacyjnego i rozwoju jakości wykonywanych usług.

W kolejności ZUS i KRUS to na razie dość specyficzni „klienci”, kierujący swoje dotacje w sposób ściśle ukierunkowany. Np. KRUS realizuje swoje zadania tylko w ośrodkach należących do KRUS.

Należy oczywiście wspomnieć o kursach, konferencjach, zielonych szkołach i koloniach itp. będących również ważnym czynnikiem.

Poniżej przedstawiam szacunkowe zestawienie ilości kuracji przeprowadzonych przez powyższych partnerów, dla uzdrowisk w Polsce w 1997 r.

	Ilość kuracjuszy	długość kuracji	ilość osobodni
Ministerstwo Zdrowia	354 tys.	24 dni	8,5 mln
PFRON	132,5 tys. ok. 40 % w sanatoriach 53 tys.	14 dni	0,74 mln
KRUS	12 tys.	21 dni	0,25 mln
ZUS	20 tys.	24 dni	0,48 mln
Pełnopłatni	<u>120 tys.</u>	10 dni	<u>1,20 mln</u>
	459 tys.		11,17 mln

W Polsce istnieje 44 tys. łóżek x 340 osobodni/rocznie to daje cyfrę 14,96 mln – osobodni przy 100 % obłożeniu.

W statystycznym sanatorium obłożenie wynosi

11,17 mln

14,96 mln = 74 %

Kalkulacja statystycznego (!!)

Klienci „ministerialni”

	Dopłata Ministerialna	Z dopłatą kuracjusza	Ilość szacunkowa kuracjuszy	Śr. osobodzień
Poza PPU	22,-	25,-	120 tys.	35,-
PPU	38,70	40,-	235 TYS.	

Kalkulacja statystyczna sanatorium wygląda następująco:

	Szacunkowe obłożenie w skali roku		Średni koszt osobodnia	
Ministerstwo	56 %	x	35	
PFRON	5 %	x	46	
KRUS	1,6 %	x	47	śr. osobodzień
ZUS	3,2 %	x	45	38,60
Pełnopłatni	8 %	x	55	
	<u>73,8 %</u>			

Sanatorium - 150 miejsc – średnie obłożenie 74 % - 111 miejsc obłożonych-średnia cena osobodnia 38,60.

28 dni/m-c - wpływy miesięczne: 119.968,80

Przykładowe koszty funkcjonowania sanatorium ze 150 łózkami (przy obłożeniu 74% - miesięcznie)

Zatrudnienie 5 osób, pensja brutto 700 + ZUS	66.885,-
Zużycie solanki, borowiny itp.	3.000,-
Tzw. wsad do kotła (6 zł/osobę)	20.000,-
Energia, opał	25.000,-
Czynsz, podatek od nieruchomości	10.000,-
Reklama	5.000,-
Amortyzacja – 20 lat	8.000,-
Telefony, koszty biurowe	5.000,-
Zakup wyposażenia, drobne remonty	10.000,-
Wywóz śmieci	1.000,-
Zasiłki socjalne, świadczenia itp.	3.000,-
	156.855,-

Dalsze funkcjonowanie statystycznego sanatorium w Polsce w 1997 r. mogło być możliwe tylko dzięki istotnej rezygnacji z jakości świadczonych usług (niższe pensje pracownicze, „chłodne pokoje”, słabsze jedzenie, mniej zabiegów, niemalowane ściany, itp.). Jakie wnioski można wyprowadzić na podstawie powyższych zestawień ?

1. Wniosek podstawowy: sytuacja ekonomiczna sanatoriów jest zła. Przy stosunkowo dużym tzw. „obłożeniu” brak możliwości realnego rozwoju – uwarunkowanego deficytem i stratami. Przy takiej cenie nie nastąpi gwałtowne bankructwo



- uzdrowisk w Polsce – następuje powolne i nieuchronne ich podupadanie. Poglębiają się zaległości modernizacyjne i inwestycyjne.
2. Najważniejszy klient uzdrowisk: Ministerstwo Zdrowia dotąd nie robi nic aby poprawić sytuację. Trwa nienormalny podział na obiekty należące do PPU i do niego nie należące. O przyznawaniu refundacji za osobodzień nie decyduje jakość usług, bazy i stosunek do pacjenta, ale przynależność do odpowiedniej szuflady.
3. Klienci tzw. „ministerialni”, dopłacający do 24 dniowego turnusu kwoty wahające się między 30 a 100 zł, wpłacając symboliczne pieniądze, poniekąd sami są odpowiedzialni za niską jakość usług.
4. Bardzo ważną grupą klientów stali się, w kolejności: pełnopłatni, PFRON, ZUS i KRUS – szczególnie pełnopłatni i PFRON. Bez ich udziału w 1997 r. wiele ośrodków zostałoby zamkniętych.
5. Powyższe wyniki są statystyczne, uśrednione. Fakt, że nieliczna grupa sanatoriów radzi sobie dobrze, nawet się rozwija, nie zmienia ogólnego obrazu.
6. Przez ostatnie pięć lat faktycznie stale zmniejszają się nakłady budżetu państwa na sanatoria.
7. Ilość łóżek w uzdrowiskach generalnie nie zmienia się; wolno następują zmiany strukturalne; część obiektów jest dzierżawiona, zmieniana w spółki pracownicze, prywatyzowana.

2. Przypuszczalne ewolucje usług uzdrowiskowych w latach następnych

Jakie zmiany nastąpią najprawdopodobniej w najbliższym roku, dwóch, w przypadku omawianych grup klientów uzdrowisk?

„Ministerialni” – ich ilość prawdopodobnie w 1998 r. niewiele się zmniejszy, a faktyczna stawka osobodnia ponownie spadnie o parę procent. PFRON i KRUS pozostanie na podobnym poziomie. ZUS prawdopodobnie wykaże tendencję rozwojową. Najbardziej obiecującą grupą są klienci pełnopłatni. Przy umiejętnym marketingu i promocji prozdrowotnych walorów uzdrowisk ta grupa jest największą szansą wszystkich sanatoriów. W tym miejscu trzeba podkreślić znaczenie rozwoju wszelkich form turystyki realizowanej w oparciu o uzdrowiska: wypoczynkowej, rekreacyjnej i zdrowotnej. Kołobrzeg i Krynica Górka są tego najlepszym przykładem.

Taka szacunkowa analiza rynku usług uzdrowiskowych nie nastraja optymistycznie. Ogromnym problemem jest fakt braku perspektyw, nie istnieje program zmiany trybu funkcjonowania uzdrowisk, który pobudziłby je do aktywnego działania.

Dodatkowo, ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wprowadza istotną innowację dotyczącą sposobu finansowania skierowań tzw. „ministerialnych”. Przewiduje ona, że z dniem 1 stycznia 1999 r. (już za rok!) koszty kuracji pokrywane przez budżet państwa obejmować będą jedynie koszty zabiegów przyrodoleczniczych i opieki lekarskiej.

Art. 48 pkt 2 „ubezpieczony ponosi koszty zakwaterowania i wyżywienia w sanatorium uzdrowiskowym”.

Wprowadzenie zwiększonej opłaty „własnej” przez kuracjuszy „ministerialnych” jest konieczne, ale realizacja powyższego postulatu zgodnie z ustawą, paradoksalnie doprowadzi niejedno sanatorium na skraj upadłości. Proponowana odpłatność jest zbyt duża. Koszty wyżywienia i zakwaterowania stanowią ponad 50% ogólnych kosztów leczenia sanatoryjnego. Automatycznie, taki ruch drastycznie zredukuje ilość potencjalnych kuracjuszy – przy średniej emeryturze netto rzędu 500 zł - niewielu będzie stać na jej wydatkowanie na pobyt sanatoryjny.

Te wszystkie pesymistyczne prognozy oczywiście nie muszą się sprawdzić. Chciałbym przedstawić kilka prostych mechanizmów, których wprowadzenie powinno pobudzić podmioty gospodarcze, jakimi są sanatoria, do działania.

Aby taka wersja była możliwa, konieczna jest reorganizacja trybu finansowania lecznictwa uzdrowiskowego z budżetu państwa, pod egidą Ministerstwa Zdrowia. W tym miejscu trzeba zaznaczyć, że bez udziału budżetu funkcjonowanie uzdrowisk nie jest możliwe.

1. Należy zlikwidować wielotorowość dofinansowania podmiotów uzdrowiskowych – wpływy ze świadczonych usług powinny być podstawą egzystencji, a nie dotacje.
2. Nie jest istotny podział na PPU i inne podmioty uzdrowiskowe. Ważna powinna być jakość świadczonych usług.
3. Ministerstwo Zdrowia winno spełniać rolę instytucji kontrolującej jakość usług, ale to kuracjusz powinien mieć prawo decydowania o miejscu leczenia. Tryb refundacji pobytu kuracjusza w uzdrowisku jest drugorzędny.
4. Konieczne jest zwiększenie odpłatności za pobyt w uzdrowisku przez klientów Ministerstwa, ale w takiej wysokości, która nie zablokuje dostępu do sanatoriów potrzebującym. Może być to powiązane z wysokością emerytury, pensji, itp.
5. Refundowany koszt osobodnia, wraz z wpłatą własną kuracjuszy, powinien pozwalać na prawdziwą amortyzację i rozwój przedsiębiorstwa. Tak, aby kuracjusz miał poczucie, że „płaci i wymaga”, a personel sanatorium nie traktował go jak obywatela II kategorii.
6. Konieczne byłoby stworzenie teoretycznego modelu sanatorium dla celów refundacji i rozliczeń. Taki model powinien zawierać tzw. „koszyk leczenia uzdrowiskowego”, jasno i precyzyjnie określający parametry poszczególnych składników leczenia sanatoryjnego.

Np. w 100% kosztów kuracji określenie odpowiednio składników:

zakwaterowanie	30%
wyżywienie	25%
zabiegi	30%
opieka lekarska	15%

Na dany rok ustalonoby konkretny koszt osobodnia - np. 60 zł – konieczny do późniejszych rozliczeń sanatorium z Ministerstwem (czy też kuracjusza z Ministerstwem, albo organizatora z Ministerstwem, itp.) oraz do ustalenia odpłatności własnej kuracjuszy. Np. za zabiegi 30% z 60 zł - tj. 18 zł - itd.

7. Infrastruktura uzdrowiskowa i opieka nad nią powinna być w gestii samorządu terytorialnego danej gminy uzdrowiskowej.
8. Konieczne jest współdziałanie wszystkich podmiotów gospodarczych danego uzdrowiska, celem aktywnej promocji własnej oferty.

Wprowadzenie tych lub innych „prorynkowych” reform powinno dać konkretne efekty.

Na przykład:

Kuracjusz w Polsce sam będzie mógł wybrać (korzystając z pomocy lekarza, przychodni, itd.) sanatorium i uzdrowisko, gdzie chce być leczony.

Sanatoria będą zmuszone działać na potrzeby rynku uzdrowiskowego i zgodnie z jego wymogami – w sposób samofinansujący. Nie spełnienie tych prostych warunków sprawi, że o ich realizację będzie się martwił już inny właściciel.

Każde uzdrowisko przekształci się w sprawnie zarządzane i dochodowe przedsiębiorstwo, oferujące dobry towar i dbające o jego odpowiednią oprawę (centralne recepcje, rzetelna informacja, reklama, miła obsługa, itd.).

TADEUSZ BURZYŃSKI

UZDROWISKA A MARKETING TURYSTYKI

Rozwój gospodarki polskiej po 1990 r. wymaga szeregu działań dostosowawczych do rynkowych reguł gospodarowania. Dodatkowym czynnikiem powodującym konieczność przyspieszenia tych działań jest międzynarodowa konkurencja, jaka występuje szczególnie na europejskim rynku turystycznym. Dlatego, bardzo ważnym staje się konieczność komercjalizacji i przekształceń w tych segmentach krajowej gospodarki turystycznej, które prowadzą działalność gospodarczą w całości lub w części poza rynkiem turystycznym. Do tych sektorów należy zaliczyć bazę noclegową będącą w gestii niektórych zakładów pracy, administracji publicznej, organizacji społeczno-politycznych oraz uzdrowisk. Sektorem o szczególnym znaczeniu dla polskiej gospodarki turystycznej są uzdrowiska. Aktualny stan rozwoju tego sektora można scharakteryzować w sposób następujący:

1. jest to sektor liczący się pod względem zasobów materialnych (ilość miejsc noclegowych i gastronomicznych, pomieszczenia oraz sprzęt zabiegowy i rekreacyjny, usługi uzupełniające) i kadrowych (medycznych i pozamedycznych),
2. posiada wieloletnie tradycje - o renomie międzynarodowej - w organizacji pobyków w uzdrowiskach polskich,
3. posiada kadrę o wysokim profesjonalizmie – doświadczenia medyczne i pozamedyczne,
4. istnieje bardzo znaczące zaangażowanie się władz lokalnych we wspomaganie infrastruktury uzdrowiskowej i turystycznej,
5. występują różnorodne właściwości lecznicze polskich uzdrowisk o znacznych walorach krajoznawczych i rekreacyjnych.

Po 1990 r. następują zmiany w systemie finansowania usług uzdrowiskowych w Polsce. Część zakładów sanatoryjnych, będąca w gestii głównie zakładów pracy, przestaje mieć zapewnione źródło finansowania świadczonych usług. Następuje pierwsza komercjalizacja działalności części zakładów sanatoryjnych. Tendencje w polskiej gospodarce świadczą, że kolejne zmiany organizacyjne i finansowe będą zmierzać do dalszego usamodzielniania się ekonomicznego publicznych zakładów uzdrowiskowych. Nastąpi zmiana systemu finansowania usług uzdrowiskowych, w powiązaniu z koniecznością prowadzenia działalności poprzez rynek turystyczny. Reformy te będą realizowane równolegle z reformą służby zdrowia i usług publicznych w Polsce. Ponadto, przekształcenia własnościowe powiązane z komercjalizacją działalności wśród właścicieli zakładów sanatoryjnych dodatkowo przyspieszą ten proces. Możliwe są również zmiany profilu działalności z sanatoryjnej na turystyczną czy szkoleniową (można zaliczyć tą działalność do kosztów uzyskania przychodów).

Reasumując, cały sektor świadczenia usług w uzdrowiskach polskich powinien już teraz zacząć przygotowywać się do uruchamiania takich instrumentów i mechanizmów jakie

stosuje się powszechnie w gospodarce rynkowej w usługach turystycznych. Dlatego, moim zdaniem, należy wprowadzić w życie następujące działania:

1. Dokonać powszechnej inwentaryzacji bazy materialnej, pod kątem jakości świadczonych usług. Inwentaryzacja powinna obejmować nie tylko możliwości świadczenia usług medycznych ale również pozamedycznych, które mogą być przedmiotem szerokiej działalności komercyjnej.
2. Włączyć uzdrowiska polskie do bazy danych Krajowego Systemu Informacji Turystycznej – INFOTUR 4 (Tourism Information System). Szeroka informacja o miejscowościach uzdrowiskowych oraz o podmiotach świadczących usługi sanatoryjne i turystyczne są, moim zdaniem, etapem wstępnym do dalszych działań marketingowych tego sektora gospodarki turystycznej. Na tym przykładzie widać wyraźnie wzajemne powiązania między działalnością medyczną uzdrowisk (jako motyw przyjazdu do Polski, regionu czy miejscowości) a turystyczną, kulturalną sportowo-rekreacyjną czy handlową. Dlatego, wspólnym interesem wszystkich podmiotów publicznych i prywatnych z danej miejscowości jest znaleźć się w bazach danych tego systemu informacji turystycznej.
3. Włączyć polskie uzdrowiska do drugiego członu Narodowego Systemu Rezerwacji i Dystrybucji Usług – a mianowicie rezerwacji hotelowej (Hotel Reservation System). Istotą tego członu systemu rezerwacyjnego jest możliwość dokonania rezerwacji usługi hotelowej (lub usług hotelowych świadczonych dodatkowo) wraz z wyborem sposobu zapłaty (poprzez biuro podróży, kartą kredytową, przelewem bankowym, zadatek a zapłata na miejscu),
4. Włączyć podmioty uzdrowiskowe do sieci dystrybucji usług turystycznych w Polsce i za granicą. Im szybciej usługi polskich uzdrowisk znajdą się w sieci sprzedaży w kraju i na świecie, tym będą większe możliwości sprzedaży ich usług a tym samym i rozwoju.
5. Wykorzystać Polskie Ośrodki Informacji Turystycznej za granicą do promocji i informacji o krajowych uzdrowiskach i ich możliwościach recepcyjnych, medycznych i paramedycznych. Dodatkowo, należy zaopatrzyć w materiały informacyjne:
 - Biura Radcy Handlowego,
 - zagraniczne ośrodki PLL LOT i innych przewoźników transportowych,
 - polskie placówki dyplomatyczne,
 - Instytuty Kultury Polskiej,
 - zagraniczne przedstawicielstwa polskich przedsiębiorstw handlu zagranicznego.
6. Zainteresować lokalne i regionalne Agencje Informacji i Promocji Turystyki działalnością uzdrowisk polskich. Szczególnie ważne jest to na obszarach z których rekrutują się potencjalni klienci turystyczni, uzdrowiskowi i biznesowi.
7. Opracować – w ramach strategii Rozwoju Krajowego Produktu Turystycznego – warunki wdrażania produktu uzdrowiskowego w ramach marketingu polskiej turystyki. Zdrowie - jako motyw uprawiania turystyki będzie się coraz bardziej rozszerzał. W tym należy upatrywać szansę rozwoju polskich uzdrowisk. Oddzielnym problemem i jednocześnie szansą polskich uzdrowisk jest ich wejście na rynek Unii Europejskiej. Wynika to z tego, że z chwilą gdy Polska zostanie członkiem Unii Europejskiej będzie można finansować z europejskich środków publicznych (ubezpieczeniowych) usługi uzdrowiskowe na terenie Polski. Biorąc pod uwagę poziom cen medycznych i pozamedycznych polskich uzdrowisk - wzrasta ich konkurencyjność.

8. Jednak aby konkurencyjność polskich uzdrowisk na europejskim rynku utrzymywała się, należy podnieść przede wszystkim poziom jakości usług, głównie bazy noclegowej i gastronomicznej. Do tego procesu należy przygotowywać się już dzisiaj.
9. Konieczne jest aby, przynajmniej pilotażowo, doprowadzić do uzyskania przez wybrane zakłady sanatoryjne certyfikatu jakości ISO 9000 oraz wybrane miejscowości uzdrowiskowe (np. Krynica) certyfikatu ISO 14 000. Uzyskanie tego certyfikatu świadczy nie tylko o spełnieniu wymogów jakościowych ale również ma wydźwięk marketingowy w kraju i na rynkach zagranicznych.
10. Rozszerzać w większym zakresie targi miejscowości uzdrowiskowych. Ponadto dążyć do tego aby na targach turystycznych znajdowały się stoiska promocyjne i handlowe polskich uzdrowisk (zagranicą wspólne, a w kraju według poszczególnych regionów Uzdrowiska mogą również promować się na krajowych targach turystycznych w ramach stoisk regionalnych (np. Małopolska, czy lokalnych np. Sądecczyzna, Krynica czy Rabka).
11. Oddzielnym problemem jest rozwój współpracy między uzdrowiskiem, zakładami sanatoryjno - uzdrowiskowymi a samorządem terytorialnym i samorządem gospodarczym. Współpraca ta jest podstawą do kompleksowego, zrównoważonego rozwoju obszarów i miejscowości. Skuteczny marketing miejscowości turystycznych czy uzdrowiskowych wymaga współpracy i wspólnych działań zewnętrznych.
12. Oprócz tradycyjnych instrumentów promocyjnych takich jak:
 - wydawnictwa, foldery, informatory katalogi,
 - udział w targach turystycznych krajowych i zagranicznych,
 - artykuły w pismach ogólnych i specjalistycznych,
 - organizowanie objazdów studyjnych dla dziennikarzy krajowych i zagranicznych,
 należy w większym zakresie stosować nowoczesne instrumenty promocyjne takie jak:
 - informacja w Internecie,
 - informacja na CD-ROM-ach,
 - reklama w mediach poprzez polityków i działaczy samorządowych,
 - prowadzenie badań marketingowych sektora uzdrowisk.
13. Bardzo ważnym problemem jest wypracowanie formuły organizacyjnej współpracy uzdrowisk w zakresie promocji zewnętrznej. Należy w tym celu powołać – wspólnie z organami samorządu terytorialnego – lokalną lub regionalną organizację, która profesjonalnie zajmie się problematyką informacji i promocji turystyki w tym i również uzdrowisk. Wśród źródeł finansowania tej organizacji powinny znaleźć się podmioty turystyczne i handlowe, które uzyskują dochody od turystów i podróżnych. Propozycja ta jest zbieżna z proponowanymi rozwiązaniami zawartymi w projekcie ustawy o utworzeniu Narodowej Organizacji Turystyki.

Uzdrowiska polskie znajdują się w początkowej fazie jeśli chodzi o marketing jaki jest stosowany powszechnie w światowej czy krajowej turystyce. Na intensywne oddziaływanie na popyt nakładają się problemy związane z jakością bazy materialnej a co za tym idzie jakość usług. O ile usługi medyczne w polskich uzdrowiskach świadczone są na najwyższym poziomie o tyle usługi pozamedyczne wymagają bardzo często gruntownej modernizacji.

Oddzielnym problemem jest atrakcyjność turystyczna, kulturalna, sportowa i rozrywkowa polskich uzdrowisk. Infrastruktura uzdrowiskowa raczej ograniczała tego typu atrakcje i usługi. Jednak zapotrzebowanie ze strony klientów usług uzdrowiskowych

wymagają rozwoju innych niż medyczne usługi. Ponadto tendencje światowe wskazują, że istnieje liczące się zapotrzebowanie na usługi uzdrowiskowe w ramach profilaktyki zdrowotnej. A ten rodzaj przyjezdnych wymaga różnorodnej infrastruktury. Ponadto, coraz częściej uwidacznia się w miejscowościach uzdrowiskowych jednocześnie występowanie turystów, sportowców, kuracjuszy. Takim przykładem może być Krynica.

Biorąc pod uwagę stan i perspektywy rozwoju uzdrowisk polskich należy stwierdzić, że oprócz działań modernizacyjnych bazy materialnej konieczne są różnorodne działania promocyjne. Jednak o sukcesie ekonomicznym rozwoju usług uzdrowiskowych zadecyduje niewątpliwie człowiek i jego kwalifikacje. W usługach medycznych sytuacja jest zdecydowanie dużo lepsza niż w usługach pozamedycznych. Konieczne są wprowadzenie pewne uzupełnienia usług medycznych o te usługi, które rozszerzają usługi profilaktyczne oraz rekreacyjne w uzdrowiskach, jednak jak się wydaje rynek i potrzeby człowieka wymuszają niejako wprowadzanie usług nowych, szczególnie z zakresu paramedycyny.

Największe działania organizacyjne i programowe powinny zostać, moim zdaniem, skierowane na podnoszenie i uzupełnienie kwalifikacji kadr zatrudnionych w organizacji i obsłudze gości i kuracjuszy. Centrum Edukacji Kadr Turystycznych Instytutu Turystyki Oddział w Krakowie rozpoczął przygotowania do prowadzenia szkoleń na szerszą skalę. W ramach środków pomocowych uzyskanych od Ministra Spraw Zagranicznych Republiki Włoskiej organizowane są, wspólnie ze Stowarzyszeniem AVSI w Mediolanie i w Polsce, szkolenia osób pracujących w turystyce. Obejmują one doskonalenie zawodowe osób pracujących w hotelach, biurach podróży oraz organach samorządu terytorialnego i administracji rządowej (centralnej i regionalnej). Ponadto w ramach tego projektu wykładowcy polscy związani z Instytutem Turystyki i Urzędem Kultury Fizycznej i Turystyki zostaną przeszkoleni przez wykładowców włoskich. Następnie rozszerzone zostaną szkolenia kadr pracujących w turystyce i innych dziedzinach gospodarki z nią związanych, w tym m.in. kultury, uzdrowisk, transportu turystycznego czy organizatorów imprez sportowych.

Dla potrzeb uzdrowisk w pierwszym rzędzie konieczne jest doskonalenie zawodowe kadr w następującym zakresie:

1. jakość obsługi ruchu turystycznego i podróżniczego, w tym głównie w ramach tzw. pierwszego kontaktu,
2. nowe techniki i technologie w turystyce, w tym m. in. system informacji turystycznej,
3. kultura obsługi w hotelarstwie i gastronomii,
4. efektywne zarządzanie obiektami turystycznymi.

ANDRZEJ MADEYSKI

PODSTAWOWE FORMY PROMOCJI POLSKICH UZDROWISK W WARUNKACH RYNKOWYCH

Wprowadzenie

Kryzys, brak środków budżetowych na opłacanie potrzeb opieki zdrowotnej, reforma w opiece zdrowotnej i nieuchronne ograniczenia świadczeń bezpłatnych zmuszają aby polski przemysł uzdrowiskowy dostosowywał się do reguł rynkowych. Jest to w istocie nowy nakaz, gdyż przez dziesiątki lat, po 1945 r., leczenie uzdrowiskowe opłacane było z budżetu i sanatoria nie odczuwały szczególnych kłopotów, przynajmniej jeżeli chodzi o pokrywanie bieżących wydatków. Obecnie, w warunkach rynkowych, należy liczyć się z powstaniem konkurencji i potrzebą pozyskiwania kuracjuszy. Wzrasta rola jakości usług uzdrowiskowych.

1. Rodzaje wydawnictw informacyjnych

Rozróżniamy następujące wydawnictwa promocyjne:

- informatory krajowe i regionalne o sieci uzdrowisk,
- informatory poszczególnych uzdrowisk,
- informatory poszczególnych sanatoriów, pensjonatów, hoteli uzdrowiskowych,
- specjalne wydawnictwa uzdrowiskowe, monotematyczne.

2. Informatory krajowe i regionalne

Informatory krajowe i regionalne (o sieci uzdrowisk na danym obszarze) mają na celu ogólne informowanie społeczeństwa o uzdrowiskach i wyborze właściwych uzdrowisk, zależnie od potrzeb zdrowotnych. Są to wydawnictwa książkowe, kosztowne, zwane też almanachami, kalendarzami uzdrowiskowymi. Powinny one znajdować się w rękach lekarzy, którzy w coraz większym stopniu będą wpływać na wybór uzdrowiska dla swojego pacjenta.

Wydawnictwa te ponadto będą stopniowo rozszerzać wiedzę lekarzy o uzdrowiskach, gdyż w czasie studiów medycznych nie uczy się o lecznictwie uzdrowiskowym.

3. Informatory o poszczególnych uzdrowiskach

Informatory o poszczególnych uzdrowiskach zawierają pełne informacje o danym uzdrowisku. Ich treść powinna obejmować: opis uzdrowiska, obszar, hipsometrię, klimat, wskazania lecznicze, poparte wnioskami z badań klinicznych, opis zagospodarowania miejscowości, warunki komunikacyjne, istniejące zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego, charakterystyki naturalnych tworzyw leczniczych, stosowane zabiegi lecznicze, z wyeksponowaniem specjalności zabiegowych uzdrowiska.

W informatorze uzdrowiska powinna być wymieniona imiennie, z tytułami zawodowymi, grupa kierownicza oraz ordynatorzy sanatoriów.

Niezbędny jest też wykaz imienny lekarzy uzdrowiskowych.

Każde uzdrowisko ma zapewniać dobrą obsługę swoich kuracjuszy i to może zagwarantować jedynie konkretny zespół ludzi.

Konieczne jest wyeksponowanie kontaktów uzdrowiska z akademiami medycznymi, z zaznaczeniem nazwisk profesorów ośrodków badawczych i osiągnięć w tym zakresie. Ważnym składnikiem omawianego informatora powinien być wykaz sanatoriów, pensjonatów, hoteli uzdrowiskowych, z podaniem ich standardów oraz cen. Zwykle ten wykaz stanowi wkładkę do wydawnictwa.

4. Informatory sanatoriów, pensjonatów, hoteli

Powinny one zawierać dokładne opisy obiektów, zwłaszcza pokoi, ich standard, usytuowanie jadalni, opis komunikacji pionowej, rodzaj opieki lekarskiej, czy zapewniona jest dieta, istnienie kawiarni, urządzeń rekreacyjnych, komunikacja zewnętrzna i odległości do zakładów zabiegowych. Ważne jest podanie, czy na miejscu wykonywane są zabiegi lecznicze, czy jest basen kąpielowy, itd.

Do tego typów folderów należy też zaliczyć wydawnictwa, na przykład przedsiębiorstw uzdrowiskowych, które w danym uzdrowisku prowadzą więcej obiektów. W tym przypadku, każdy z obiektów powinien być opisany oddzielnie.

5. Informatory monotematyczne

Oprócz wydawnictw ogólnych o uzdrowiskach lub o sanatoriach i klinikach, potrzebne są też informatory monotematyczne, to jest poświęcone wybranym zagadnieniom uzdrowisk, np.:

- wydawnictwa medyczne związane ze stosowanymi w uzdrowisku programami leczenia. Zawierają one pełne lub skrócone raporty o wynikach leczenia w danym uzdrowisku, zwłaszcza opartych o stosowanie miejscowych środków leczniczych, to jest wód mineralnych, peloidów, klimatu miejscowego. Publikacje te powinny być starannie gromadzone przez zarząd uzdrowiska, powielane i grupowane w

teczkach stanowiących dokumentację kliniczną uzdrowiska. W każdym z naszych uzdrowisk znajduje się wiele takich prac wykonywanych przez miejscowych lekarzy, często przy współpracy z profesorami klinik, placówkami naukowymi. Mogą to być zbiory prac oryginalnych lub zbiory streszczeń, opracowane popularnie dla kuracjuszy,

- wydawnictwa poświęcone lokalnemu klimatowi uzdrowiska, z opisem jego działania leczniczego. Są to opracowania bardzo ważne dla praktyki uzdrowiskowej, gdyż pozwalają na określenie wskazań i przeciwwskazań leczniczych z uwagi na działanie bioklimatyczne,
- wydawnictwa historyczne o powstaniu uzdrowiska i jego wybitnych twórcach, lekarzach, mieszkańcach, działaczach, o rozwoju uzdrowiska. Uzdrowiska były w wielu przypadkach miejscami ważnych zdarzeń historycznych np.: kongresów, zjazdów monarchów. Uzdrowiska były też miejscami, w których pisarze tworzyli ważne dzieła, chociażby wymienić Henryka Sienkiewicza, który fragmenty „Potopu” pisał w pięknej Szczawnicy. Opisane powinny być zabytki, jak też posiadane zbiory muzealne. Każde uzdrowisko powinno posiadać swoją monografię historyczną,
- wydawnictwa o posiadanych naturalnych tworzywach leczniczych, warunkach ich występowania (hydrogeologii) oraz o sposobach ich użytkowania w zakładach przyrodoleczniczych, o rezerwatach przyrody, faunie i florze,
- wydawnictwa inne, np. o wychowaniu zdrowotnym, o sposobach porzucania palenia, itp.

6. Wskazówki dotyczące treści wydawnictw informacyjnych

Każde wydawnictwo powinno mieć swoje cechy indywidualne, związane z autorami i charakterem danego uzdrowiska lub danej firmy. Zbędne są więc schematy. Wydawnictwa powinny być co do treści wyczerpujące i z tą myślą podano poniższe wskazówki.

7. Materiały pomocnicze do opracowania treści wydawnictw

- a) Polska Norma PN-90/Z-11000 „Uzdrowiska. Podział, nazwy i określenia oraz wymagania ogólne”.
W oparciu o tę normę można prawidłowo określić nazwę uzdrowiska – z uwagi na położenie hipsometryczne oraz typ – zależnie od posiadanych czynników leczniczych. Norma ta może być pomocna w stosowaniu właściwych pojęć dla zakładów i urządzeń leczniczych.
- b) Norma dotycząca „klasyfikacji wód leczniczych” – celem właściwego nazywania wód występujących w uzdrowisku.
- c) Norma o „uzdrowiskowych zabiegach leczniczych” zawierająca nazwy i określenia potrzebne w opisach postępowania leczniczego uzdrowiska.
- d) Norma dotycząca „produktów uzdrowiskowych”, to jest wód butelkowanych, soli leczniczych, itd.
- e) Źródłem ważnych informacji są resortowe akty prawne (Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Ministerstwa Ochrony Środowiska, Zasobów Naturalnych

i Leśnictwa), dotyczące uznania wód za lecznicze, uznania złóż borowin za lecznicze, ustalenia wskazań leczniczych dla poszczególnych uzdrowisk.

8. Standardowe treści informatorów

Lecznictwo uzdrowiskowe ma kompleksowy charakter i ważnym jest uwzględnienie w wydawnictwach informacyjnych wszystkich czynników, które składają się na proces leczenia uzdrowiskowego. Z myślą o tym podaję poniżej wykaz problematyki, który może być ułatwieniem dla autorów poszczególnych wydawnictw:

- pełna nazwa uzdrowiska wg polskiej normy,
- charakterystyka hipsometryczna,
- położenie miejscowości i mapka sytuacyjna,
- organizacja uzdrowiska,
- rodzaje posiadanych tworzyw leczniczych z analizami fizycznymi i chemicznymi,
- wskazania lecznicze, porównanie z renomowanymi uzdrowiskami zagranicznymi,
- ośrodki kliniczne i badawcze w uzdrowisku,
- charakterystyka bioklimatyczna uzdrowiska,
- wykaz sanatoriów, hoteli i pensjonatów,
- opis zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego,
- specjalności lecznicze uzdrowiska,
- szczególne osiągnięcia lecznicze uzdrowiska,
- życie kulturalne w uzdrowisku, kalendarz imprez,
- parki uzdrowiskowe, urządzenia sportowe i rekreacyjne, mapka z siecią dróg spacerowych (terenoterapeutycznych),
- atrakcje turystyczne okolicy,
- handel, gastronomia,
- rys historyczny uzdrowiska, muzea, zabytki,
- asortyment produkcji zdrojowej: wody butelkowane lecznicze, naturalne wody mineralne, sole lecznicze, itd.,
- wykaz lekarzy ordynujących w uzdrowisku,
- adresy i różne informacje,
- wykaz najważniejszych wydawnictw o uzdrowisku,
- warunki komunikacyjne.

9. Jakość wydawnictw

Wydawnictwa trafiają do całego społeczeństwa i powinny być napisane językiem zrozumiałym dla wszystkich. Unikać należy makaronizmów w rodzaju „nasz kurort” skoro język polski dysponuje pięknym słowem uzdrowisko – słowem określającym miejscowość, w której się uzdrowia.

Wydawałoby się truizmem przypomnienie o konieczności podawania w wydawnictwach jedynie rzetelnych i prawdziwych danych. A jednak zdarzają się przypadki, że podawane są informacje o wodach mineralnych, które nie istnieją w danym uzdrowisku.

Już szereg lat temu, w jednym z uzdrowisk, wydrukowano przewodnik w języku niemieckim podając, że zakład przyrodoleczniczy został wyposażony w najnowsze urządzenia zabiegowe firmy berlińskiej, która została zniszczona wcześniej, w czasie wojny.

Nie można nazywać uzdrowiskiem borowinowym uzdrowiska stosującego jedynie pastowania borowinowe. Mija się z celem pokazywanie w folderach fotografii masażu suchych lub zabiegów światłoleczniczych i elektronicznych, gdyż nie stanowią one specyficznych zabiegów dla lecznictwa w uzdrowiskach i na ogół nie są uznawane przez zakłady ubezpieczeniowe.

W ostatnich czasach, w uzdrowiskach panoszą się fatalne nawyki propagowania zabiegów parauzdrowskich, należących do tzw. medycyny naturalnej. Taka informacja w folderach oceniana jest przez fachowych czytelników jako dowód wypaczonego poziomu lecznictwa i wpływać może ujemnie na frekwencję.

W informatorach należy rygorystycznie podawać jedynie wiadomości zgodne z europejskimi poglądami na lecznictwo uzdrowskie. Zły informator może przynieść jedynie szkodę uzdrowskiemu.

Informacje dotyczące standardu hotelowego powinny być szczegółowe i precyzyjne. Trzeba rozróżniać ceny pokoi z łazienką wyposażoną w wannę, umywalkę i miskę klozetową od pokoju posiadającego łazienkę z umywalką, natryskiem i miską klozetową.

Zamieszczane analizy fizyczno-chemiczne powinny koniecznie zawierać nazwę laboratorium oraz nazwisko jego kierownika. Należy powoływać się na wypowiedzi pracowników nauki, profesorów.

Pamiętać należy aby tekst nie był różny od rzeczywistości uzdrowskiego, na przykład w odniesieniu do ładu, higieny, itp.

10. Dokumentacja informacyjna uzdrowskiego

Uzdrowska zagraniczne dysponują zbiorami wydawnictw o swoim uzdrowsku, które zebrane w teczce stanowią dokumentację informacyjną (reklamową) o uzdrowsku.

Podstawowe elementy takiej dokumentacji stanowią:

- folder ogólny o uzdrowsku,
- folder sanatoryjno-hotelowy z cenami, zależnie od standardu i położenia obiektu,
- odbitki prac medycznych na temat profilu leczniczego uzdrowskiego i rezultatów w tym zakresie,
- wykaz podstawowego piśmiennictwa.

Zależnie od zainteresowań odbiorcy tej dokumentacji, dodaje się do niej wydawnictwa monotematyczne, omówione wcześniej.

Dokumentacja taka wysyłana jest zainteresowanym bezpłatnie a ponadto doręczana lekarzom poza uzdrowskami.

BOGUSŁAW KWARCIAK

PROMOCJA UZDROWISK: REKLAMA CZY MIESZANKA PROMOCYJNA?

Reklama jest najłatwiej zauważalną i najbardziej efektywną częścią działań marketingowych. Dlatego to zazwyczaj jej przypisuje się sukcesy rynkowe i wręcz magiczne właściwości, patrząc jedynie na przysłowiowy wierzchołek góry lodowej. Na przykład w "Wiedzy i Życiu" - piśmie o aspiracjach naukowych - można przeczytać: "Po kilkunastu miesiącach reklamy sprzedaż Kamy wzrosła z 200 do 4500 ton rocznie"¹. Autorka tekstu dokonała bardzo niebezpiecznego uproszczenia. Całkowicie pominęła marketingowe fundamenty rynkowej rywalizacji: stworzenie produktu, zarządzanie marką, wyznaczenie właściwej ceny, zbudowanie sieci dystrybucji, a także sprzedaż osobistą, promocję sprzedaży i public relations. Takie podejście stawia reklamę w zupełnie fałszywym świetle.

Niestety, z podobnie uproszczonymi opiniami spotykamy się w Polsce na co dzień. Dlatego warto jasno powiedzieć, czym reklama na pewno nie jest. To właśnie nierealistyczne oczekiwania wobec niej prowadzą często do błędnego podziału budżetu promocyjnego, a co gorsze **blokują myślenie w kategoriach szerszych - mieszanki promocyjne**.

1. Reklama nie jest skuteczna w oderwaniu od marketingu

W latach pięćdziesiątych agencje reklamowe w USA przeżyły prawdziwy szok. Zaczęli się w nich pojawiać specjaliści od marketingu. Zostali powitani złośliwymi komentarzami. Słynna Shirley Polykoff, na przykład, twierdziła, że nowi pracownicy wnieśli w życie agencji "monumentalną nudę" (Fox, 1984, s. 182). Zjadliwy komentarz wygłosił też Walter Weir: "Nikt jeszcze nie odniósł sukcesu w tworzeniu reklamy, posyłając do publikacji raport z badań [rynku]" (Fox, j.w.).

Te ironiczne i wrogie reakcje nie dziwią. Reklamę tradycyjnie uważano przede wszystkim za wytwór geniuszu artystycznego. "Monumentalna nuda" jednak została szybko zaakceptowana. Okazało się bowiem, że analizy marketingowe znacznie zwiększają skuteczność walki o klienta, a jednocześnie chronią od niebezpiecznych błędów.

Historycznie rzecz biorąc, reklamę można uprawiać niezależnie od marketingu. Istnieją jednak co najmniej dwa powody dla których nie warto tego robić:

- 1). Opieranie się w reklamie na intuicyjnym obrazie rynku jest zawodne. Mamy na to wiele dowodów. Na przykład, Stephen Hoch zbadał, w jakim stopniu amerykańscy studenci MBA, menadżerowie zajmujący się marketingiem i specjaliści od badań

¹ I. J. Nurkowska: Czym smarować? "Wiedza i Życie", wrzesień 1996.

rynku są w stanie przewidzieć na podstawie wcześniejszych osobistych doświadczeń oczekiwania amerykańskich konsumentów. Okazało się, że wszystkie wymienione grupy osób zawodowo doświadczonych popełniały poważne błędy w swoich ocenach (Hoch, 1988).

Z kolei przykład z polskiego rynku uświadamia, jak bardzo zaskakujące mogą być zachowania klienta. Z początkiem lat dziewięćdziesiątych przeprowadzono na jednym z naszych lokalnych rynków badania marek szamponów kupowanych przez kobiety. Okazało się, że cechą najbardziej wpływającą na wybór tego produktu, oprócz znanej marki zachodniej, była... duża średnica otworu w butelce, umożliwiającą uzupełnienie zawartości tańszym polskim szamponem.

Pamiętajmy jednocześnie, że współczesna firma rzadko kiedy ogranicza swoją aktywność do najbliższego jej terytorialnie rynku. Przeważnie działa na dużym obszarze, także za granicą, co poważnie zwiększa ryzyko błędu opisanego przez Hocha.

- 2). Najskuteczniej i najtaniej promuje się produkt, który ma nie tylko atrakcyjne, ale również całkowicie unikalne cechy. Praca agencji reklamowej powinna zacząć się na etapie jego projektowania i dlatego jest nieodzownym uzupełnieniem pozostałych działań marketingowych. Dla produktu trzeba znaleźć taką unikalną własność lub własności, które nadawałyby się na podstawowy motyw reklamy. Nie jest to możliwe bez rozległej wiedzy marketingowej.

Warto podkreślić, że wpływ marketingu na reklamę bywa... zmienny. Kiedy nastaje era produktu - związana zazwyczaj z kryzysem ekonomicznym - kreatywność ma niskie notowania, a marketing wysokie. Bywają też epoki rozbuchanej kreatywności, podczas których marketerom trudno poskromić wyobraźnię dyrektorów kreatywnych. Dobrą ilustrację tego zjawiska stanowią wyniki prestiżowego konkursu reklamy Clio Awards z roku 1996. Wszystkie pierwsze nagrody zdobyły na nim agencje spoza USA, ponieważ ich amerykańscy konkurenci, po świeżo przebytej recesji, zmuszeni byli do stawiania celów marketingowych przed kreatywnymi.

2. Reklama nie może zwiększyć sprzedaży złego (mało konkurencyjnego) produktu

Producenci często ulegają złudzeniu, że reklama może dowolnie kształtować obraz produktów w świadomości klienta. Zwłaszcza jeśli wykorzystamy w niej zaawansowaną wiedzę psychologiczną. Jest to całkowicie błędne rozumowanie, o czym przekonała nas wielokrotnie praktyka². Na przykład przed laty usiłowano wprowadzić na rynek amerykański markę "bezdymnych" ("smokeless") papierosów Premier. Mimo silnego wsparcia reklamą i nawet początkowego entuzjazmu klientów, wyrób został odrzucony ze względu na swój okropny smak.

Produkty oceniane nisko przez klienta lub po prostu złe mogą wzbudzić pod wpływem promocji rynkowej tylko chwilowe zainteresowanie, które szybko osłabnie wskutek działania pięciu zasadniczych barier:

- **Bariera satysfakcji.** Konsument szuka zaspokojenia swoich potrzeb. Nic dziwnego, że gdy do tego nie dochodzi, bezceremonialnie odrzuca produkt. Jest to najprostsza walka z dysonansem poznawczym, który pojawia się jako silne

² Pomińmy etyczną stronę takich oczekiwań.

napięcie psychiczne, gdy człowiek napotka dwie sprzeczne informacje. Jedną mogą być duże nadzieje związane z produktem, drugą jego rzeczywista postać. Dysonans poznawczy może być silny nawet w przypadku tanich produktów codziennego użytku: na przykład, jeśli wygłodzony klient nie może - jak proponuje reklama - chociażby stłumić wilczego apetytu "pożywным batonikiem".

Amerykańskie Association of Advertising Agencies lapidarnie ujęło problem bariery związanej z satysfakcją w jednej ze swoich publikacji:

[...] odnosimy sukcesy, sprzedając dobre produkty, a porażki sprzedając złe. W końcu, satysfakcja konsumenta - albo jej brak - ma większą siłę niż narzędzia promocji rynkowej i pomysłowość razem wzięte (ANA, 1980).

- **Bariera łatwych alternatyw.** Silna konkurencja rynkowa pozwala odrzucić mało satysfakcjonujący produkt praktycznie bez żadnego ryzyka. Klient wie, że łatwo znajdzie coś innego, co bardziej go zadowoli. Ma możliwość dokonania wielu alternatywnych wyborów. Rynek kapitalistyczny wypełniony jest szczelnie produktami:

- 1). podobnymi do siebie,
- 2). wysokiej jakości,
- 3). zbliżonymi cenowo.

Dodatkową silną pokusę stwarza tendencja, a właściwie prawdziwy wyścig, we wprowadzaniu nowości rynkowych. Każdy dzień może przynieść coś nowego. I przynosi: pastę do zębów z mikrogranulkami (Signal), szampon z Glucasilem (Organics) czy walkmana o zmniejszonym poborze energii - oszczędzającego baterie (Sony). Z tej perspektywy produkty złe nie mają praktycznie żadnych szans na rynku, nawet przy intensywniej reklamie. Tym bardziej, że ich bardziej konkurencyjni rynkowi rywale są również intensywnie promowani.

Warto jednocześnie dodać, że reklama produktu, który nie satysfakcjonuje klientów z reguły zmniejsza popyt na niego, a więc prowadzi do "efektu bumerangowego". Na początku, zwiększając chwilowo liczbę kupujących, prowadzi do pojawienia się lawiny ostrzeżeń przekazywanych przez zawiedzionych konsumentów innym osobom. Jak wynika z badań Ford Motor Company, niezadowolony z zakupu klient dzieli się swoim doświadczeniem przeciętnie aż z dwudziestoma innymi osobami (podczas gdy klient zadowolony tylko ośmiu). Jest to, z psychologicznego punktu widzenia, typowa reakcja na dysonans poznawczy, a więc wyraźny rozdźwięk między oczekiwaniami i realnymi doświadczeniami.

- **Bariera odroczonej decyzji.** Nie zapominajmy, że konkurencja rynkowa to również system gwarancji. W ciągu ostatniej dekady w krajach zachodnich standardem stała się możliwość zwrotu produktu w ciągu trzydziestu dni od daty zakupu. System ten powoli pojawia się w Polsce, głównie za sprawą światowych koncernów, dla których stanowi gwarancję oczywistych praw konsumenta. Wielu producentów i sieci handlowych na Zachodzie gwarantuje nawet pozytywne odczucia - satysfakcję z zakupu. Klient ma więc prawo oddać produkt bez jakiegokolwiek uzasadnienia swojej decyzji. Znacznie zmniejsza to ryzyko popełnienia błędu w czasie zakupów, na przykład właśnie pod wpływem reklamy. W USA system "satisfaction guaranteed or your money back" (gwarantowana satysfakcja albo zwrot pieniędzy) działa naprawdę dobrze. Kupującego traktuje się tam z dużą tolerancją: w praktyce może zwrócić nawet produkty z wyraźnymi śladami użytkowania, nie mówiąc już o uszkodzonych opakowaniach.
- **Bariera dystrybucji.** Profesjonalnie zorganizowane sieci handlowe biorą aktywny udział w kształtowaniu rynku. W obronie swojej reputacji i dla poczucia

bezpieczeństwa u klienta eliminują nie tylko produkty, które nie spełniają ogólnie przyjętych standardów. Często w oparciu o własną politykę marketingową dokonują swoistej wtórnej promocji, wybierając i polecając tylko produkty, które spełniają bardzo wysokie wymagania.

- **Bariera testów konsumenckich.** W roku 1929 w USA F.J. Schlink założył "Consumer Bulletin", pierwsze pismo poświęcone w całości ocenie produktów. Obecnie, prasa konsumencka to w każdym kraju zachodnim dziesiątki tytułów. Ostatnio coraz popularniejsze stają się także komputerowe bazy danych z rankingiem produktów. Na przykład przed zakupem określonej marki samochodu można sprawdzić dane o częstotliwości i rodzajach jej napraw (repair record). Za niewielką opłatą klient ma więc szansę skonfrontowania realiów z informacją zawartą w reklamach.

Polska pozostaje daleko w tyle pod względem rozwoju ruchu konsumenckiego. Już jednak i w naszym kraju wiele pism regularnie publikuje testy produktów (na przykład "Twój Styl" czy "Dobre Rady").

Podsumowując, trzeba wyraźnie powiedzieć: zły produkt wymaga radykalnych korekt (albo zmiany na nowy) a nie reklamy. Inwestycje w jego reklamę są zwykłą stratą pieniędzy. Niestety, wniosek ten wcale nie wydaje się oczywisty wielu firmom. Na przykład FSO, w latach 1990-1996, intensywnie promowała Poloneza, wprowadzając do niego tylko niewielkie i powierzchowne zmiany konstrukcyjne. Dopiero po wejściu na Żerań koreańskiego koncernu Daewoo poddano ten samochód, w roku 1996, gruntownej przeróbce, koncentrując się na problemach bezpieczeństwa, co następnie zostało wykorzystane jako wątek promocyjny ("studniowy program naprawczy").

3. Reklama nie jest jedyną metodą promocji rynkowej produktu - czyli znaczenie mieszanki promocyjnej

Stawianie znaku równości między promocją rynkową i reklamą jest bardzo niebezpieczne, prowadzi bowiem do niewłaściwego wykorzystania wszystkich narzędzi aktywizacji rynku, z reklamą włącznie.

Termin "mieszanka promocyjna" (promotion mix) sam podpowiada, że skuteczna promocja rynkowa to mieszanie w odpowiedniej proporcji SPRZEDAŻY OSOBISTEJ, PROMOCJI SPRZEDAŻY, REKLAMY I PUBLIC RELATIONS. Rzadko kiedy można odpowiedzialnie zrezygnować z którejś z wymienionych form działania. A jeśli do tego dojdzie, decyzja musi być w pełni uzasadniona. Faktem jest, że najbardziej uniwersalnym i najtańszym składnikiem "mieszanki promocyjnej" jest reklama, ponieważ stanowi bezpośredni sposób przekazu informacji rynkowej, a jednocześnie najbardziej pojemny kanał komunikacji z klientem. W jej cieniu trudno docenić zalety pozostałych składników, chociaż mają ogromną wagę.

3.1. Sprzedaż osobista

Wydaje się ona czymś zwykłym i codziennym, dlatego bywa niedoceniana. Tymczasem, z psychologicznego punktu widzenia, bezpośredni kontakt z klientem pozwala wywierać na niego najsilniejszy wpływ, ponieważ:

1. umożliwia dopasowanie strategii sprzedaży do konkretnych potrzeb i typu osobowości konsumenta. Takie zindywidualizowane oddziaływanie jest

prawdziwym ideałem działań marketingowych, o czym świadczy dynamiczny rozwój różnych substytutów sprzedaży osobistej - na przykład direct mail;

2. sprzedawca może łatwo wywoływać u klienta właściwe stany emocjonalne, zwłaszcza jeśli jest wewnętrznie przekonany co do wartości produktu oferowanego przez siebie. Jak uczy psychologia, stany emocje są bardzo "zaraźliwe", zwłaszcza gdy potencjalny klient przeżywa gorączkowe podniecenie pod wpływem intensywnej promocji oferowanego mu produktu;
3. kontakt ze sprzedawcą często prowadzi do poczucia silnego zobowiązania. Po wstępnej agresji (jeśli dzwonek do drzwi - na przykład - przerwał kąpiel) klient zaczyna dostrzegać w zmęczonym akwizytorze cechy ludzkie, a po kilku chwilach nawet może go polubić. W sytuacjach mniej napiętych taka nić sympatii łatwo prowokuje do zakupu, co jest normalną kolejną rzeczą w stosunkach interpersonalnych;
4. sprzedaż osobista wyzwala silną chęć spróbowania produktu. Zwłaszcza, jeśli sprzedawca go pokazuje a na dodatek sam używa i poleca;
5. w bezpośrednich kontaktach z klientem możliwe jest wykorzystanie psychologicznych metod wpływania na zachowanie innych. Na przykład słynną technikę "stopa w drzwi", która polega na skłonieniu klienta do jakiegokolwiek pozytywnej reakcji (zaangażowania), na przykład do wpuszczenia sprzedawcy do przedpokoju albo dotknięcia produktu. Małe, wstępne "tak" szybko prowadzi do lawinowego wzrostu zainteresowania ofertą i zakupu;
6. dzięki sprzedaży osobistej producent przestaje być dla kupującego anonimowy i abstrakcyjny. Buduje to najsilniejszą emocjonalnie więź - opartą na kontaktach twarzą w twarz. Jej oddziaływanie wykracza daleko poza zwykłą, z reguły powierzchowną nić komunikacji z firmą poprzez reklamę.

Sprzedaż osobista, zarówno na poziomie wizyty przedstawicieli dyrekcji firmy u potencjalnego rynkowego partnera, jak i na poziomie sieci dystrybucji oraz domu klienta, w sposób szczególnie żywy i pełny kształtuje wizerunek producenta i produktu. Zwłaszcza jeśli sprzedawca zna nowoczesne techniki jej prowadzenia i jest dobrym negocjatorem. Niektóre firmy zachodnie prawie całkowicie na niej oparły swoje działania marketingowe, czego dobrym przykładem jest Amway albo producent słynnych odkurzaczy Rainbow.

Warto podkreślić, że istnieją dwie "zastępcze" formy sprzedaży osobistej, które formalnie zalicza się do reklamy. Jedną jest direct mail, czyli przesyłanie imiennych listownych ofert. Ostatnie lata przyniosły dynamiczny rozwój tej techniki kontaktów z klientami, ze względu na jej skuteczność i niskie koszty. Reklama bezpośrednia działa wprawdzie tylko w jedną stronę a mianowicie pozwala dopasować ofertę do najogólniejszych cech potencjalnego klienta (wszystko zależy od informacji zawartych w bazie danych), już to jednak wystarcza do znacznego zwiększenia precyzji w docieraniu do grupy docelowej.

Ostatnio pojawiła się jeszcze nowa możliwość - prawdziwi elektroniczni sprzedawcy, do tego wirtualni. Stają się nimi powoli - doskonałe z tygodnia na tydzień - programy sterujące reklamą w internetowej sieci WWW. Śledzą one drobiazgowo reakcje osób przemierzających cyberprzestrzeń a następnie na tej podstawie dobierają właściwe oferty³. Przedmiotem pomiaru są nie tylko zainteresowania potencjalnych klientów, ale także na przykład stopień ich impulsywności - mierzony czasem reakcji na różne typy promocji sprzedaży. Komercyjna odnoga sieci WWW wykonuje na każdym użytkowniku coś w rodzaju skróconego testu osobowości. Moim zdaniem, wyrafinowany program do takiego monitoringu może naprawdę dużo, zwłaszcza jeśli napiszą go specjaliści. Na pewno nie

³ Pamiętajmy, że sieć WWW ma strukturę hipertekstu. Poruszanie się po niej ma charakter skoków i wynika z indywidualnych wyborów. Właśnie wybór poszczególnych fragmentów witryn mówi bardzo wiele o cechach osobowości potencjalnego klienta.

zastąpi pełnego emocji kontaktu twarzą w twarz, niemniej jednak nieźle potrafi naśladować podstawowe zasady sprzedaży osobistej.

3.2. Promocja sprzedaży

Najszybszy i najsilniejszy wzrost sprzedaży można uzyskać proponując klientowi dodatkowe korzyści - niższą cenę produktu albo upominek. Reklama zawsze daje dużo gorsze wyniki w szybkim zwiększaniu popytu niż promocja sprzedaży. Rzadko kiedy zresztą używa się jej w tym celu. Wyjątkiem jest konieczność szybkiego pozbycia się zapasów produktu (na przykład sezonowego) i handel detaliczny. W normalnych sytuacjach reklama służy przede wszystkim celom długofalowym - tworzeniu świadomości marki, budowie lojalności wobec niej i edukacji klienta.

Warto jednocześnie dodać, że promocja sprzedaży ma istotne wady: może prowadzić do erozji marki, silnych wahań sprzedaży (klienci czekają na kolejną), a także nie zostawia trwałych śladów w świadomości klienta (Kall, 1995; Kwarciak, 1995).

Mimo tych poważnych problemów, kuszenie klientów korzyściami czysto materialnymi (jest to w gruncie rzeczy rozdawanie pieniędzy) stanowi często po prostu konieczność. Bez promocji sprzedaży trudno wyobrazić sobie wprowadzanie na rynek produktów nowatorskich. Klientowi w takich przypadkach nie wystarczą reklamowe opisy i zdjęcia. Często cytowanym przykładem na poparcie tej tezy są słynne żółte karteczki samoprzylepne koncernu 3M, których reklama nie była zdolna zainteresować amerykańskiego rynku. Popularność tego produktu rozpoczęła się dopiero, gdy zaczęto rozdawać jego próbki sekretarkom. W wielu sytuacjach klient musi po prostu spróbować produktu. Dlatego bez promocji sprzedaży trudno również wyobrazić sobie zainteresowanie rynku nowym smakiem czy zapachem.

3.3. Public Relations (PR)

To narzędzie promocji rynkowej przypomina wielki worek, do którego wrzucono wiele bardzo różnych działań: od wywiadów prasowych, poprzez wystawy, sponsoring, do filantropii. Najbardziej istotne w przypadku PR są jednak trzy momenty:

- 1). Nowoczesna firma nie może sobie pozwolić na brak przemyślanej i spójnej polityki wobec mediów. Konieczna jest nie tylko współpraca z nimi, ale także aktywna stymulacja zainteresowania ze strony środowiska dziennikarskiego. Płatne ogłoszenie przemawia zupełnie inaczej do klienta, niż na przykład nawet mała wzmianka napisana spontanicznie przez dziennikarza. Jak wykazały badania, przypomnienie sobie przez klienta reklamy danej firmy zwiększa jej stopień akceptacji tylko o 1%, podczas gdy pojawienie się informacji o tej samej firmie w regularnych serwisach podnosi ten stopień aż o 7% (R.M. Worcester, 1986, s. 606).
- 2). Firma nie może być obojętna wobec życia społecznego. Musi brać udział w rozwiązywaniu codziennych problemów życiowych. Tradycyjnymi obszarami działalności sponsorskiej jest wspieranie osób pokrzywdzonych przez los, edukacji, życia kulturalnego, sportu, badań naukowych, a od początku lat osiemdziesiątych ochrona środowiska.
- 3). PR są jedyną szansą ratunku w sytuacjach kryzysowych, jakie stwarza wypuszczenie na rynek partii złych czy niebezpiecznych wyrobów, zagrażająca środowisku naturalnemu awaria w zakładzie produkcyjnym czy napięcia w kontaktach ze związkami zawodowymi. Każda, a zwłaszcza większa firma powinna mieć gotowe scenariusze "kryzysowe", które mówią jak postępować w

takich przypadkach.

Bardzo ważne jest również zrozumienie, jak poszczególne składniki "mieszanki promocyjnej" przyczyniają się do osiągania podstawowych celów promocji rynkowej. Syntetyczne informacje na ten temat przedstawia tabela 1. W komentarzu do zawartych w niej informacji trzeba podkreślić, że istnieje wyraźna alternatywa wobec reklamy w przypadku rynkowego wizerunku firmy, który równie dobrze, a nawet w sposób bardziej wiarygodny można ukształtować za pomocą Public Relations. Podobnie, image produktu można stworzyć poprzez sprzedaż osobistą. Jednocześnie, promocja sprzedaży jest zdecydowanie lepszym wyborem, gdy istnieje potrzeba jej bardzo szybkiego zwiększenia. Zresztą alternatywy wobec reklamy pozwalają także uniknąć znudzenia nią. I wreszcie sprawa ostatnia - narzędzia promocji rynkowej tworzą pewien system, którego każdy element oferuje coś zdecydowanie odmiennego.

Tabela 1. Podstawowe możliwości narzędzi promocji rynkowej.

	Wzrost sprzedaży	Świadomość marki	Image produktu	Image firmy
Sprzedaż osobista	+	++ (mała skala)	+	+
Promocja sprzedaży	+++	0	+/-	+/-
Reklama	++	+++	+++	+++
Public Relations	0	0	+	+++

Objaśnienia oznaczeń:

+++ bardzo duża przydatność; ++ duża przydatność; + niewielka przydatność; 0 nieprzydatne;
- niebezpieczeństwo negatywnej reakcji klienta.

Na wybór składników "mieszanki promocyjnej" ma istotny wpływ wiele czynników. Pierwszym i najczęściej wymienianym jest **zaangażowanie w zakup**:

- w przypadku dóbr częstego zakupu największe efekty daje promocja sprzedaży, reklama i Public Relations, najmniejsze natomiast sprzedaż osobista,
- jeśli idzie o dobra trwałego użytku, rośnie natomiast waga sprzedaży osobistej, wpływ reklamy pozostaje niezmienny, a maleje oddziaływanie na klienta promocji sprzedaży i Public relations,
- najlepszą formą promocji surowców, materiałów, maszyn i urządzeń jest sprzedaż osobista (por. Kall, 1995).

Nie wolno jednak zapominać i o drugim czynniku - **stopniu znajomości produktu**. Nie ulega wątpliwości, że jeśli klient wie o nim mało, fundamentalną rolę gra reklama oraz zachęta do zakupu na próbę, w postaci promocji sprzedaży. W dojrzałej fazie rozwoju produktu kończy się waga przekazywania informacji. Można jedynie podtrzymywać u klientów świadomość marki. Na pierwszy plan wysuwa się wówczas promocja sprzedaży oraz Public Relations. To drugie narzędzie pozwala na uszlachetnienie wizerunku rynkowego produktu - związanie go na przykład z istotnymi wartościami kulturowymi. Optymalna strategia w tym przypadku sprowadza się do formuły:

REKLAMA PODTRZYMUJĄCA + CZĘSTE PROMOCJE SPRZEDAŻY
+ POGŁĘBIANIE ZAUFANIA SPOŁECZNEGO POPRZECZ PR

I wreszcie ostatnia z najważniejszych zmiennych - **wiek klienta**. Bez wątpienia największy wpływ na młodzież mają promocja sprzedaży i reklama. Bunt młodzieńczy i związane z nim kwestionowanie autorytetów prawie zupełnie niweluje sprzedaż osobistą, z wyjątkiem sytuacji, w których sprzedawca jest w tym samym wieku, co zdarza się w krajach zachodnich, a nawet bywa z rozmysłem wykorzystywane. Młodzież wykazuje natomiast ogromną podejrzliwość wobec działań PR. Dorośli wydają się jednakowo podatni na wszystkie metody promocji. Natomiast osoby w starszym wieku, w związku z problemami z pamięcią i uwagą a także zmianą sytuacji materialnej, reagują najsilniej na sprzedaż osobistą i promocję sprzedaży.

Opisane wyżej zależności syntetycznie przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Zastosowanie poszczególnych narzędzi promocji rynkowej (marketing mix) w zależności od najbardziej istotnych zmiennych.

		Sprzedaż osobista	Promocja sprzedaży	Reklama	Public Relations
Postawa wobec zakupu	Małe zaangażowanie	0	+++	++	0
	Duże zaangażowanie	+++	+	+++	0
Stopień znajomości wyrobu	Duży	+	+++	+	++
	Znikomy	+++	+	+++	0
Wiek konsumenta	Młodzież	+	+++	++	0
	Dorośli	+++	+++	+++	+++
	osoby starsze	+++	+++	+	+

Objaśnienia oznaczeń: +++ bardzo duża przydatność; ++ duża przydatność; + niewielka przydatność; 0 prawie nieprzydatne.

4. Mieszanka promocyjna w promocji uzdrowisk

Na koniec warto przedstawić specyficzne cechy mieszanki promocyjnej w przypadku turystyki, ze szczególnym uwzględnieniem promocji uzdrowisk. Nie ulega wątpliwości, że reklama nie jest w jej przypadku najważniejsza - największe efekty może przynieść sprzedaż osobista. Bezpośredni kontakt z klientem w wielu sytuacjach jest niezwykle pomocny czy wręcz konieczny, ponieważ każdy przypadek leczenia uzdrowiskowego ma charakter indywidualny. Drugim filarem *promotion mix* w przypadku uzdrowisk powinien być właściwie prowadzony PR, za pomocą którego należy dotrzeć nie tylko do potencjalnych klientów, ale także tak zwanych "klientów zastępczych" - lekarzy, pielęgniarek, a ogólniej - służby zdrowia. Media chętnie interesują się tą problematyką ze względu na jej wagę społeczną. Nie wolno również zapominać o promocji sprzedaży: odkąd w leczenie uzdrowiskowe wkroczyły zasady wolnego rynku, dawanie klientowi dodatkowych korzyści stało się koniecznością (na przykład zniżki, podwyższony standard zakwaterowania za zwykłą cenę, karta stałego klienta, darmowe atrakcyjne imprezy artystyczne). W strategii promocyjnej uzdrowisk reklama zdecydowanie schodzi na drugi plan, chociaż jest bez wątpienia także potrzebna. Podsumowanie mieszanki promocyjnej dla uzdrowisk przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Przykładowa mieszanka promocyjna dla typowego uzdrowiska.

Forma promocji	Procent budżetu promocyjnego
Sprzedaż osobista	30%
Promocja sprzedaży	20%
Reklama	20%
Public Relations	30%

Uwaga: procentowy udział poszczególnych rodzajów promocji rynkowej podano w przybliżeniu.

Strategia promocji rynkowej, w przypadku uzdrowisk, zdecydowanie różni się od działań promocyjnych, które należałoby podjąć w przypadku masowych produktów codziennego użytku. Dla kontrastu przedstawmy więc jeszcze *promotion mix* produktu codziennego - pasty do zębów.

Tabela 4. Przykładowa mieszanka promocyjna dla pasty do zębów.

Forma promocji	Procent budżetu promocyjnego
Sprzedaż osobista	0%
Promocja sprzedaży	20%
Reklama	70%
Public Relations	10%

Uwaga: procentowy udział poszczególnych rodzajów promocji rynkowej podano w przybliżeniu.

Prace cytowane

- Association of National Advertisers (1988): *The role of advertising in America*.
- Fox, S. (1984): *The mirror makers. A history of American advertising and its creators*. Vintage Books, New York.
- Hoch, S (1988): Who do we know: Predicting the interests and opinions of the American consumer. "Journal of Consumer Research", 15, December 1988.
- Kall, J. (1995): *Promocja sprzedaży, czyli jak sprzedać więcej*. Business Press, Warszawa.
- Kwarciak, B. (1997). *Co trzeba wiedzieć o reklamie*. Wydawnictwo PSB, Kraków.
- Worcester, R.M. (1986): Corporate image research. W: R.M. Worcester i J. Downham (eds.), *Consumer market research handbook*. London, McGraw-Hill.

ANDRZEJ MADEYSKI

STANDARDY UZDROWISKOWE A PROMOCJA

Lecznictwo uzdrowiskowe jest uznanym działem medycyny, ale też stanowi składnik przemysłu turystycznego. Leczenie uzdrowiskowe realizowane jest w postaci kuracji w zakładach przyrodoleczniczych, w których pacjenci przyjmują zabiegi lecznicze oparte na użytkowaniu naturalnych tworzyw leczniczych, to jest wód leczniczych, borowin lub gazów leczniczych. Równie ważnym składnikiem lecznictwa uzdrowiskowego jest przebywanie na terenie miejscowości uzdrowiskowej, w której istnieje lokalny klimat o cechach leczniczych.

Lecznictwo uzdrowiskowe różni się od lecznictwa szpitalnego prowadzonego w budynku szpitalnym (lecznictwo zamknięte).

Lecznictwo uzdrowiskowe nie jest tylko domeną lekarzy ale także klimatologów, urbanistów, inżynierów sanitarnych, balneotechników, hydrogeologów, ekonomistów, itd.

Uzdrowiska służą nie tylko osobom chorym, ale także tym, którzy chcą uchronić się przed utratą sprawności i zdolności do pracy, a to jest niezmiernie ważnym elementem działalności uzdrowisk i stanowi profilaktykę. Te funkcje profilaktyczne uzdrowisk są już bliskie funkcjom turystyki zdrowotnej.

Lecznictwo uzdrowiskowe, chcąc dorównać rozwojowi medycyny, stara się doskonalić swoje metody lecznicze (przez ścisłe określenie parametrów zabiegów przyrodoleczniczych) i dąży do podnoszenia standardu jakości leczenia uzdrowiskowego.

Potrzeba standardów ściśle wiąże się z oczekiwanymi decyzjami przystąpienia Polski do Unii Europejskiej i polega na dostosowaniu – w miarę możliwości – standardów polskich do obowiązujących dyrektyw lub standardów Unii Europejskiej.

W obecnej chwili opracowywanie standardów w postaci polskich norm koncentruje się w Polskim Komitecie Normalizacyjnym. Istnieje problemowa Komisja Normalizacyjna Uzdrowiskowa nr 260.

Sytuacja w dziedzinie normalizacyjnej jest trudna, gdyż parę lat temu reformując Polski Komitet Normalizacyjny, unieważniono w trybie administracyjnym normy branżowe. Stworzono sytuację bardzo skomplikowaną, gdyż w dawnych latach dominowały normy branżowe. Na przykład, w zakresie zdrojownictwa posiadamy ok. 50 norm branżowych i jedynie jedną normę polską (PN).

Równocześnie wprowadzono zasadę, że Polskie Normy to nie akty prawne obowiązujące lecz jedynie przykłady prawnych rozwiązań. Nie jest to ścisłe, gdyż wystarczyło dawniej aby w pracach uczestniczył delegat zainteresowanego resortu i wówczas, w trybie administracyjnym, w normach branżowych nanoszono klauzulę obowiązywania.

Ta niekorzystna sytuacja ma miejsce w chwili, gdy powinniśmy w pośpiechu uzupełniać brakujące standardy, nadrabiając zaległości tak, aby eliminować przeszkody, które wkrótce staną się głośne w czasie negocjacji dotyczących przystąpienia Polski do Unii Europejskiej. Koniecznością jest korzystanie z norm branżowych.

Standardy – ich rodzaje w zakresie uzdrowisk

W poszczególnych krajach standardy przyjmują różne nazwy, na przykład: norm, wytycznych, instrukcji, uchwał kongresowych. Ich cechą charakterystyczną jest precyzyjne określanie wymagań w określonej dziedzinie, często wąskotematycznej. Standardy stanowią wzorcowe wymagania, zwykle obowiązujące w danym środowisku. W warunkach uzdrowiskowych, na przykład w Polsce, ważną rolę odgrywają normy ustanawiane przez Polski Komitet Normalizacyjny, jak również przepisy resortowe. W Niemczech wytyczne ustanawia kolegiąlnie Niemiecki Związek Uzdrowisk – jego odpowiednikiem w Polsce jest Izba Gospodarcza „Uzdrowiska Polskie”.

Niektóre standardy uchwalane są przez kongresy, na przykład klasyfikację wód mineralnych uchwalił, na wniosek prof. Marii Szymytówniej, Kongres Balneologiczny w Łądku Zdroju, w roku 1954.

W Szwajcarii standardy opracowuje Związek Uzdrowisk Szwajcarskich.

Niektóre standardy w Niemczech ustanawiane są w postaci norm, na przykład dotyczące uzdatniania i obiegu wód basenowych i mają formę DIN – wód.

Minimalne wymagania dla uzdrowisk opracowane w Niemczech, w roku 1982, wraz z komentarzem były książką o objętości 217 stron, kolejne wydanie opracowane w roku 1991 ma formę już skróconą do 69 stron.

Zakres tematyczny standardów uzdrowiskowych

Standardy uzdrowiskowe obejmują, między innymi, następującą tematykę:

- zagadnienia podstawowe dotyczące nazewnictwa uzdrowisk, ich podziału i wymagań,
- ujęcia wód mineralnych i warunki eksploatacji,
- klasyfikację naturalnych tworzyw leczniczych, to jest wód leczniczych i peloidów (borowin),
- instalacje balneotechniczne,
- produkty uzdrowiskowe, to jest butelkowane wody lecznicze, naturalne wody mineralne, sole lecznicze itd.,
- zakres i metody badań fizyczno-chemicznych naturalnych tworzyw leczniczych,
- baseny kąpielowe lecznicze i rehabilitacyjne,
- uzdrowiskowe rozlewnie wód butelkowanych,
- wymagania dotyczące zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego,
- nazwy i określenia uzdrowiskowych zabiegów przyrodoleczniczych.

Zakres merytoryczny wyżej wymienionych tematów standardów obejmuje jedynie to co jest specyficzne dla uzdrowisk. Na przykład, naturalne wody mineralne rozlewane do butelek (opakowań jednostkowych) muszą odpowiadać wymaganiom jak dla wody do picia i na potrzeby gospodarcze, a ponadto wymaganiom specyficznym co do zawartości składników potencjalnie szkodliwych, metali ciężkich, poziomu promieniotwórczości, itd.

Standardy dotyczące leczniczych basenów kąpielowych zawierają wymagania związane z zachowaniem nie tylko właściwych warunków higienicznych ale też uchronienia wód leczniczych przed niepożądanymi zmianami cech tychże wód, np. utraty składników czynnych leczniczo.

Niektóre standardy mają znaczenie unikalne i podstawowe. W Polsce nie posiadamy ustawy o uzdrowiskach, dostosowanej do aktualnej sytuacji ustrojowej i gospodarczej. Zyskuje na znaczeniu Polska Norma PN-91/Z-11000 „Uzdrowiska. Podział, nazwy, określenia i wymagania ogólne”, która dokładnie określa zasady budowania nazw uzdrowisk, podział uzdrowisk oraz wymagania funkcjonalne i techniczne dla poszczególnych typów uzdrowisk. Norma ta pozwala też na określenie w jakim stopniu poszczególne uzdrowiska spełniają wymagania konieczne dla realizacji zadań leczniczych. Norma jest też pomocna w przygotowaniach do uzyskania statusu uzdrowiska przez miejscowości, które posiadają określone walory przyrodolecznicze.

Norma określająca nazwy i klasyfikację zabiegów przyrodoleczniczych użytkowana jest przy opracowaniu informatorów uzdrowiskowych i cenników.

W lecznictwie uzdrowiskowym ważną rolę odgrywa dwutlenek węgla, zaś jego ilość w wodzie powinna być kontrolowana w ujęciach wód szczawnych oraz w wannach, itp. W uzdrowiskach stosuje się specyficzną metodę pomiarową „Karat” i pomiar ten jest przedmiotem normy.

Wody lecznicze wydobywane w ujęciach płytkich lub głębokich podlegają zmianom, np. dotyczącym temperatury, mineralizacji, zawartości składników labilnych (CO_2 , H_2S , Rn) i konieczne jest ich obserwowanie. Czynności te są zawarte w normie dotyczącej obserwacji stacjonarnych.

Dwie ważne normy zawierają zasady eksploatacji naturalnych tworzyw leczniczych. Norma dotycząca instalacji dla wód leczniczych określa zasady budowy instalacji i przepływu wody tak, aby nie uległa zmianom większym aniżeli określone w normie. W normie dotyczącej instalacji borowinowych podano warunki techniczne dla instalacji wykluczające powtórne używanie tej samej borowiny do kolejnych zabiegów, jak również postępowanie z borowiną pozabiegową. Szereg norm dotyczy metod badań fizyczno-chemicznych wód oraz zakresu analiz różnego typu.

Przy opracowaniu wszystkich norm polskich przyjmowano zasadę aby w miarę możliwości były one zgodne z analogicznymi opracowaniami w Europie Zachodniej.

Zarządzanie przez jakość

Rozwój międzynarodowej współpracy gospodarczej wymusza podnoszenie jakości produktów i usług. Leży to w interesie konsumentów krajowych. W tym celu, w ostatnich latach, opracowana została seria międzynarodowych norm ISO-9000. Spełnienie wymagań zawartych w tych normach oznacza, że produkt, wyrób lub usługa odpowiadają standardom międzynarodowym, co ogromnie ułatwia transakcje międzynarodowe, gdyż zbędne stają się dochodzenia dotyczące sprawdzania jakości.

Wymagania norm ISO wymuszają szczegółową analizę procesów technologicznych (spisywanie ich elementów) oraz określają parametry produktów. W dziedzinie uzdrowisk starania o znak ISO dotyczyć mogą m.in. produktów uzdrowiskowych, butelkowanych naturalnych wód mineralnych ale również usług w hotelach uzdrowiskowych i innych funkcji leczniczych.

Starania o uzyskanie dokumentu zgodności z ISO stają się powszechne w Niemczech – dla wód mineralnych butelkowanych. W Polsce certyfikat ISO uzyskała, dla swoich wyrobów (butelek), Huta w Jarosławiu, zaś dla piwa m.in. „Piaśt”-browar we Wrocławiu. Uzdrowisko w Polanica rozpoczęło już prace w tym kierunku – dla swoich butelkowanych wód mineralnych.

Znaczenie standardów uzdrowiskowych w działalności promocyjnej

Istnienie standardów, zwłaszcza określających całość lub elementy produktu uzdrowiskowego, ułatwia zawieranie kontraktów z zakładami ubezpieczeniowymi, biurami podróży, na stałe przyjmowanie grup kuracjuszy. W pertraktacjach zagranicznych często pada pytanie, kierowane do strony polskiej, czy usługi uzdrowiskowe, a więc warunki hotelowe, zabiegi przyrodolecznicze, itd. odpowiadają standardom.

Istnienie standardów jest wyrazem rzetelności uzdrowiska oraz, że jest zdecydowane zapewnić goszczonemu kuracjuszowi to wszystko co określa standard.

Standardy są więc bardzo ważnym składnikiem oferty przedstawionej w ramach działalności promocyjnej.

Piśmiennictwo

1. Bagiński J., Zarządzanie przez jakość. Systemy jakości wg serii norm ISO 9000.
2. Błęszyński T., Z ISO 9000 pod rękę. Wyd. Alfa, Warszawa, 1994.
3. Kindlarski E., Bagiński J., Podstawy zarządzania przez jakość, Bellona, 1994.
4. Lincke G., Voraussetzungen für die Artbezeichnung und die notwendigen Kureinrichtungen für einen Heilklimatischen Kurort. H. – K., z. 12/80
5. Madeyski A., Wybrane zagadnienia uzdrowisk. Suplement za lata 1980 – 1990 do książki autora pt. „Podstawy inżynierii uzdrowiskowej”, Arkady, 1979.
6. Skorykow., Zarządzanie przez jakość. Procedury zapewnienia jakości. Wyd. Bellona, 1994.
7. Stefański K., Zarządzanie przez jakość w polskich przedsiębiorstwach, Bellona, 1993.
8. Stefański K., Zarządzanie przez jakość. Księga jakości, Bellona, 1994.
9. Zbiór Norm z zakresu zdrojownictwa (do dnia 1 lipca 1981.) Warszawa, 1981, Wyd. ZUP, Centr. Ośr. Inf. Uzdrowiskowej.
10. ABP. Przegląd oraz analiza aktualności zbioru norm z zakresu uzdrowisk, ocena porównawcza z normami zagranicznymi oraz program nowelizacji norm, 1991, maszynopis, autor Andrzej Madeyski.
11. Normy dotyczące zarządzania jakością i zapewnienia jakości, wyd. Alfa, 1993.
12. Normy dotyczące ogólnych kryteriów odnoszących się do akredytacji, badań i certyfikacji, Wyd. Alfa, 1993.
13. Richtlinien über die Preisgestaltung der Kurerwartungen einschliesslich Begriffsbestimmungen über Heilquellen, Bäder und Kurorte. Nach dem Stand vom 1 Januar 1939.
14. Richtlinien und Mindestanforderungen an Schweizer Badekurorte in planerischen und technischen Belangen, 1982.
15. Kommentar der Begriffsbestimmungen für Kurorte, Erholungsorte und Heilbrunnen (mit Text der Begriffsbestimmungen in der Fassung vom 30 Juni 1979).
16. Begriffsbestimmungen für Kurorte, Erholungsorte und Heilbrunnen. Deutscher Bäderverband, 1991.
17. Polska Norma PN-91/Z-11000 Uzdrowiska. Podział, nazwy, określenia i wymagania ogólne.

ANDRZEJ MADEYSKI

ZAGRANICZNA PROMOCJA POLSKICH UZDROWISK I PODSTAWOWA TERMINOLOGIA UZDROWISKOWA W JĘZYKACH: POLSKIM, NIEMIECKIM I FRANCUSKIM

Wprowadzenie

Zagraniczna promocja uzdrowisk ma znaczenie ekonomiczne przez pozyskiwanie kuracjuszy. Zwykle, kuracjusz zagraniczny wymaga bardzo starannej obsługi, dobrych warunków hotelarskich, jest wymagający odnośnie wyżywienia i wydawania zabiegów przyrodoleczniczych. Obsługa kuracjuszy zagranicznych łączy się z potrzebą znajomości języków obcych wśród lekarzy, pielęgniarzy, pracowników recepcji i zakładów żywienia. Kuracjusz zagraniczny najczęściej wymusza doskonalenie organizacji i poziomu obsługi, co sprzyja korzystnym ewolucjom uzdrowiska.

Promocja zagraniczna

Konieczne jest podanie w folderach krótkiej charakterystyki lokalnego klimatu, jak również wzmianki o warunkach ekologicznych, w tym zanieczyszczeń powietrza, ochrony przed hałasem.

Celowe są porównania z analogicznymi uzdrowiskami zagranicznymi. Zwracać należy uwagę na podawanie dokładnych informacji o występujących naturalnych tworzywach leczniczych oraz o stosowanych zabiegach przyrodoleczniczych. Błędem (niestety bardzo częstym) jest wymienianie na pierwszym miejscu zabiegów elektro- i światłoleczniczych, gdyż kuracjusz, zwłaszcza zachodni, dobrze wie, że nie ma sensu wydawanie pieniędzy na procedury dostępne w miejscu stałego zamieszkania. Warunki zakwaterowania należy opisywać dokładnie, bez stosowania pojęć które nic nie mówią, np. „że łazienki mają pełny węzeł sanitarny”.

Informacja o uzdrowisku musi być rzetelna. Nie mogą się znajdować w folderze niedokładności lub kłamliwe informacje.

Konieczna jest ostrożność w używaniu zwrotów, że uzdrowisko posiada obiekty lub urządzenia „unikalne w skali europejskiej”, gdyż zwykle jest to zwrot nieprawdziwy. W uzdrowiskach polskich „unikalnym urządzeń” mamy niewiele, i łatwo je wyliczyć: przyroda

w Szczawnicy, unikalne ujęcia wód mineralnych w Szczawnicy, Dworek Chopina w Dusznikach, krajobraz Augustowa i Żegiestowa, zabudowa centrum w Iwoniczu i Szczawnicy, piękne polskie plaże nadmorskie, położenie Polańczyka, komory lecznicze w Bochni i Wieliczce. Atrakcyjnych tężni solankowych jest wiele w Europie. Celowe są informacje o lekarzach uzdrowiskowych, ich kwalifikacjach, adresach itp.

Kuracjuszy zagranicznych interesują też informacje o atrakcjach turystycznych w rejonie uzdrowiska, pamiętając, że chodzi o obiekty wysokiej klasy. Pożądane są informacje o osobliwościach przyrodniczych w pobliżu uzdrowiska, np. o istniejących arboretach (Łądek, Przerzeczyn).

Terminologia

Nie należy uzdrowiska nazywać „miasteczkiem” skoro jest uzdrowiskiem (Kurort), lub zdrojowiskiem (Heilbad). Używana terminologia powinna być ścisła. Z myślą o tym, w załączniku do tej pracy podano podstawową terminologię uzdrowiskową w językach obcych, najczęściej używanych w branży uzdrowiskowej, to jest francuskim i niemieckim. Ograniczono się jedynie do haseł specjalistycznych, które nawet wytrawnym tłumaczom zwykle nie są znane. Użycie w folderach błędnych pojęć może być przyczyną zrezygnowania z wykupienia kuracji w naszym uzdrowisku.

Podstawowa terminologia uzdrowiskowa w językach polskim, niemieckim i francuskim

areozol	n. Areosol fr. aerosol
balneologia	n. Balneologie fr. balneologie
basen	n. Becken fr. piscine
basen kinezyterapeutyczny	n. Bewegungsbecken fr. piscine kinetothérapeutique
basen leczniczy	n. Therapeutischer Becken fr. piscine thérapeutique (piscine thermale)
basen motylkowy (basen Hubbarda)	n. Schmetterlingswanne (Hubbards Becken) fr. bassin-papillon (bassin de Hubbard)
basen rehabilitacyjny	n. Rehabilitationsbecken fr. piscine de reeducation
bicz szkocki	n. Schottische Dusche

(natrysk z katedry)	fr. douche generale au jet
borowina (torf leczniczy)	n. Moor ((Badetorf) fr. boue
brodzik leczniczy	n. Heiltrettbecken fr. pédiluve
ciepłolecznictwo	n. Wärmebehandlung fr. thermothérapie
ekshalacja	n. Exhalation fr. exhalation
fango	n. Fango fr. fango
gimnastyka lecznicza	n. Heilgymnastik fr. thermale gymnastique
gimnastyka rehabilitacyjna	n. Rehabilitationsgymnastik fr. rehabilitationsgymnastique
głębokie płukanie jelit	n. Darmspülung fr. goutte a goutte rectal
gmina uzdrowiskowa	n. Kurortgemeinde fr. commune de station thermale
hala spacerowa	n. Wanderhalle fr. colonnade
hotel uzdrowiskowy	n. Kurhotel fr. hotel thermal
inhalacja	n. Inhalation fr. inhalation
inhalacja celkowa	n. Zelleninhalation fr. inhalations en cellules
inhalacja pneumatyczna	n. pneumatische Inhalation fr. inhalations pneumatiques
inhalacja zbiorowa	n. Rauminhalationen fr. inhalations collectives

jonoforeza
(jontoforeza)

n. Iontophorse
fr. intophorese

katedra natryskowa

n. Duschkatheder
fr. tribune de douches

kąpiel borowinowa

n. Moorbad
fr. bain de boue

kąpiel borowinowa częściowa
(fason)

n. Teilmoorbad
fr. application locale de boue

kąpiel czterokomorowa

n. Vierkammerbad
fr. bain a quarte cellules

kąpiel elektryczno-wodna

n. Elektro-Galvanisches Bad
fr. bain hydro-électrique

kąpiel Hauffego (kąpiel częściowa o temperaturze stopniowanej)

n. Hauffisches Bad
fr. bain de Hauffe

kąpiel higieniczna

n. Hygienisches Bad
fr. bain hygienique

kąpiel lecznicza

n. Mineralbad
fr. bain mineral

kąpiel perełkowa

n. Perlbad
fr. bain bouillonnant

kąpiel tlenowa

n. Sauerstoffbad
fr. bain d'oxygene

kąpiel wibracyjna

n. Wirbelbad
fr. bain de vibration

kąpiel z masażem podwodnym

n. Unterwassermassage
fr. bain sous-marine

kąpiele naprzemienne

n. Wechselbad
fr. bains alternatifs

kąpielisko

n. Freibad
fr. baignoire

kinezyterapia

n. Kinesietherapie
fr. kinézithérapie

klimatologia	n. Klimatologie fr. climatologie
komora klimatyczna	n. Klimakammer fr. cabine climatique
komora pneumatyczna	n. Pneumatische Kammer fr. cabine pneumatique
krenologia	n. Krenologie fr. crenologie
krenotechnika	n. Krenotechnik fr. crénotechnique
kuchnia borowinowa	n. Moorküche fr. local de preparation de bue
kuracja uzdrowiskowa	n. Kurtherapie fr. cure thermale
kuracja ze zryczałtowaną opłatą	n. Pauschalkur fr. cure a prix forfaitaire

leczenie uzdrowiskowe	n. Kur fr. cure thermale
lecznictwo otwarte	n. Offene Kur fr. cure thermale libre
lekarz zdrojowy	n. Badearzt fr. médecin thermal
leżalnia (wypoczywalnia)	n. Ruheraum fr. salle de repos

miejsowość wypoczynkowa	n. Erholungsort fr. station de repos
mieszalnik borowinowy	n. Moormischer fr. mélangeur de boue

natrysk i masaż Vichy	n. Vichy - Massage fr. douche - massage
odczyn uzdrowiskowy	n. Badekrise fr. crise thermale
odwiert wody leczniczej	n. Bohrloch der Heilwasser

	fr. forage de l'eau curative
okład parafinowy	n. Parafinumschlang fr. illutation
opieka lekarska	n. Aertzliche Betreuung fr. soins médicaux
papka borowinowa	n. Moorbrei fr. bouille de boue
peloidy	n. Peloiden fr. peloides
pijalnia wód leczniczych	n. Trinkhalle fr. buvette (salle de boisson d'eaux thermales)
płukania gardła	n. Gurgelspülungen fr. irrigations de la gorge
płukania nosa	n. Nasenspülungen fr. irrigation nasale
płukania oczu aerozolem z wody leczniczej	n. Augenspülungen mit Heilwasseraerosol fr. irrigations des yeux a l'aerosol thermales
płukania ucha środkowego aerozolem leczniczym	n. Mittelohrspülungen mit Heilaerosol fr. irrigations de l'orreile moyenne á l'aerosol thermal
przebieralnia	n. Umkleideraum fr. vestiaires
regeneracja borowiny	n. Moorregenerierung fr. régénération de boue
rehabilitacja	n. Rehabilitation fr. rehabilitation
rehabilitacja uzdrowiskowa	n. Kurrehabilitation fr. rehabilitation thermal
rezultat kuracji	n. Kurergebnis fr. resultats therapeutiques
reżim uzdrowiskowy	n. Kurortregime fr. regime curatif
rozdrabniacz borowinowy	n. Moormühle fr. moulin □ boue

rozlewnia naturalnych wód mineralnych	n. Mineralwasserfüllbetrieb fr. embouteillage des eaux minerales
rozlewnia wód leczniczych	n. Heilwasserfüllbetrieb fr. embouteillage des eaux curatives

sala (kabina) zabiegowa	n. Behandlungssaal (Behandlungskabine) fr. cabine de traitement
sanatorium uzdrowiskowe	n. Kursanatorium fr. sanatorium thermal
saturacja wody CO ₂	n. Wassersaturation mit CO ₂ fr. saturation avec CO ₂

woda stołowa	n. Tafelwasser fr. eau potable
wskazania lecznicze	n. Heilanzeigen fr. indications therapeutiques
wyżywienie częściowe	n. Halbpension fr. demi-pension
wyżywienie pełne	n. Vollpension fr. pension complete

zakład basenowy	n. Schwimmbadeanstalt fr. etablissement de piscine
zakład kąpielowy	n. Badeanstalt fr. etablissement de bains
zakład leczenia ruchem	n. Bewegungsheilanstalt fr. etablissement kinetotherapeutique
zakład przyrodolecznicy	n. Kurmittelhaus (Badehaus) fr. etablissement thermal
zawijanie borowinowe	n. Moorpackung fr. application de boue
zarząd uzdrowiska	n. Kurverwaltung fr. direction thermale
zdrojowisko	n. Heilbad fr. station thermale
zdrojownictwo	n. Badeheilkunde (Badewesen)

fr. balneologie (thermalisme)

źródło artezyjskie

n. Arthesische Quelle

fr. source artésienne

źródło mineralne

n. Heilwasserquelle (Heilbrunnen)

fr. source curative (source minerale)

Literatura

1. „Terminologia balneotechniczna w językach polskim, francuskim i niemieckim”, A. Madeyski i J. Walczak, 1968.
2. Podstawowa Terminologia Uzdrowiskowa w językach polskim, niemieckim i francuskim. A. Madeyski i J. Wróblewski, 1993.

MIECZYŚLAW KUCHARSKI

SPECYFICZNE ZAGADNIENIA ZWIĄZANE Z PROMOCJĄ WÓD BUTELKOWANYCH

Woda butelkowana, tak jak każdy towar, musi być wytworzona według odpowiednich przepisów i norm oraz opakowana, oznakowana, a następnie dopiero sprzedawana konsumentowi.

Aby jednak można ją było sprzedąć, woda ta musi być odpowiednio wypromowana, jako produkt najwyższej jakości wśród różnych butelkowanych wód, jakie w Polsce się produkuje.

Szczególnie trudno wejść na rynek z nową, nieznaną dotychczas wodą, chociaż i te, które już są znane niejednokrotnie również napotykają trudności w ich zbycie. Wiąże się to z coraz to większą produkcją butelkowanych wód, z ich różnorodnością nazw handlowych, różnorodnością jakości, konkurencją oraz coraz to większą znajomością pitych przez konsumentów wód.

Coraz to większa rzesza konsumentów wybiera już te wody, do których nie ma zastrzeżeń pod względem ich jakości i walorów smakowych.

Jednakże, aby dobrze promować wody, sprzedawać i dokonywać wyboru, potrzebna jest chociażby ogólna wiedza o butelkowanych wodach. Jest to przydatne dla producenta, dla odbiorcy (hurtowni, sklepu), dla konsumenta, a przede wszystkim dla osób zajmujących się promocją butelkowanych wód, ponieważ od nich, w głównej mierze, zależy ilość sprzedanej wody. Z tego też względu należy zapoznać się szerzej z produkcją butelkowanych wód.

Polska należy do krajów o niewielkich zasobach wód podziemnych nadających się do picia i potrzeb gospodarczych i pod tym względem zajmuje w Europie dalekie miejsce.

Jednakże Polska posiada duże zasoby wody podziemnej nadającej się do butelkowania. Wody te występują w różnych utworach geologicznych.

Różnorodność tych utworów, o różnej skali rozpuszczalności minerałów i różnych głębokościach, z których woda jest eksploatowana powodują, że wody te odznaczają się bardzo różną mineralizacją, w granicach 200 mg/dm^3 .

Bardzo ogólny podział hydrogeologiczny Polski pod kątem występowania wód podziemnych nadających się do butelkowania – to podział na cztery obszary:

1. obszar Nizy Polskiego,
2. obszar Środkowopolski,
3. obszar karpacki,
4. obszar sudecki.

Na obszarze Nizy Polskiego wody nadające się do butelkowania występują głównie w utworach czwartorzędowych, trzeciorzędowych, kredowych i jurajskich.

Na obszarze Środkowopolskim wody te występują w utworach czwartorzędowych, trzeciorzędowych, kredowych, jurajskich i triasowych.

Na obszarze karpackim wody podziemne nadające się do butelkowania, jako naturalne wody mineralne, występują głównie w utworach trzeciorzędowych, a przede wszystkim w utworach fliszowych.

W czwartym obszarze – sudeckim wody występują głównie w prekambrze, kredzie i czwartorzędzie.

Najbardziej rozprzestrzenione są utwory czwartorzędowe, które zajmują przeszło 200 tys. km² całego kraju. Stąd też, na tym terenie znajduje się najwięcej rozlewni eksploatujących wodę z piasków i żwirów pochodzenia polodowcowego, dolin rzecznych i dolin kopalnych.

Mięszkość tych utworów waha się od kilku do trzystu metrów.

Wydajności z pojedynczych studni są bardzo zróżnicowane, ale w skrajnych przypadkach dochodzą nawet do 300 m³/h. Najczęściej jednak wahają się od 10 m³/h do 30 m³/h.

Również zróżnicowana jest mineralizacja tych wód, ale w większości są to wody słabozmineralizowane – od 300 mg/dm³ do 600 mg/dm³.

Jednakże w strefie przybrzeżnej Bałtyku mineralizacja w zasobach czwartorzędowych sięga 1500 mg/dm³ (Kołobrzeg), czy też, jak w Ciechocinku, mineralizacja przekracza 2000 mg/dm³, co jest związane z bezpośrednim powiązaniem z zasolonymi wodami jurajskimi.

Często w wodach czwartorzędowych występuje ponadnormatywna ilość żelaza i manganu, azotynów i azotanów. Wody te w większości, pomijając wody gruntowe, są na ogół czyste i nadają się do butelkowania.

Z ważniejszych rozlewni, które eksploatują wody czwartorzędowe należy wymienić: Połczyn, Ostromecko, Wieniec, Mirosławiec, Grodzisk Wielkopolski, Biskupiec, Krynki, Borzęcin, Oleśnicę i inne.

Piętro wodonośne trzeciorzędu, z którego wody nadają się do butelkowania, to wody występujące w piaskach glaukonitowych oligocenu. Najbardziej znane i eksploatowane są wody oligoceńskie w Niece Warszawskiej. W środkowej części Niecki utwory oligoceńskie dochodzą do 270 m głębokości, a mięszkość piasków dochodzi do 60 m. Wydajność pojedynczych studni dochodzi do 50 m³/h, a mineralizacja dochodzi nawet do 900 mg/dm³. Są to wody typu wodorowęglanowego, chlorkowo-wapniowo-magnezowe, nieraz z zawartością żelaza. Wody te eksploatują m.in. rozlewnie w Warszawie („Mazowszanka”) i Wyszkanie.

Utwory miocene, które występują w wielu miejscach na Nizinie, nie przedstawiają większej wartości, ze względu na duże zabarwienie i dużą zawartość żelaza.

Utwory miocene w Rymanowie i Krakowie Matecznym dostarczają do rozlewni wodę o mineralizacji 2840 – 2923.

Drugim regionem, i jednym z najważniejszych zbiorników wody podziemnej z utworów trzeciorzędowych nadających się do butelkowania, jest obszar karpacki, gdzie rozwinęła się duża ilość rozlewni, jak: Rymanów, Wysowa, Krynica, Tylicz, Muszyna i Piwniczna. Utwory trzeciorzędowe tego obszaru to głównie utwory fliszowe, składające się z piaskowców i łupków.

Wody z tego obszaru należą do najlepszych naturalnych wód mineralnych.

Wydajność z pojedynczych studni nie jest duża, bo sięga zaledwie kilku m³/h, ale za to wody odznaczają się bardzo dobrą jakością i znaczną mineralizacją (Wysowa – 2500 mg/dm³, Szczawnica – 2840 mg/dm³, czy też Krynica – 2200 mg/dm³).

Są to w większości szczawy wodorowęglanowo-wapniowe, magnezowe, a w przypadku Wysowej szczawy wodorowęglanowo-chlorkowo-sodowe, jodowe, borowe.

Piętro wodonośne kredowe jest chyba najbardziej zasobnym zbiornikiem wodnym, po piętrze wodonośnym czwartorzędowym.

Dotychczas najbardziej wykorzystane do rozlewnictwa wody z tego piętra – to utwory kredowe Kotliny Kłodzkiej, Wyżyny Lubelskiej oraz Wyżyny Łódzkiej.

W Kotlinie Kłodzkiej wody z tego piętra eksploatowane są do rozlewnictwa w Polanicy („Staropolanka”), jako szczawy wodorowęglanowo-wapniowe ($1000 - 2700 \text{ mg/dm}^3$) oraz w Gorzanowie („Mineral”), gdzie wydajność dochodzi do $30 \text{ m}^3/\text{h}$.

Na wyżynie Lubelskiej utwory kredowe sięgają do głębokości 1000 m i gromadzą duże ilości wody nadającej się do butelkowania. Zlokalizowano tu wiele rozlewni, z których najsłynniejsze są dwie – „Nałęczowianka” w Nałęczowie i „Cisowianka” w Drzewcach.

Wydajności pojedynczych studni na Wyżynie Lubelskiej dochodzą do $300 \text{ m}^3/\text{h}$, w Bochońcu k/ Nałęczowa uzyskano 155 mg/dm^3 . Mineralizacja tych wód wynosi 770 mg/dm^3 .

Podobnie dużym zbiornikiem wód kredowych jest Wyżyna Łódzka, gdzie jeszcze na głębokości 1000 m można spotkać wody słabozmineralizowane rzędu $200 - 500 \text{ mg/dm}^3$. Tu również wydajności z pojedynczych studni przekraczają $300 \text{ m}^3/\text{h}$.

W rejonie Łodzi, dzięki temu, powstało w ostatnich latach wiele rozlewni.

W utworach jurajskich, które są wykorzystane do rozlewnictwa w niewielkim zakresie, wody występują w Ciechocinku na głębokości 34 m, o mineralizacji dochodzącej do 3500 mg/dm^3 i wydajności do $10 \text{ m}^3/\text{h}$.

Wody jurajskie eksploatowane są jeszcze w Opocznie („Lider”) i Augustowie („Augustowianka”).

Wody triasowe, przydatne do rozlewnictwa, wykorzystywane są w kilku rozlewniach Jury Krakowsko – Częstochowskiej, a m.in. w Postępie („Jurajska”) i Rzeniszowie („Dobrawa”). Mineralizacja tych wód dochodzi do 500 mg/dm^3 , a wydajności – do $200 \text{ m}^3/\text{h}$.

Wody ze starych poziomów wodonośnych eksploatowane są do rozlewnictwa w Szczawnie – Zdroju (Karbon) i Czerniawie (Prekambr). Zasoby tych poziomów są niewielkie – do kilku m^3/h .

Zasoby wód podziemnych nadających się do butelkowania są bardzo duże. Wystarczy wspomnieć, że tylko zatwierdzone zasoby wód w miejscowościach uzdrowiskowych, nadających się do butelkowania są tak duże, że przy ich pełnym wykorzystaniu w ciągu roku można by wyprodukować przeszło 7 mld litrów rocznie, co oznaczałoby wielkość obecnej produkcji rocznej Niemiec.

Jak z powyższego wynika, wody nadające się do butelkowania jako naturalne wody mineralne (wg dotychczasowych przepisów) występują na terenie całego kraju. Należy jednak zaznaczyć, że wody podziemne, za wyjątkiem Kołobrzegu, Ciechocinka, Augustowa i Wypychowa, całego obszaru Polski północnej i środkowej odznaczają się mineralizacją nie przekraczającą 800 mg/dm^3 .

Tylko obszar południowej Polski, Karpat i Sudetów, odznacza się dużą zmiennością mineralizacji, przekraczającą 1000 mg/dm^3 składników stałych, niejednokrotnie z dużą zawartością naturalnego dwutlenku węgla (Krynica, Polanica).

Nic też dziwnego, że w rejonie Karpat i Sudetów powstały pierwsze uzdrowiska polskie i gdzie również powstały pierwsze rozlewnie uzdrowiskowe.

Kolebką rozlewnictwa naturalnego wód mineralnych były miejscowości uzdrowiskowe, ponieważ tam najczęściej występowały naturalne źródła, skąd wypływały czyste źródlane wody uznawane już w tedy za lecznicze.

W miejscowościach tych, m.in. w Krynicy, Szczawnicy, pito wody bezpośrednio ze źródła, względnie w naczyniach przynoszono je do domów.

Wody źródlane stosowano też do kuracji pitnej, równolegle z rozwojem kuracji za pomocą kąpieli. Kuracja pitna uważana była wówczas za ważny element lecznictwa.

W początkach rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego wodę czerpano z naturalnych źródeł lub studni kopanych, a dopiero w miarę rozwoju wiertnictwa zaczęto czerpać wodę również ze studni wierconych, co nastąpiło w początkach XIX wieku.

Na ziemiach polskich pierwsza rozlewnia powstała w Krynicy (1808 r.), którą w wodę zaopatrywał „Zdrój Główny”.

W roku 1836 uruchomiono rozlewnię w Szczawnie, gdzie eksploatowano naturalne źródło „Mieszko”, czynne do dnia dzisiejszego. Źródła naturalne „Józefina”, „Magdalena” dały początek, w roku 1860, rozlewni w Szczawnicy. Następna rozlewnia butelkowanych wód mineralnych powstaje w 1902 roku w Ciechocinku, a w 1905 roku – w Polanicy.

W okresie międzywojennym istniało w Polsce osiem rozlewni: w Krynicy, Ciechocinku, Iwoniczu (od 1932 r.), Inowrocławiu, Truskawcu, Morszynie, Lubieniu i Niemirowie.

Po wojnie następował powolny, ale stopniowy rozwój rozlewnictwa wód butelkowanych. Dobrym rokiem dla rozlewni był m.in. rok 1966, kiedy to uruchomiono 5 nowych rozlewni uzdrowiskowych. Niezależnie od tego powstało dużo małych rozlewni w Gminnych Spółdzielniach „Samopomoc Chłopska” i w Spółdzielczości Spożywców „Społem”. Wraz z powstaniem nowych rozlewni wzrastała produkcja wód butelkowanych.

Po trudnym okresie lat 1989 – 1991, kiedy krajowa produkcja została nieco zahamowana, m.in. poprzez import wód z krajów zachodnich, już w roku 1991 produkcja krajowa wynosiła 390 mln litrów. Od tego momentu rozpoczął się dynamiczny rozwój polskiego rozlewnictwa.

W roku 1997, pomimo klęski powodziowej, szacuje się, że produkcja naturalnych wód mineralnych osiągnie 1 mld 300 mln litrów. Ten wzrost ma nadal tendencję zwyżkową i jeżeli przyjmiemy, że co roku produkcja powiększała się będzie o 15 % - to w roku 2000 zbliżymy się do wielkości 2 mld litrów. Wzrost ten będzie następował drogą modernizacji i rozbudowy istniejących rozlewni oraz budową nowych.

W Polsce utworzyła się już czołówka liderów przemysłu rozlewniczego, a na jej czele stoją Nałęczowianka, Staropolanka i Multi Vita, a tuż za nimi Mazowszanka i Grodziska, dalej zaś Ustronianka, Dobrawa, Jurajska i inne.

Wymienione rozlewnie już obecnie produkują około 40 % ogólnej ilości butelkowanych wód.

Na pozycje liderów wysuwają się firmy, które produkują dobrą wodę, mają dobrą dystrybucję, opakowania i reklamę. Firmy takie mają przyszłość.

Polska, przy rocznej konsumpcji na jednego mieszkańca trzydziestu kilku litrów, w porównaniu z Włochami – 130 l. Belgią – 110 l i Niemcami – 100 l, ma jeszcze duże możliwości rozwoju przemysłu rozlewniczego.

Coraz to większe spożycie mają wody mineralne niegazowane. W Polsce, około 30 % ogólnej ilości butelkowanej wody.

W większości krajów Europy zachodniej, za wyjątkiem Niemiec i Austrii, wody niegazowane przekraczają już 50 i więcej procent. Z każdym rokiem w Polsce będzie przybywało wód niegazowanych, przeważnie słabozmineralizowanych.

Następuje też ciągły wzrost wody rozlewanej do „Petów” o pojemności 1,5 l i do 5-litrowych pojemników.

W Polsce obecnie około 50 % wody rozlewa się do „Petów” i 50 % do opakowań szklanych.

Natomiast na zachodzie, w niektórych krajach np. we Włoszech, do „Petów” rozlewa się 70 % wody. Tylko Niemcy i Austria rozlewają wodę do opakowań szklanych, chociaż już ostatnio pojawiły się wody w opakowaniach „Pet”.

A teraz kilka słów o definicjach butelkowanych wód.

W roku 1975 powstała pierwsza norma branżowa dotycząca wód butelkowanych. Według niej, wody podziemne rozlewane do butelek były wodami stołowymi, które dzieliły się na:

1. wody stołowe mineralne, które posiadały mniej niż 1000 mg/l składników stałych,
2. wody stołowe słabo zmineralizowane (poniżej 1000 mg/l).

Następnie, w roku 1990, powstała nowa norma branżowa, która ujednoliciła nazewnictwo, albowiem wszystkie wody podziemne o mineralizacji powyżej 200 mg/l nalewane do butelek nazwano naturalnymi wodami mineralnymi.

W roku 1997 ukazało się Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 8 lipca 1997 roku w sprawie szczegółowych warunków sanitarnych przy produkcji i obrocie naturalnych wód mineralnych, mineralnych wód mieszanych, naturalnych wód źródłanych oraz wód stołowych.

Rozporządzenie określa szczegółowe warunki sanitarne produkcji naturalnych wód źródłanych, mineralnych wód mieszanych, naturalnych wód źródłanych oraz wód stołowych, zwanych dalej „wodami”, przeznaczonych do wprowadzania do obrotu w opakowaniach jednostkowych.

W rozumieniu rozporządzenia:

1. naturalną wodą mineralną jest woda pochodząca ze złoża podziemnego, izolowanego geologicznie od zanieczyszczeń zewnętrznych, o udokumentowanych zasobach, wyróżniająca się pierwotną czystością, stałym naturalnym składem chemicznym oraz zawartością makro- i mikroskładników w ilościach i wzajemnych proporcjach korzystnych dla zdrowia,
2. mineralną wodą mieszaną jest woda otrzymana z naturalnych wód mineralnych, różniących się składem chemicznym, przez ich zmieszanie w określonych stałych proporcjach ilościowych,
3. naturalną wodą źródłaną jest woda niskozmineralizowana, pochodząca ze złoża podziemnego o udokumentowanych zasobach, pierwotnie czysta, której skład chemiczny i właściwości mogą podlegać niewielkim wahaniom uwarunkowanym geologicznie,
4. wodą stołową jest woda naturalna lub sztucznie mineralizowana, otrzymywana przez zmieszanie wody źródlanej lub wody podziemnej służącej do zaopatrywania ludności w wodę, z naturalną wodą mineralną, solami naturalnymi lub innymi składnikami mineralnymi.

W związku z tym Rozporządzeniem wszystkie rozlewnie winny w ciągu 2 lat dostosować się do jego wymogów.

Oczywiście, nowopowstałe rozlewnie muszą od razu spełniać te warunki.

Cytowane Rozporządzenie wprowadziło duże zmiany w rozlewnictwie wód butelkowanych. Należy sądzić, że zgodnie z Rozporządzeniem tylko 20 – 30 % butelkowanych wód będzie mogło stosować dla wód butelkowanych nazwę – naturalne wody mineralne.

Natomiast znakomita większość butelkowanych wód będzie naturalnymi wodami źródłanymi.

Tylko niewielki procent dotyczył będzie mineralnych wód mieszanych.

Wody stołowe – sztucznie mineralizowane stanowić mogą znaczną ilość wód butelkowanych. Należy do nich produkowana już woda sztucznie mineralizowana „Bonaqua”, często mylnie uważana za naturalną wodę mineralną, którą nie jest.

Biorąc pod uwagę powyższe oraz to, że w Polsce produkuje się przeszło 200 różnych marek wód butelkowanych, promocja wielu z nich będzie rzeczą trudną.

Przy tej ilości wód o mineralizacji 200 – 400 mg/l, wielkim rozdrobnieniu rozlewni, tylko najlepsze jakościowo wody, produkowane w nowoczesnych rozlewniach mogą mieć w

przyszłości szansę ciągłej sprzedaży na rynku przy odpowiedniej reklamie, bez której sprzedaż wielu wód będzie wręcz niemożliwa.

Potencjalny klient kupuje, przeważnie w określonym punkcie sprzedaży, wodę jako produkt po określonej i znanej cenie. Czynność tę wykonuje coraz to częściej pod wpływem dobrej promocji znanej mu już wody.

Woda ma określoną markę i opakowanie, na którym mieszczą się podstawowe o niej dane. Jeżeli producent sprzedaje swoją markową wodę, to w promocji może wykorzystywać ciągle zmiany opakowań w zależności od potrzeb rynku. Oprócz jakości wody, w promocji musi być uwzględniona odpowiednia cena.

Jeżeli reklamuje się wysoką jakość wody, to nawet wyższa jej cena może być akceptowana przez kupującego.

Jest oczywiste, że klient woli niższą cenę, ale jakość wody, opakowanie, ciągłość w sprzedaży tej samej wody, może spowodować, że kupi lepszą, chociaż droższą wodę.

Rola marketingu polega na tym aby konsumenta przekonać i nigdy go nie zawieść co do jakości oferowanej wody.

Jeszcze obecnie w sprzedaży detalicznej jest niewielki wybór butelkowanych wód i nie zawsze najlepszych.

W najbliższej jednak przyszłości wybór ten będzie większy i dotyczył będzie najlepszych naturalnych wód mineralnych i naturalnych wód źródlanych.

Wody sztucznie mineralizowane powinny być marginesem wód butelkowanych.

PIOTR KALMUS

LECZNICTWO W FUNKCJONOWANIU UZDROWISK

1. Ramy organizacyjne lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce

Działalność lecznictwa uzdrowiskowego w naszym kraju reguluje Ustawa o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym z 17.06.1966 r. W myśl tej ustawy, za uzdrowisko może być uznana miejscowość, która ma warunki do prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego, a uznanie miejscowości za uzdrowisko ma na celu utworzenie warunków sprzyjających rozwojowi lecznictwa uzdrowiskowego oraz prowadzeniu działalności wypoczynkowo-turystycznej. Dalej ustawa mówi, iż lecznictwem uzdrowiskowym jest zorganizowana działalność w zakresie jak najszerzego zapobiegania chorobom i ich leczenia, z wykorzystaniem naturalnych warunków i tworzyw leczniczych. W związku z powyższym, uzdrowiskiem może zostać miejscowość posiadająca zasoby naturalnych tworzyw leczniczych. Są to złoża wód mineralnych lub/i borowiny. Miejscowość uzdrowiskowa musi ponadto charakteryzować się szczególnymi walorami klimatycznymi, w tym nieskażonym powietrzem. Uzdrowiska nie posiadające własnych zasobów naturalnych tworzyw leczniczych, a których działanie lecznicze opiera się na wykorzystaniu głównie walorów klimatycznych, nazywane bywają uzdrowiskami klimatycznymi. Ponadto, uzdrowisko posiadać powinno odpowiednio wyposażone zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego oraz fachowo przygotowany personel medyczny. Zakładami lecznictwa uzdrowiskowego są, w myśl wyżej cytowanej ustawy, zakłady, których podstawowym zadaniem jest udzielanie świadczeń zapobiegawczych i leczniczych, przy wykorzystaniu naturalnych walorów środowiskowych i naturalnych tworzyw leczniczych. Urządzeniami lecznictwa uzdrowiskowego są urządzenia nie stanowiące części składowej w/w zakładów, a przeznaczone do wykorzystywania warunków naturalnych uzdrowiska.

Jak więc widać, uzdrowiska są ściśle włączone w system ochrony zdrowia i stanowią miejsca z definicji służące celom leczniczym. Ponadto, oferta uzdrowisk jest poszerzona i oprócz możliwości typowo leczniczych, obejmuje również usługi wypoczynkowo-turystyczne, a także kulturalne, które z pozoru tylko odległe od medycyny, mieszczą się przecież w szeroko rozumianej profilaktyce zdrowotnej. Wszystkie wyżej wymienione możliwości usług uzdrowiskowych mogą i powinny współistnieć ze sobą. Ważne jest jednakże, aby współistnienie to miało charakter harmonijny i nie zaburzało podstawowego charakteru miejscowości uzdrowiskowych, jakim jest charakter leczniczy. Wybierając się do

uzdrowiska człowiek powinien w pierwszym rzędzie określić cel swego w uzdrowisku pobytu, czy jest to cel typowo leczniczy, czy turystyczno-wypoczynkowy. Dla człowieka chorego czynnikiem decydującym o wyborze miejsca kuracji powinien być przede wszystkim profil leczniczy uzdrowiska, klimat i możliwości bazy zabiegowej. Turysta i wczasowicz raczej zwracać będzie uwagę na walory krajobrazowe uzdrowiska i jego okolice, atrakcje turystyczne i kulturalne oraz standard bazy hotelowej. Z obserwacji praktycznych wynika, że wybór uzdrowiska nie zawsze dokonywany jest w sposób racjonalny. Istnieje zatem duże zapotrzebowanie na rzetelnie prowadzoną promocję i szeroko rozpropagowaną informację dotyczącą tych zagadnień.

Na koniec wypada zaznaczyć, iż cytowana wyżej ustawa nie w pełni przystaje do współczesnej rzeczywistości, w związku z tym od kilku lat w opracowywaniu jest projekt nowej ustawy o uzdrowiskach, lecznictwie uzdrowiskowym i gminach uzdrowiskowych.

2. Zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego

Rodzaje zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego oraz ich zadania określa Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 21.07.1967 r. „W sprawie typowych rodzajów zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego”. Zakładami lecznictwa uzdrowiskowego w myśl w/w zarządzenia są: szpitale uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, przychodnie uzdrowiskowe i uzdrowiskowe zakłady przyrodolecznictwa. Urządzeniami lecznictwa uzdrowiskowego zaś są: pijalnie wód mineralnych, baseny kąpielowe, plaże, solaria, miejsca do kąpieli powietrznych, obiekty leczniczo-sportowe do terapii ruchowej. Do w/w grupy urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego można ponadto z powodzeniem zaliczyć inne urządzenia przeznaczone do wykorzystywania i udostępniania naturalnych walorów uzdrowiska, jak powszechne w uzdrowiskach fontanny z wód mineralnych i rzadziej występujące tężnie.

Szpital uzdrowiskowy są to obiekty lecznicze przeznaczone do przyjmowania pacjentów w stanach cięższych, w zasadzie bezpośrednio po przebytym leczeniu w specjalistycznych oddziałach szpitalnych lub klinicznych. Do szpitali uzdrowiskowych pacjentów mogą również kierować poradnie przyszpitalne i wojewódzkie poradnie specjalistyczne. W szpitalu uzdrowiskowym pacjenci leczeni są w ramach niezdolności do pracy. Szpital uzdrowiskowy zapewnia całodobową opiekę lekarską i pielęgniarczą oraz możliwość wykonania, niezbędnych do monitorowania przebiegu leczenia, badań dodatkowych. Z reguły obiekty te posiadają własną pełną bazę zabiegową, stosowną do prowadzonego profilu leczniczego i wyższy standard hotelowy. Szpitale uzdrowiskowe znajdują się w strukturze organizacyjnej państwowych przedsiębiorstw uzdrowiskowych (PPU) oraz są prowadzone przez resortowe służby zdrowia MON, MSWiA i PKP.

Sanatoria uzdrowiskowe przeznaczone są dla pacjentów w lżejszych stanach chorobowych. Zapewniają również całodobową opiekę lekarsko-pielęgniarską, lecz mniej intensywną. Mniejsza jest również dostępność do badań diagnostycznych. Większość obiektów posiada własne, mniej lub bardziej rozwinięte, działy zabiegowe. Leczenie w sanatorium uzdrowiskowym odbywa się w zasadzie w ramach urlopu wypoczynkowego, choć na wniosek wojewódzkiej komisji d/s lecznictwa uzdrowiskowego, pacjent może otrzymać orzeczenie o czasowej niezdolności do pracy w przypadku, gdy nie posiada urlopu wypoczynkowego dostatecznie długiego na odbycie leczenia uzdrowiskowego, a jest ono dla niego niezbędne, lub gdy kierowany jest w ramach tzw. ekspozycji zawodowej, tj. w związku z pracą na stanowisku, na którym występują czynniki szkodliwe dla zdrowia. Sanatoria

uzdrowiskowe są prowadzone przez PPU, przez resortowe służby zdrowia MSWiA, MON, PKP oraz przez inne instytucje, jak np. związki zawodowe, fundacje, spółki i inne.

Prewentoria uzdrowiskowe przeznaczone są do prowadzenia leczenia uzdrowiskowego osób skierowanych do uzdrowiska ze względów profilaktycznych. Zakłady te świadczą usługi na podobnych zasadach jak sanatoria uzdrowiskowe.

Przychodnie uzdrowiskowe prowadzą leczenie ambulatoryjne pacjentów, którzy przyjechali do uzdrowiska na własną rękę i zakwaterowani są poza obiektami lecznictwa uzdrowiskowego, a pragną skorzystać z leczenia w uzdrowisku. Obejmują również opieką mieszkańców danej miejscowości. Jest sprawą zrozumiałą, iż z usług przychodni uzdrowiskowych korzystać mogą jedynie pacjenci z zaawansowanymi schorzeniami i pełnosprawni ruchowo. Przychodnie uzdrowiskowe działają w strukturze organizacyjnej PPU.

Uzdrowiskowe zakłady przyrodolecznicze są obiektami posiadającymi urządzenia do prowadzenia leczenia uzdrowiskowego, a nie posiadającymi własnej bazy łóżkowej. Świadczą usługi pacjentom z obiektów leczenia uzdrowiskowego nie posiadających własnej bazy zabiegowej lub posiadającymi bazę niedostatecznie rozwiniętą oraz pacjentom przychodni uzdrowiskowych. Zakłady przyrodolecznicze należą do PPU.

3. Kadra medyczna uzdrowiska

Jak już wyżej wspomniano, nieodzownym warunkiem prawidłowego funkcjonowania uzdrowiska jest posiadanie przezeń odpowiednio przygotowanej, fachowej kadry medycznej. Opiekę nad pacjentami podczas leczenia w uzdrowisku sprawują lekarze, pielęgniarki, pracownicy działów zabiegowych, pionu żywienia, psychologzy. Niewątpliwie najważniejszą rolę odgrywa tu lekarz. Powinien on posiadać wysokie kwalifikacje fachowe, powinien być specjalistą w zakresie balneologii i medycyny fizykalnej. Należy podkreślić fakt, iż obecnie specjalizację tę mogą uzyskać jedynie lekarze posiadający już jedną z podstawowych specjalizacji klinicznych. Gwarantuje to wysoki poziom fachowego przygotowania lekarzy specjalistów balneologów. Niestety, praktyka dowodzi, iż prawdziwych profesjonalistów w tej dziedzinie nie jest wielu. Dużą negatywną rolę odgrywa tu niewątpliwie brak motywacji do podnoszenia kwalifikacji, związany w dużej mierze ze sposobem wynagradzania lekarzy, jak i polityką zatrudnienia, nie promującą specjalistów w tej dziedzinie. Konieczne wydaje się wprowadzenie zasady zatrudniania na stanowiskach kierowniczych w uzdrowiskach, tj. dyrektorów d/s lecznictwa, ordynatorów, kierowników zakładów przyrodoleczniczych, wyłącznie lekarzy posiadających specjalizację w zakresie balneologii i medycyny fizykalnej. Zakład lecznictwa uzdrowiskowego nie spełniający tego wymogu nie powinien być za taki uważany. Nikt przecież nie kwestionuje faktu, iż np. ordynatorem oddziału kardiologicznego czy neurologicznego może być jedynie specjalista kardiolog czy neurolog.

W tym miejscu należy wspomnieć, iż z inicjatywy Izby Pielęgniarskiej, podjęte zostały starania o wprowadzenie specjalizacji z balneologii dla pielęgniarek.

4. Medycyna uzdrowiskowa i jej specyfika

Specyfiką leczenia uzdrowiskowego jest łączne i jednoczesowe wykorzystywanie w swoim działaniu szeregu zespołów metod leczniczych, wśród których pierwszeństwo mają metody wykorzystujące czynniki naturalne, obecne w danym uzdrowisku. Metody lecznicze

stosowane w leczeniu uzdrowiskowym mają znacznie wolniejsze działanie, częstokroć na rezultat ich stosowania czekać trzeba miesiące, a nawet lata. Za to, uzyskiwane efekty są trwalsze w porównaniu z szeroko stosowanymi obecnie metodami leczenia farmakologicznego. Metody farmakologiczne wywierają hamujący wpływ na mechanizmy odpornościowe i regulacyjne ustroju. Inaczej działają metody stosowane w szeroko rozumianym lecznictwie uzdrowiskowym – pobudzają one naturalne mechanizmy odpornościowe i regulacyjne organizmu. Stymulują je w kierunku wykorzystania istniejących jeszcze w chorym organizmie rezerw. W wyniku ich stosowania nie dochodzi do zachwiania wewnętrznej homeostazy ustroju, ale raczej do przestrojenia na inny, bardziej efektywny poziom działania. Następuje uporządkowanie i synchronizacja regulacji wegetatywnej, normalizacja zasadniczych czynności układów: krążenia, oddechowego, pokarmowego, nerwowego. Obserwuje się korzystny, regulacyjny wpływ na procesy: przemiany materii, termoregulacji, na przebieg rytmów biologicznych m.in. snu i czuwania, poprawia się sprawność psychofizyczna. Bodźce lecznicze medycyny fizykalnej z reguły nie działają wybiórczo na narząd czy jego część, lecz oddziałują jednocześnie na wiele narządów, a często na cały organizm. Udowodniono, że poszczególne elementy leczenia uzdrowiskowego stosowane pojedynczo, działają inaczej, z reguły słabiej, niż gdy są stosowane w sposób skojarzony, kompleksowy. Dla prawidłowego i pełnego wykorzystania uzdrowiskowych bodźców leczniczych, stosowanych czy to w postaci zabiegów, czy też wynikających z bodźcowego działania klimatu, niezmiernie ważny jest czas trwania leczenia uzdrowiskowego. Udowodniono, że odczyn organizmu na to leczenie przebiega w sposób fazowy, obejmując naprzemiennie okresy pogorszenia i poprawy stanu zdrowia pacjenta. Bezpośrednio po przyjeździe następuje kilkudniowy okres adaptacji organizmu do zmienionych warunków klimatycznych i środowiskowych. Po występującym po nim okresie krótkotrwałej stabilizacji, w drugim tygodniu kuracji, występuje kolejny, silniejszy okres zachwiania równowagi organizmu i pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta. Jest to tzw. **odczyn uzdrowiskowy**, będący wyrazem reakcji organizmu na zastosowane bodźce fizykalne. Jest on często niezauważalny u osób zdrowych, może u nich występować np. jedynie pod postacią ogólnego zmęczenia czy senności. U osób chorych może mieć przebieg znacznie cięższy, połączony z licznymi objawami subiektywnymi (np. osłabienie, różnorodne bóle, zawroty głowy, drażliwość czy osłabienie) oraz obiektywnymi (np. wzrost temperatury ciała, skoki ciśnienia, pogorszenie zapisu ekg, będące wyrazem zaostrzenia choroby wieńcowej, choroby infekcyjne i szereg innych). W okresie tym występują też najczęściej groźne dla życia powikłania, jak zawały serca czy udary mózgowe. Stabilizacja i stopniowa poprawa stanu zdrowia pacjenta występuje około trzeciego tygodnia pobytu. Jak wynika z powyższych obserwacji, czas leczenia uzdrowiskowego nie powinien być krótszy od 3 tygodni.

Medycyna uzdrowiskowa posiada własne, specyficzne metody lecznicze. Wśród nich wyróżnia się przede wszystkim:

- klimatoterapię,
- balneoterapię,
- hydroterapię,
- kinezyterapię,
- fizykoterapię,
- masaż leczniczy,
- dietetykę,
- edukację,
- psychoterapię,
- farmakoterapię,
- fitoterapię.

W publikacjach popularnych dotyczących lecznictwa uzdrowiskowego, w folderach czy przewodnikach, spotkać można wiele nieścisłości w nazewnictwie poszczególnych metod leczniczych, zabiegów i sposobów ich oddziaływania. Funkcjonują np. takie określenia jak „zabiegi mokre” czy „suche”. Często mylone są pojęcia balneoterapii z wykorzystaniem wód mineralnych z hydroterapią oraz wiele innych. W związku z tym warto poświęcić kilka zdań omówienia i usystematyzowania tych zagadnień.

4.1. Klimatoterapia

Jest to zespół metod leczniczych wykorzystujących w swoim działaniu wpływ na organizm ludzki różnorodnych bodźców związanych z poszczególnymi typami klimatu oraz wynikających z jego zmiany na skutek przemieszczania się człowieka na znaczne odległości. Warunki klimatyczne powinny stanowić jeden z ważniejszych elementów przy podejmowaniu decyzji o wyborze uzdrowiska do przeprowadzenia leczenia przez danego pacjenta. Wiadomo, że chorzy nie powinni przebywać w niekorzystnych dla siebie warunkach klimatycznych. Typowym przykładem jest niekorzystny wpływ klimatu górskiego na przebieg schorzeń kardiologicznych. W przypadku doboru właściwego klimatu dla danego pacjenta można liczyć na szereg korzystnych zmian w organizmie, wynikających z działania bodźców klimatycznych. Podstawowe z nich to: bodźce termiczno-wilgotnościowe związane z temperaturą i wilgotnością powietrza, bodźce fotochemiczne i świetlne pochodzące z promieniowania słonecznego, bodźce chemiczne związane ze składem atmosfery, w tym ciśnienia parcjalego tlenu i obecności różnych składników naturalnych, bodźce mechaniczne związane z działaniem wiatru i zmianami ciśnienia atmosferycznego, wreszcie bodźce elektryczne i magnetyczne wynikające ze zmian jonizacji i natężenia pola magnetycznego. W zależności od nasilenia występowania w/w bodźców, wyróżnia się klimat silnie, umiarkowanie i słabo bodźcowy. Klimatoterapia, w szerszym ujęciu, obejmuje również wykorzystanie dla celów leczniczych walorów krajobrazowych, piękna przyrody, z naturalnym ukształtowaniem terenu, zbiornikami wodnymi i szatą roślinną, czystego powietrza czy wreszcie, wywołujących efekty estetyczne, wytworów działalności ludzkiej – architektury budynków, pomników, rzeźb. Należy pamiętać o kojącym działaniu na psychikę piękna krajobrazu czy architektury. Rola tak rozumianej klimatoterapii jest nie do przecenienia w obecnej sytuacji postępującej degradacji i zanieczyszczenia środowiska, które jest powodem powstawania wielu chorób cywilizacyjnych i zawodowych. Należałoby postulować, aby naturalne środowiska uzdrowisk były szczególnie chronione, aby umożliwić choćby czasowy kontakt z nimi ludziom stale zamieszkującym tereny zagrożone ekologicznie lub pracującym w warunkach szkodliwych dla zdrowia.

Uzdrowiska, pod względem warunków klimatycznych, dzielą się na: nizinne (lądowe i nadmorskie), podgórskie, górskie i wysokogórskie. Podstawowe zabiegi klimatoterapeutyczne to: kąpiele słoneczne, powietrzne i w naturalnych zbiornikach wodnych (w tym kąpiele morskie), naturalne inhalacje np. nad brzegiem morskim czy przy tężniach. Podstawowe zaś urządzenia klimatoterapeutyczne to: kąpieliska, trasy spacerowe, naturalne inhalatoria i solaria itp. Należy w tym miejscu wspomnieć o *talassoterapii*, która jest metodą leczniczą wykorzystującą całokształt naturalnych walorów leczniczych klimatu nadmorskiego.

4.2. Balneoterapia

Jest to dział lecznictwa wykorzystujący do profilaktyki i leczenia naturalne tworzywa lecznicze, takie jak: wody mineralne, peloidy i gazy lecznicze. Jest to drugi, oprócz klimatoterapii, zespół metod leczniczych specyficznych dla uzdrowiska. Aczkolwiek pewne zabiegi z użyciem produktów uzdrowiskowych można wykonywać poza uzdrowiskiem, to ich

wartość terapeutyczna jest mniejsza. Np. stwierdzono, że wody mineralne podczas transportu na większe odległości, tracą część swych walorów leczniczych, dlatego zaleca się ich stosowanie do zabiegów leczniczych możliwie jak najbliżej źródła.

Wody mineralne. Klasyfikacja wód mineralnych stosowanych w lecznictwie uzdrowiskowym jest dość skomplikowana. Stosuje się podziały oparte na: mineralizacji, temperaturze, ciśnieniu osmotycznym, zawartości składników swoistych i inne. W uproszczeniu, stosowane w lecznictwie uzdrowiskowym wody mineralne zaliczane są do trzech zasadniczych rodzajów:

Wody chlorkowo - sodowe (określane jako solanki, gdy ich stężenie wynosi co najmniej 1,5 %, wody o niższym stężeniu należy określać jako wody słone). Oprócz chlorku sodu, wody te zawierają szereg innych składników mineralnych, takich jak: jodki, bromki, związki siarki i żelaza.

Wody wodorowęglanowe to wody zawierające naturalny dwutlenek węgla w postaci wolnej i związanej, wodorowęglany sodu, wapnia, magnezu i inne. Woda zawierająca co najmniej 1000 mg rozpuszczonego CO₂ w litrze nosi nazwę szczawy.

Wody siarczkowo – siarkowodorowe to wody zawierające związki siarki, takie jak: siarkowodor, siarczki, siarkę koloidalną.

Wody radoczynne zawierają składniki promieniotwórcze: radon i rad, w ilości nie mniejszej niż 2nCi w litrze.

Podstawowe zabiegi lecznicze z wykorzystaniem naturalnych wód mineralnych, to: kąpiele lecznicze, inhalacje, kuracja pitna (krenoterapia). Z zabiegów rzadziej stosowanych wymienić należy irygacje ginekologiczne i natrysk dziąsłowy.

Niewątpliwie, najszerzej stosowanym zabiegiem i historycznie najstarszym, spośród w/w, są **kąpiele lecznicze**. Wykonuje się je w wannach i basenach. Gdy są połączone z ćwiczeniami, noszą nazwę *kąpielei kinezyterapeutycznych*. Mechanizm działania leczniczego kąpielei w wodach mineralnych jest złożony. Składa się nań wiele różnorodnych czynników. Są to, z jednej strony, czynniki niespecyficzne, fizyczne, związane z zanurzeniem ciała w wodzie (zjawisko immersji wodnej) i jej temperaturą, z drugiej strony, działają czynniki specyficzne, z punktu widzenia balneologii najistotniejsze, wynikające z wpływu na organizm specyficznych składników zawartych w danej wodzie mineralnej. Stwierdzono, że podczas kąpielei przenikają one przez skórę, wywierają działanie biologiczne, poprzez wpływ na receptory układu nerwowego w tkance podskórnej, częściowo też wchłaniają się do krwioobiegu. Dzięki gromadzeniu się w warstwie rogowej naskórka, w trakcie kolejnych kąpielei i następnie powolnemu uwalnianiu, działanie ich może być widoczne długo po zakończeniu zabiegów. Należy dodać, że podczas kąpielei następuje również intensywny przepływ substancji chemicznych z organizmu do środowiska wodnego, dzięki czemu organizm może wydalic niektóre produkty przemiany materii i substancje toksyczne. Generalnie rzecz biorąc, kąpiele w wodach chlorkowo – sodowych i siarczkowo – siarkowodorowych działają korzystnie w schorzeniach układu ruchu, układu nerwowego, skóry i niektórych chorobach układu krążenia, wywierając działanie przeciwzapalne, przeciwbólowe, rozluźniające mięśnie i poprawiające ukrwienie. Kąpiele w wodach wodorowęglanowych (zwane kąpielami kwasowęglowymi) mają szczególne znaczenie w leczeniu chorób układu krążenia. Dzięki działaniu dwutlenku węgla, powodują silne rozszerzenie obwodowych naczyń krwionośnych, a co za tym idzie poprawę ukrwienia obwodowego, obniżenia ciśnienia tętniczego krwi i korzystnie wpływają na pracę serca. Kąpiele radoczynne stosowane są ostatnio rzadziej, z uwagi na liczne przeciwwskazania i stale zwiększającą się ekspozycję człowieka na promieniowanie jonizujące w życiu codziennym. Stwierdzono ich korzystny wpływ w niektórych chorobach układów: ruchu, krążenia i oddechowego.

Kolejną istotną i historycznie równie starą metodą wchodzącą w zakres leczenia uzdrowiskowego jest **kuracja pitna**, czyli krenoterapia. Po pojęciem tym rozumie się picie wody leczniczej przez określony czas, w określonej ilości, temperaturze, w określonym czasie w stosunku do posiłku, na zlecenie i pod nadzorem lekarza. Podobnie jak to zaznaczono przy omawianiu kąpiele leczniczych, najwięcej wartości mają wody mineralne pite bezpośrednio ze źródła. Wody mineralne, stosowane w postaci kuracji pitnej, wywierają działanie miejscowe na przewód pokarmowy i ogólne, dzięki swym składnikom wchłaniającym się do organizmu. Kuracja pitna ma największe znaczenie w chorobach przewodu pokarmowego, dróg żółciowych, nerek i dróg moczowych. W krenoterapii zastosowanie znalazły wody chlorkowo – sodowe, alkaliczne, siarczkowo – siarkowodorowe oraz wody zawierające specyficzne składniki jak np. wody żelaziste.

Kolejnym, powszechnie stosowanym zabiegiem, z wykorzystaniem naturalnych wód mineralnych, są **inhalacje**. Zabieg polega na wprowadzeniu do układu oddechowego aerozolu leczniczego, drogą wziewania. Najbardziej naturalną jego odmianą są inhalacje aerozolu morskiego, czy też powstającego w pobliżu tężni. W zakładach lecznictwa uzdrowiskowego aerozole lecznicze wytwarza się za pomocą aparatury pneumatycznej lub ultradźwiękowej. Zabiegi te mogą mieć charakter inhalacji zbiorowych lub indywidualnych (w tym celkowych – w specjalnych kabinach). W lecznictwie uzdrowiskowym wykorzystuje się przede wszystkim aerozole z wód mineralnych. W zależności od rodzaju stosowanej wody mineralnej i jej stężenia uzyskać możemy różnorodne efekty lecznicze. Efekt łagodzący, przy zastosowaniu wód wodorowęglanowych i chlorkowo – sodowych o niskim stężeniu. Efekt drażniący, stosując wody siarczkowo – siarkowodorowe i chlorkowo – sodowe o wyższym stężeniu. Stosowane są również, choć coraz rzadziej, inhalacje z wód radoczynnych. W szczególnych wymagających tego przypadkach, w formie inhalacji pacjentowi można podać aerozole zawierające różnorodne środki lecznicze, jak: antybiotyki, środki mukolityczne, przeciwzapalne i inne. Stosowana obecnie aparatura inhalacyjna umożliwia wytwarzanie aerozolu o różnorodnej wielkości cząsteczki. Ma to duże znaczenie praktyczne – im mniejsza jest cząsteczka aerozolu, tym głębiej będzie on penetrował w drogach oddechowych. Wyróżnia się aerozole grubokropliste, średniokropliste i drobnokropliste, stosowane odpowiednio w leczeniu określonych odcinków dróg oddechowych, od nosogardła do najdrobniejszych oskrzelików. Warto też wspomnieć o rzadziej stosowanych formach aerozoloterapii. Są to elektroaerozole, w których cząsteczki aerozolu naładowane są ujemnym ładunkiem elektrycznym oraz wibroaerozole, gdzie cząsteczki aerozolu wprowadzane są dodatkowo w drgania, co zwiększa ich zdolność penetracji w drogach oddechowych.

Peloidy, to obok wód mineralnych, najważniejsze naturalne tworzywa lecznicze. Peloidami nazywane są naturalne utwory organiczno – mineralne, powstałe dzięki procesom geologicznym, przy udziale wody i mikroorganizmów. W polskich uzdrowiskach spośród peloidów wykorzystuje się wyłącznie borowinę. **Borowina** jest to rodzaj torfu o dużym stopniu humifikacji, czyli przetworzenia przez bakterie humifikujące i posiadający działanie lecznicze. O działaniu tym decydują własności fizyczne i składniki chemiczne borowiny. Podstawowe właściwości fizyczne to: duża pojemność cieplna i małe przewodnictwo cieplne, co umożliwia uzyskanie efektu silnego, stopniowego, równomiernego i głębokiego przegrzania części ciała poddanych zabiegowi borowinowemu, bez ryzyka poparzenia skóry, nawet przy zastosowaniu borowiny o temperaturze do 42-45⁰ C. Dzięki temu dochodzi do silnego rozszerzenia naczyń krwionośnych nie tylko skóry, ale też tkanek głębiej położonych, do poprawy ich ukrwienia, obniżenia napięcia mięśniowego. Kolejne istotne właściwości fizyczne borowiny, to duża zdolność wymiennikowa i sorpcyjna, co oznacza, że podczas zabiegu borowinowego szereg substancji chemicznych przenika z borowiny do organizmu, jak również w kierunku przeciwnym. Wspomnieć też trzeba o działaniu mechanicznym grubej warstwy borowiny. Wywierany ucisk ułatwia wchłanianie obrzęków i odpływ chłonki z

kończyn. Borowina jest bardzo bogata w różnorodne składniki chemiczne. Są to m.in. kwasy huminowe, garbniki, bituminy, woski, żywice, estrogeny, szereg enzymów i pierwiastków śladowych. W/w składniki decydują o jej specyficznym działaniu biologicznym: przeciwzapalnym, ściągającym, bakteriostatycznym, bakteriobójczym, czy hormonalnym. Borowina znajduje zastosowanie w leczeniu wielu schorzeń układu ruchu, nerwowego, dróg rodnych. Podstawowe zabiegi lecznicze z zastosowaniem borowiny to: kąpiele borowinowe (obecnie stosowane rzadko z uwagi na ich silne działanie obciążające układ krążenia, oraz znaczny koszt), okłady – zawijania częściowe i całkowite, tampony ginekologiczne. Z rzadziej stosowanych zabiegów wymienić należy: nasiadówki, tampony laryngologiczne, okulistyczne i rektalne.

Jednym z produktów wytwarzanych z borowiny jest **pasta borowinowa**. Powstaje ona przez dokładne rozdrobnienie i uwodnienie borowiny w specjalnych młynach kulowych. Powstały w ten sposób produkt ma konsystencję jednolitej pasty. Dzięki tej obróbce zmieniają się w pewnym stopniu właściwości biologiczne borowiny. Niejako wyeksponowaniu ulegają właściwości farmakologiczne zawartych w paście składników biologicznie aktywnych. W trakcie zabiegu znacznie bardziej aktywna jest wymiana składników pomiędzy skórą a pastą borowinową. Technika stosowania zabiegów z pasty borowinowej jest zasadniczo odmienna od zabiegów z klasycznej borowiny. Pastę borowinową stosuje się w postaci cienkowarstwowej i w niższej temperaturze (zwykle ok. 37-38⁰ C). W ten sposób unika się efektu silnego przegrzania, mniejszy jest również efekt mechaniczny zabiegu, a sam zabieg jest mniej obciążający dla pacjenta. Dzięki temu pastę borowinową można stosować w schorzeniach w których przeciwwskazane jest stosowanie gorących zabiegów borowinowych. Zabiegi z pasty borowinowej wskazane są w chorobach układu krążenia, ruchu i neurologicznych. Podstawowe zabiegi to: okłady – zawijania, częściowe i całkowite, kąpiele zawieszinowe, jontoforeza, zabiegi specjalne – laryngologiczne, ginekologiczne, stomatologiczne.

Spośród gazów leczniczych, najszerzej w lecznictwie uzdrowiskowym stosowany jest dwutlenek węgla. W postaci naturalnej gaz towarzyszy złożom wód mineralnych wodorowęglanowych. W lecznictwie szeroko stosowany jest też sztucznie otrzymywany dwutlenek węgla. Gaz ten wykorzystywany jest do zabiegów noszących nazwę kąpeli w gazowym dwutlenku węgla, potocznie określanym jako sucha kąpiel kwasowęglowa.

Działanie tego zabiegu i wskazania do jego stosowania są podobne jak do kąpeli w wodzie wodorowęglanowej, jednakże kąpiel gazowa może być stosowana u pacjentów, którzy mają przeciwwskazania do kontaktu z wodą z różnych przyczyn. Spośród innych gazów leczniczych wymienia się również *tlen*, *siarkowodor* i *radon*. Zastosowanie ich w lecznictwie uzdrowiskowym jest mniejsze.

Od niedawna do lecznictwa uzdrowiskowego wprowadzono *ozon*. Prace nad jego zastosowaniem prowadzone są w Klinice Balneologii i Chorób Przemiany Materii AM w Bydgoszczy z siedzibą w Ciechocinku, a pierwsze urządzenie do kąpeli ozonowych, przeznaczone do szerokiego wykorzystania dla kuracjuszy, zainstalowane jest w PPU Ciechocinek. Z uwagi na swe działanie dezynfekujące, poprawiające ukrwienie i utlenowanie tkanek, zabiegi ozonowe znalazły zastosowanie m.in. w leczeniu owrzodzeń skóry i miażdżycy naczyń kończyn dolnych.

4.3. Hydroterapia

Hydroterapia, czyli wodolecznictwo, to zespół metod leczniczych wykorzystujących w swym działaniu wodę o różnorodnej temperaturze, w różnej postaci i pod różnym ciśnieniem, przy czym woda jest wodą zwykłą, gospodarczą, a nie mineralną. Rozgraniczenie to jest proste i oczywiste, a pomimo tego bardzo często spotyka się zaliczanie hydroterapii do

balneoterapii i odwrotnie. Wodolecznictwo wykorzystuje działanie termiczne i mechaniczne wody. Hydroterapia ma bardzo długą, ponad 100-letnią historię. Znanych jest ponad 120 różnorodnych zabiegów wodoleczniczych. Szereg z nich, jak: polewania, zmywania, zawijania, szczotkowania czy okłady i kompresy powoli odchodzi do historii. Obecnie stosowane są najczęściej: kąpiele o różnej temperaturze (zimne, chłodne, ciepłe i gorące), kąpiele wirowe (zwane masażami wirowymi), natryski stało- i zmiennociężne, natryski podwodne (zwane masażami podwodnymi), kąpiele perełkowe. Generalnie rzecz biorąc, zabiegi wodolecznicze oddziałują w różnorodny sposób, w zależności od rodzaju i parametrów, na układ krążenia, mięśnie, układ nerwowy.

4.4. Kinezyterapia

Kinezyterapia jest dziełem medycyny wykorzystującym różne formy ruchu do leczenia, rehabilitacji i profilaktyki. Pod wpływem wysiłku fizycznego, następuje wiele korzystnych zmian w funkcjonowaniu szeregu narządów i układów organizmu. Wzmacniają się mięśnie i przyrasta ich masa, poprawia się wytrzymałość i elastyczność torebek stawowych i więzadeł, zwiększa gęstość mineralna kości. Zwiększeniu ulegają zakresy ruchów w stawach. Poprawia się koordynacja nerwowo – mięśniowa. Kinezyterapia wpływa też korzystnie na układ krążenia – poprawia się praca mięśnia sercowego, wzrasta wysycenie krwi tlenem, usprawnia krążenie wieńcowe i obwodowe. Poprawia się też wentylacja płuc, usprawnia proces oddychania. Wymienione wyżej efekty działania wysiłku fizycznego są powszechnie znane. Dodać jednak należy, że wysiłek fizyczny wywiera również niezwykle korzystne zmiany biochemiczne. Między innymi, pod jego wpływem, obniżeniu ulegają poziomy cholesterolu i glukozy w surowicy, zmniejsza się aktywność fibrynolityczna osocza, następują korzystne zmiany w wydzielaniu szeregu hormonów. Podstawowe rodzaje zabiegów kinezyterapeutycznych obejmują: ćwiczenia indywidualne, a wśród nich m.in.: bierne, wspomagane, wolne, oporowe, ćwiczenia z wykorzystaniem różnorodnych urządzeń (cykloergometrów, rotorów, stepperów, bieżni, atlasów itp.); oraz ćwiczenia zbiorowe, które mogą mieć formę: gimnastyki porannej, ćwiczeń ogólnokondycyjnych, ćwiczeń ukierunkowanych na leczenie konkretnych grup schorzeń (np. ćwiczenia dla chorych z dyskopatią, skoliozą, zwyrodnieniem stawów biodrowych, kolanowych, z niedowładami kończyn, chorobami dróg oddechowych, naczyń krwionośnych kończyn dolnych i inne), ćwiczenia w wodzie, również z podziałem na grupy według schorzeń. Rolą lekarza uzdrowskiego jest wybranie, spośród całej tej gamy zabiegów kinezyterapeutycznych, zestawu ćwiczeń odpowiedniego do rodzaju schorzenia stwierdzonego u danego pacjenta i do ogólnej wydolności jego organizmu.

Specjalną, charakterystyczną dla uzdrowiska, formą kinezyterapii jest *terenoterapia*. Pod tym pojęciem rozumie się chodzenie (spacery, marsze, marszobiegi) specjalnie do tego celu wytyczonymi trasami o różnej długości i różnym stopniu trudności, według zaleceń lekarza i pod jego kontrolą. Terenoterapia uzdrowska łączy w sobie kinezyterapię i klimatoterapię, posiada dodatkowo walory turystyczno – krajoznawcze.

4.5. Fizykoterapia

Pod pojęciem fizykoterapii rozumie się zespół metod wykorzystujących w celach leczniczych różnorodne formy energii występujące w przyrodzie. W leczeniu uzdrowskim fizykoterapia stanowi jedynie element uzupełniający dla metod podstawowych, omówionych powyżej, lub też przygotowujących do ich zastosowania, tym bardziej, że w chwili obecnej, znaczna część placówek służby zdrowia poza uzdrowskami wyposażona jest w sprzęt do wykonywania tych zabiegów. Obiektów zlokalizowanych w

uzdrowiskach, lecz oferujących swym pacjentom jedynie zabiegi z zakresu fizykoterapii, nie można uznać w pełni za zakłady lecznictwa uzdrowiskowego.

Podstawowe działy fizykoterapii to:

- **światłolecznictwo**, czyli metody lecznicze wykorzystujące promieniowanie podczerwone, widzialne i nadfioletowe;
- **elektrolecznictwo**, wykorzystujące lecznicze właściwości prądu stałego oraz prądów impulsowych: małej, średniej i wielkiej częstotliwości;
- **magnetoterapia**, opierająca się na wykorzystaniu pola magnetycznego niskiej częstotliwości;
- **laseroterapia**, metoda leczenia stosująca zabiegi biostymulacji laserowej;
- **ultrasonoterapia**, wykorzystująca do leczenia ultradźwięki;
- **termoterapia**, metoda wykorzystująca lecznicze działanie ciepła;
- **krioterapia**, opierająca się na stosowaniu leczniczym zimna.

Jak widać metod i możliwości tego działu lecznictwa jest bardzo wiele. Efekty działania zabiegów fizykoterapeutycznych i wskazania do ich stosowania są bardzo szerokie i różnorodne. Wpływają one korzystnie, łagodząc wiele dolegliwości związanych z chorobami układu ruchu, nerwowego, krążenia. Ogólnie stwierdzić należy, iż zabiegi fizykoterapeutyczne stanowią cenne uzupełnienie leczenia uzdrowiskowego. Stosowane łącznie z zabiegami balneologicznymi oddziałują w sposób znacznie bardziej korzystny na organizm pacjenta, niż stosowane jako zabiegi samodzielne. Dlatego, korzystne jest uzupełnienie leczenia z wykorzystaniem naturalnych tworzyw leczniczych, o zabiegi z zakresu fizykoterapii.

4.6. Masaże lecznicze

Masaże lecznicze, podobnie jak zabiegi fizykoterapeutyczne i z tych samych powodów, stanowią uzupełnienie leczenia uzdrowiskowego. Obie te grupy metod leczniczych obejmowane są zresztą często wspólną nazwą *fizjoterapii*. Podstawowe rodzaje masażu to: masaż klasyczny, segmentarny, masaż tkanki łącznej, okostnej, masaż vibracyjny, oraz wspomniane już wyżej: masaż wirowy i podwodny. Masaże rozluźniają mięśnie, zwiększają sprężystość tkanek, poprawiają i usprawniają krążenie krwi.

4.7. Dietetyka

Leczenie dietetyczne jest niezwykle istotnym elementem leczenia uzdrowiskowego i niestety bardzo często niedocenianym. Rola niewłaściwego żywienia w powstawaniu wielu schorzeń została bezsprzecznie udowodniona. Zła dieta jest jedną z głównych przyczyn szerzenia się chorób cywilizacyjnych. Zasady racjonalnego żywienia z trudem przedostają się do świadomości pacjentów, ale też niestety i pracowników służby zdrowia, w tym pracowników uzdrowisk. Z jednej strony pacjentów, których pobyt finansowany jest ze środków budżetowych (zwykle poniżej kosztów) żywi się przede wszystkim jak najtaniej, często kosztem jakości podawanych produktów. Z drugiej strony, pacjentom komercyjnym, opłacającym wyższe stawki, serwuje się tak zwane „dobre jedzenie”, często zresztą ze zrozumiałych względów zgodne z ich sugestiami, lecz nierzadko nie mające wiele wspólnego z żywieniem racjonalnym. Sytuacja komplikuje się jeszcze bardziej, gdy pacjent wymaga stosowania jednej z diet leczniczych z powodu istniejącego schorzenia.

Przyjmując do wiadomości powyższe uwarunkowania, należy jednak stwierdzić, iż zakłady lecznictwa uzdrowiskowego zobowiązane są do racjonalnego żywienia kuracjuszy. Każdy z punktów żywienia powinien przygotować posiłki według, co najmniej, 3 diet:

podstawowej, małotłuszczowej z ograniczeniem cukrów prostych oraz niskokalorycznej. Dodatkowe diety powinny być stosowane zależnie od profilu leczniczego zakładu. Powyższe założenia będą bardzo trudne do zrealizowania bez wdrożenia programu edukacji kuracjuszy, dotyczącego problemów racjonalnego żywienia.

4.8. Edukacja zdrowotna

Edukacja jest niezwykle istotnym elementem leczenia uzdrowiskowego, obecnie zbyt mało wykorzystywanym, a który powinien w przyszłości rozwijać się. Jej cele i zadania omówiono w następnym rozdziale.

4.9. Psychoterapia

Lecznictwo uzdrowiskowe traktuje pacjenta całościowo, w związku z tym nie można zapomnieć o sferze psychicznej chorego. Pacjent przybywający do uzdrowiska liczy nie tylko na stosowanie zabiegów leczniczych. Pragnie oderwać się od problemów dnia codziennego i związanych z tym stresów. Często jest to człowiek poważnie poszkodowany wskutek przewlekłej choroby, przemęczony i wyczerpany, szukający wsparcia ze strony innych. Pacjent taki powinien być otoczony szczególną troską personelu medycznego. Dobrze jest, gdy w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, szczególnie zajmującym się leczeniem pacjentów z ciężkimi schorzeniami, zatrudniony jest psycholog. Formami psychoterapii stosowanymi w uzdrowiskach mogą też być: muzykoterapia, biblioterapia, a także, wspomniana już przeze mnie, terenoterapia.

4.10. Farmakoterapia

Farmakoterapia nie jest domeną lecznictwa uzdrowiskowego. W wielu jednak schorzeniach, pacjenci zmuszeni są, niestety, do stałego przyjmowania leków farmakologicznych. Leczenie to jest kontynuowane również podczas pobytu w uzdrowisku. Często zdarza się, iż po pewnym okresie obserwacji stanu zdrowia pacjenta i po zastosowaniu leczenia uzdrowiskowego, istnieje możliwość zmniejszenia dawek przyjmowanych środków farmakologicznych, a nawet ich odstawienia. Należy zawsze z takiej możliwości skorzystać, choćby redukcja dawki leku lub jego odstawienie miało mieć charakter jedynie czasowy, w trakcie pobytu w uzdrowisku. Można w ten sposób ograniczyć uboczne działanie przewlekłe stosowanego leku. Podczas pobytu w uzdrowisku często udaje się na przykład zmniejszyć dawki leków przeciwbólowych, przeciwnadciśnieniowych, przeciwcukrzycowych. Decyzja w tej kwestii należy oczywiście do lekarza, a nie pacjenta.

4.11. Fitoterapia

Fitoterapia może być cennym uzupełnieniem leczenia uzdrowiskowego. Doświadczony lekarz może pokusić się o próbę zastąpienia niektórych środków farmakologicznych, przyjmowanych przewlekłe przez pacjenta, lekami ziołowymi. Leki ziołowe mają szczególnie korzystne działanie w schorzeniach przewodu pokarmowego, dróg moczowych, układu krążenia, zaburzeniach materii i nadpobudliwości nerwowej.

Nowoczesne lecznictwo uzdrowiskowe stosujące powyższe liczne metody terapeutyczne, wpływające na funkcjonowanie całego organizmu człowieka, nie może oczywiście funkcjonować bez możliwości monitorowania jego przebiegu za pośrednictwem odpowiednich **badan dodatkowych**. Lekarz uzdrowiskowy powinien mieć możliwość wykonania, w razie potrzeby, podstawowych badań laboratoryjnych, rentgenowskich, badania

elektrokardiograficznego. Dobrze jest, gdy zakład lecznictwa uzdrowiskowego wyposażony jest w bardziej specjalistyczny sprzęt, np. umożliwiający wykonanie badań czynnościowych układu ruchu, krążenia czy oddechowego, badań ultrasonograficznych czy densyometrycznych. Należy podkreślić, że do zadań laboratoriów w uzdrowiskach należy wykonywanie badań stosowanych tam naturalnych tworzyw leczniczych, czuwanie nad czystością bakteriologiczną tych tworzyw oraz urządzeń zabiegowych.

5. Zadania współczesnego lecznictwa uzdrowiskowego

Lecznictwo uzdrowiskowe, jako specyficzna część współczesnej medycyny ma do spełnienia szereg zadań. Są wśród nich zadania, które ta forma leczenia spełnia od dawna, od samego początku swego istnienia. Są wśród nich ponadto zadania nowe, wynikające z odmiennych potrzeb współczesnego człowieka, jak również wynikające z osiągnięć i kierunków rozwoju współczesnej medycyny.

Do głównych zadań, które stawia się obecnie przed nowoczesnym lecznictwem uzdrowiskowym należą:

1. leczenie schorzeń przewlekłych,
2. rehabilitacja,
3. profilaktyka zdrowotna,
4. edukacja.

5.1. Leczenie schorzeń przewlekłych

Schorzenia przewlekłe są podstawowym wskazaniem do wdrożenia leczenia uzdrowiskowego. Schorzenia te stanowią niewątpliwie plagę współczesnego życia. Współczesna medycyna dobrze radzi sobie z opanowaniem schorzeń ostrych i urazowych. Wobec chorób przewlekłych często pozostaje bezradna. Szereg chorób przewlekłych to choroby cywilizacyjne, powstające wskutek niewłaściwego trybu życia. Leczenie uzdrowiskowe stanowi znaczące ogniwo w łańcuchu długotrwałej opieki na chorym, pozwalając na ograniczenie lub też czasowe zaprzestanie farmakoterapii, głównie lekami przeciwbólowymi, przeciwzapalnymi, uspakajającymi czy nasennymi, dzięki zastosowaniu nie powodujących działań ubocznych metod lecznictwa uzdrowiskowego. W leczeniu bardzo wielu schorzeń przewlekłych leczenie uzdrowiskowe może być cenną metodą uzupełniającą, utrwalającą efekty np. leczenia szpitalnego. W leczeniu schorzeń jest metodą alternatywną. W niektórych chorobach przewlekłych, np. w niektórych schorzeniach układu ruchu, jest metodą z wyboru.

5.2. Rehabilitacja

W bliskim związku z leczeniem schorzeń przewlekłych jest kolejna dziedzina zainteresowania medycyny uzdrowiskowej, a mianowicie rehabilitacja. Dzięki postępowi współczesnej medycyny, pozwalającej ratować życie wielu pacjentom dawniej skazanych na śmierć z powodu ciężkich ostrych schorzeń czy urazów, stale wzrasta liczba pacjentów niepełnosprawnych, wymagających postępowania rehabilitacyjnego. Nierzadko cały ogromny trud i poniesione koszty, związane z wyprowadzeniem pacjenta ze stanu ostrego, idą na marne, gdy nie jest w porę zastosowane odpowiednie postępowanie rehabilitacyjne. Uzdrowiska posiadają szczególnie korzystne warunki do prowadzenia rehabilitacji, z uwagi

na posiadaną bazę zabiegową i fachowo przygotowany personel medyczny. Przewagą rehabilitacji prowadzonej w warunkach uzdrowiska, nad rehabilitacją szpitalną, czy ambulatoryjną jest możliwość jej wzbogacenia o zabiegi balneologiczne, wykorzystujące naturalne tworzywa lecznicze. Pobyt w uzdrowisku ułatwia kompleksowe prowadzenie rehabilitacji z uwzględnieniem metod psychoterapeutycznych i szeroko rozumianej edukacji zdrowotnej. Z powyższych względów rehabilitacja prowadzona w warunkach uzdrowiska daje z reguły lepsze wyniki niż prowadzona w szpitalu. Ogromne znaczenie ma również fakt znacznie niższych kosztów rehabilitacji prowadzonej w uzdrowisku w porównaniu z rehabilitacją w warunkach szpitalnych, jak również możliwość wcześniejszego zwolnienia łóżek szpitalnych dla chorych w ciężkich stanach. Rehabilitacja w uzdrowisku może odegrać dużą rolę w przewlekłych schorzeniach układu ruchu, układu krążenia, chorobach płuc i dróg oddechowych, przewodu pokarmowego, w ginekologii.

5.3. Profilaktyka zdrowotna

Kolejnym obszarem działania dla lecznictwa uzdrowiskowego jest szeroko rozumiana profilaktyka zdrowotna. Dział medycyny obecnie mało doceniany, a według powszechnej opinii mający być przyszłością medycyny. Już dawno udowodniono, że nie ma lepszego i jednocześnie tańszego sposobu walki z chorobami, jak zapobieganie ich powstawaniu. Współczesna medycyna niemal całą swą energię wkłada w zwalczanie już istniejących chorób. Medycyna przyszłości ma polegać w znacznym stopniu na profilaktyce. Profilaktyka jest zasadniczą bronią w walce z chorobami cywilizacyjnymi. Jednym z podstawowych działań profilaktyki uzdrowiskowej jest oderwanie chorego od szkodliwych wpływów środowiska w którym mieszka, czy pracuje i od niehigienicznego trybu życia. Istotną rolę odgrywa usunięcie napięć emocjonalnych, uregulowanie trybu życia i kojący wpływ na psychikę walorów krajobrazowych, jak również rozrywki kulturalne. Dzięki stosowaniu uzdrowiskowych bodźców leczniczych, z wykorzystaniem naturalnych tworzyw leczniczych i różnorodnych bodźców fizykalnych, wzmacnieniu ulegają naturalne mechanizmy odpornościowe. Mogą ulec zmianie, lub ewentualnie spowolnieniu, niekorzystne procesy zachodzące w organizmie.

5.4. Edukacja zdrowotna

Kolejnym, i również nie w pełni dotąd docenionym, a zarazem kryjącym w sobie ogromne możliwości, elementem leczenia uzdrowiskowego jest edukacja zdrowotna.

Powszechnie wiadomo, że na pozytywne efekty prowadzonej przez lekarza terapii można liczyć jedynie wtedy, gdy w proces zapobiegania i leczenia zaangażowany jest i czynnie w nim uczestniczy pacjent. Sprawą oczywistą jest, iż aby można było liczyć na świadomą i aktywną współpracę ze strony chorego, musi on posiadać określony zasób wiedzy na temat swego schorzenia. Ma to szczególne znaczenie w przypadku schorzeń przewlekłych. Edukacja powinna być prowadzona dwukierunkowo. Po pierwsze, jako edukacja skierowana do wszystkich pacjentów, poruszająca problemy ogólne, dotyczące pro-zdrowotnego stylu życia, a przede wszystkim właściwego odżywiania, aktywności fizycznej i negatywnego działania nałogów, oraz jako edukacja kierowana pod adresem mniejszych grup pacjentów z konkretnymi schorzeniami, poruszająca problemy bardziej szczegółowe, związane z poszczególnymi jednostkami chorobowymi. U pacjentów należy wyrabiać poczucie odpowiedzialności za stan swojego zdrowia, kształtować świadomość faktu, że lekarz jest jedynie osobą pomagającą choremu wrócić do zdrowia. Warunki pobytu w uzdrowisku umożliwiają prowadzenie zorganizowanych form edukacji zdrowotnej, takich jak: prelekcje, pogadanki, projekcje filmowe i inne.

6. Profile lecznicze

Profile, lub kierunki lecznicze, to grupy schorzeń, których leczenie prowadzone jest w danym uzdrowisku. Podstawą do ustalenia profili leczniczych dla danego uzdrowiska są warunki klimatyczne, zasoby naturalnych tworzyw leczniczych oraz odpowiednio wyposażona baza zabiegowa, stosowna do potrzeb leczniczych dla danej grupy schorzeń. Profile lecznicze określają możliwości terapeutyczne danego uzdrowiska i oznaczają, iż jest ono najlepiej przygotowane do prowadzenia leczenia właśnie tych a nie innych chorób. Profile lecznicze są zatwierdzone przez ministra zdrowia. W polskich uzdrowiskach podstawowe kierunki lecznicze obejmują:

- choroby układu krążenia,
- choroby układu oddechowego,
- choroby układu trawienia,
- choroby narządów ruchu i reumatyczne,
- choroby kobiece,
- choroby metaboliczne i endokrynologiczne,
- choroby skóry,
- choroby układu moczowego.

Oprócz wyżej wymienionych profili leczniczych, opracowane są wskazania ogólne i wskazania szczegółowe. **Wskazania ogólne** informują, czy dany zespół jednostek chorobowych w ogóle kwalifikuje się do leczenia uzdrowiskowego, czy też nie. **Wskazania szczegółowe** informują już szczegółowo o wskazaniach do leczenia w uzdrowisku konkretnej jednostki chorobowej, jak również wskazania do tego leczenia, w zależności od zaawansowania danej choroby lub jej powikłań. Niejako analogicznie do wskazań leczniczych, określone są również **przeciwwskazania ogólne i szczegółowe**. Np. profilem leczniczym danego uzdrowiska mogą być choroby układu krążenia, wskazaniem ogólnym nadciśnienie tętnicze, a wskazaniem szczegółowym I i II okres zaawansowania tego schorzenia. Z kolei III i IV okres nadciśnienia będzie stanowił przeciwwskazanie szczegółowe.

Znajomość powyższych zagadnień jest niezwykle istotna przy podejmowaniu działań marketingowych, mających zachęcać ludzi do korzystania z usług lecznictwa uzdrowiskowego. Pacjentowi zamierzającemu skorzystać z tej formy leczenia należy przede wszystkim proponować uzdrowiska zgodne z rodzajem schorzenia, czyli którego profil leczniczy jest zgodny z istniejącym u pacjenta schorzeniem.

7. Działalność naukowa, szkoleniowa i nadzór merytoryczny nad lecznictwem uzdrowiskowym

Jedyną w kraju jednostką naukowo-badawczą zajmującą się problematyką lecznictwa uzdrowiskowego jest obecnie **Katedra i Klinika Balneologii i Chorób Przemiany Materii Akademii Medycznej w Bydgoszczy**. Klinika ma swoją siedzibę w Ciechocinku, w obiektach PPU, gdzie posiada wydzielony 40-lóżkowy oddział w Szpitalu Uzdrowiskowym „Dom Zdrojowy” oraz Pracownię Balneotechniki, mieszczącą się w budynku Zakładu Przyrodoleczniczego nr II. Katedra i Klinika kierowana jest przez prof. Irenę Ponikowską. Podstawową działalnością Kliniki jest działalność dydaktyczna. Klinika zajmuje się szkoleniem przed- i podyplomowym w zakresie balneologii i medycyny fizykalnej.

Prowadzone są tu regularne zajęcia dla studentów VI roku Akademii Medycznej w Bydgoszczy, w ramach przedmiotu – balneologia. Klinika organizuje również i prowadzi, jako jedyna w Polsce, szkolenia podyplomowe lekarzy z całego kraju, w ramach specjalizacji z balneologii i medycyny fizykalnej. Tutaj też odbywają się dwa razy do roku egzaminy na II stopień w/w specjalizacji. W tym miejscu zaznaczyć warto, iż w ostatnich latach zauważa się znaczny wzrost zainteresowania lekarzy z całego kraju uzyskaniem tej specjalizacji. Dotyczy to zarówno lekarzy pracujących w uzdrowiskach, jak też poza nimi, w zakładach rehabilitacji i fizjoterapii. Drugim kierunkiem działalności Kliniki jest działalność naukowo-badawcza. Klinika prowadzi prace poznawcze nad mechanizmami działania zabiegów balneologicznych oraz wdrożeniowe, praktyczne, dotyczące wprowadzania do leczenia uzdrowiskowego nowych metod leczniczych i nowej aparatury zabiegowej. W Klinice opracowywane są podręczniki z zakresu leczenia uzdrowiskowego przeznaczone dla lekarzy oraz materiały edukacyjne dla pacjentów.

Dużą rolę w podnoszeniu jakości świadczonych w uzdrowiskach usług leczniczych odgrywają **ośrodki badawczo-konsultacyjne (OBK)**. Istnieją one w wielu uzdrowiskach, na bazie łóżkowej Państwowych Przedsiębiorstw Uzdrowiskowych. Ośrodki te prowadzone są przez samodzielnych pracowników naukowych Klinik i Instytutów. Prowadzą one badania dotyczące możliwości wykorzystania uzdrowiskowych metod leczniczych w leczeniu i rehabilitacji wielu różnorodnych schorzeń. Współpraca PPU z Klinikami i Instytutami w ramach OBK ma długoletnią tradycję, sięgającą czasów bezpośrednio powojennych. Przez ten czas ośrodki opublikowały wiele prac naukowych. Dodatkową, ogromnie ważną rolę spełnianą przez OBK, jest aktywny udział w podnoszeniu kwalifikacji lekarzy zatrudnionych w uzdrowiskach, poprzez szkolenie i wykłady dla nich prowadzone, jak i umożliwienie lekarzom uzdrowiskowym odbywania staży w Klinikach i Instytutach.

Nadzór merytoryczny nad działalnością leczenia uzdrowiskowego w Polsce pełni **Zespół Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Balneologii i Medycyny Fizykalnej**. Przewodniczącym Zespołu jest obecnie prof. Wiesław Kochański.

Nadzór nad działalnością wszystkich zakładów leczenia uzdrowiskowego, znajdujących się w danej miejscowości uzdrowiskowej, pełni **lekarz naczelny uzdrowiska**.

8. Zasady kierowania do uzdrowisk

Zasady kierowania do uzdrowisk w ramach środków budżetowych reguluje Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie kwalifikowania do zakładów leczenia uzdrowiskowego oraz zasad korzystania ze świadczeń tych zakładów z dn. 11.10.1991 r. Zgodnie z w/w zarządzeniem na leczenie w szpitalu uzdrowiskowym pacjent może być skierowany ze szpitala, przychodni przyszpitalnej lub odpowiedniej przychodni specjalistycznej. Do sanatorium uzdrowiskowego pacjenci mogą być kierowani przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Wystawione przez w/w jednostki wnioski na leczenie uzdrowiskowe przekazywane są do wojewódzkich komisji leczenia uzdrowiskowego (w przypadku pacjentów dorosłych) lub do wojewódzkich poradni matki i dziecka (w przypadku dzieci). Wyżej wymienione jednostki są jedynymi dysponentami skierowań na leczenie uzdrowiskowe ze środków Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

Należy dodać, iż w zakładach leczenia uzdrowiskowego prowadzone jest, od pewnego czasu, leczenie rehabilitacyjne ze środków Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego i Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Od kilku lat, w niektórych polskich uzdrowiskach, w wytypowanych i zweryfikowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych oddziałach, prowadzony jest **program rehabilitacji w ramach prewencji rentowej**. W ramach tego programu do w/w oddziałów kierowani są pacjenci zagrożeni utratą zdolności do pracy, tj. przebywający na długotrwałym zwolnieniu lekarskim, posiadający świadczenie rehabilitacyjne lub orzeczoną czasową rentę inwalidzką. Pacjenci ci kierowani są do oddziałów w celu przeprowadzenia postępowania rehabilitacyjnego, mającego za cel przywrócenie im zdolności do pracy. Ośrodki ZUS uzupełniają również, w miarę potrzeb, diagnostykę pacjentów. W oparciu o efekty przeprowadzonej rehabilitacji, ordynator oddziału wydaje orzeczenie o zdolności pacjenta do dalszej pracy, sugeruje jej ewentualne ograniczenie lub potrzebę zmiany zawodu. Pacjenci w ramach w/w programu kierowani są do uzdrowisk przez lekarzy prowadzących leczenie oraz przez lekarzy orzeczników, po weryfikacji i za pośrednictwem odpowiednich komórek ZUS. Program, w chwili obecnej, obejmuje pacjentów ze schorzeniami układu ruchu i układu krążenia. Podobne działania, również od kilku lat, prowadzi, w stosunku do swoich ubezpieczonych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

W szeregu uzdrowiskach, z reguły w sanatoriach branżowych, prowadzona jest rehabilitacja pacjentów ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dla osób posiadających orzeczenie o inwalidztwie organizowane są 14-dniowe **turnusy rehabilitacyjne**. Turnusy te organizowane są często we współpracy ze stowarzyszeniami osób niepełnosprawnych. Dotyczą zarówno dorosłych jak i dzieci. Łączą one w sobie elementy rehabilitacji fizycznej i psychicznej różnorodnych grup schorzeń, czasem połączone są z terapią zajęciową lub z kursami zawodowymi.

Od kilku lat, w ślad za postępującymi w naszym kraju przemianami ustrojowymi i ograniczeniami w zakresie finansowania lecznictwa uzdrowiskowego ze środków budżetowych, coraz większą grupę wśród pacjentów korzystających z dobrodziejstw lecznictwa uzdrowiskowego stanowią **osoby samodzielnie opłacające leczenie** i pobyt w uzdrowisku. Aby takie leczenie odbyć, wystarczy zarezerwować miejsce bezpośrednio w wybranym przez siebie uzdrowisku i terminie. Procedura ta jest bardzo prosta, i choćby tylko właśnie z uwagi na to, coraz częściej wybierana. Z reguły nie wymaga również dłuższego oczekiwania na miejsce. Droga ta ma jednakże, oczywiście pomijając aspekt finansowy, poważną wadę. Pacjent nie posiadający dostatecznej wiedzy na temat leczenia uzdrowiskowego, lub czerpiący tę wiedzę z nierzetelnych źródeł, narażony jest na wybór niewłaściwego uzdrowiska, niezgodnego ze swoimi potrzebami. Rola właściwie prowadzonej promocji uzdrowisk, skierowanej do tych właśnie osób, wydaje się być ogromna.

9. Istotne elementy marketingu i promocji lecznictwa uzdrowiskowego

W wyniku trwających od kilku lat przemian uzdrowiskowych i zmian zasad finansowania lecznictwa uzdrowiskowego, wydatnie wzrosło zapotrzebowanie na działania promujące ten dział lecznictwa. Rzetelnie prowadzone działania marketingowe w tym zakresie powinny obejmować:

- działania mające na celu propagowanie i utwierdzanie w świadomości społecznej faktu, iż podstawowym **celem pobytu** w uzdrowisku jest cel leczniczy, celami drugorzędnymi, nie kolidującymi z nim, jednakże nie mogącymi go przesłaniać, mogą być z powodzeniem cele rekreacyjne, wypoczynkowe i turystyczne;
- propagowanie rzetelnych informacji ułatwiających dokonanie **wyboru uzdrowiska**, odpowiedniego dla osiągnięcia zamierzonego celu pobytu. Należy zlecać wybór uzdrowiska i zakładu leczniczego, przede wszystkim, w oparciu o

profile lecznicze związane z klimatem uzdrowiska, oraz posiadanymi przezeń możliwościami w zakresie działalności leczniczej w danej jednostce chorobowej. Sprawą drugorzędną powinny być takie elementy, jak: komfort bazy hotelowej, możliwość odbycia interesującej wycieczki krajoznawczej, uczestniczenia w imprezach rozrywkowych, czy aktualnie panująca moda na kurację w danej miejscowości. Pamiętać należy, że wynikiem źle wybranego miejsca na leczenie uzdrowskie może być nie tylko brak efektu leczniczego, ale również pogorszenie się stanu zdrowia pacjenta;

- prowadzenie szerokiej informacji na temat **zasad korzystania** z tej specyficznej formy leczenia jaką jest leczenie uzdrowskie. Należy rzetelnie informować, iż dla osiągnięcia właściwego efektu terapeutycznego leczenia uzdrowskiego, oprócz odpowiednio dobranych i właściwie stosowanych zabiegów leczniczych, niezbędny jest odpowiednio długi czas ich stosowania, obejmujący minimum 3 tygodnie. Krótsze okresy pobytu zalecać należy jedynie osobom młodym i zdrowym, dla osób chorych lub w podeszłym wieku mogą być one wręcz szkodliwe.

Niestety, przyznać trzeba, że zasady te często nie są przestrzegane. W celu pozyskania jak największej liczby kuracjuszy komercyjnych, nierzadko promuje się, przede wszystkim, drugorzędne aspekty kuracji w uzdrowsku. Foldery pełne są przyciągających wzrok zdjęć i chwytliwych haseł reklamowych, często marginalnie traktując sprawy lecznictwa. Zaobserwować można tendencję do przekształcania się niektórych zakładów lecznictwa uzdrowskiego i całych uzdrowsk w ośrodki wczasowo-wypoczynkowe, ukierunkowane na pozyskanie maksymalnej liczby turystów i wczasowiczów, często z pominięciem aspektu leczniczego pobytu w uzdrowsku. Tendencja ta jest szczególnie silna w uzdrowskach atrakcyjnych turystycznie. Taką politykę należy uznać za krótkowzroczną. Uzdrowska polskie nie posiadają walorów turystycznych, umożliwiających im konkurowanie z miejscowościami wypoczynkowymi, np. w krajach basenu Morza Śródziemnego. Mogą natomiast, z powodzeniem, pozyskiwać pacjentów w celach leczniczych. Zapotrzebowanie na tę formę leczenia jest bardzo duże, o czym świadczą stale wydłużające się kolejki pacjentów oczekujących na skierowanie do uzdrowska. Uzdrowska polskie mają też duże potencjalne możliwości przyjmowania chorych z wielu krajów Europy, tym bardziej, że w szeregu z nich lecznictwo uzdrowskie nie jest zorganizowane w formie znanej u nas, z dobrze rozwiniętą infrastrukturą, fachowo przygotowaną kadrą i długimi tradycjami tego typu leczenia. Problemy te niewątpliwie zyskają na znaczeniu z chwilą wejścia Polski do struktur europejskich. Warto zatem postawić na rzetelną promocję polskich uzdrowsk, uwypuklając ich istotę, jaką jest działalność lecznicza.



