

SEKTOR TURYSTYKI ZDROWOTNEJ POMORZA ZACHODNIEGO NA TLE PRZEOBRAŻEŃ SPOŁECZNO- -EKONOMICZNYCH UNII EUROPEJSKIEJ

Bogusław Stankiewicz

Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie

Streszczenie. W opracowaniu podjęto próbę oceny perspektyw rozwojowych sektora turystyki zdrowotnej w skali regionu. Poddano konfrontacji zjawiska i procesy obiektywnie oddziałujące na obecne i przyszłe kierunki rozwoju społeczno-ekonomicznego Unii Europejskiej w odniesieniu do rozwiązań instytucjonalnych UE. Analizując uwarunkowania w otoczeniu zewnętrznym sektora – poziom makro i mezo – wykazano występowanie dwóch tendencji: a) niedopasowania (skostnienia) krajowych strategii rozwoju turystyki (sektora turystyki zdrowotnej) do zmian jakościowych w skali europejskiej (megaczynniki rozwoju) przy jednoczesnej b) próbie nadania turystyce zdrowotnej nowych impulsów rozwojowych przez włączenie jej w ramy szerszych rozwiązań instytucjonalnych, które obserwujemy na poziomie sąsiadujących z Pomorzem Zachodnim landów RFN, czyli regionalnej polityki rozwoju sektora jako komponentu w ramach dynamicznie rozwijającej się gospodarki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: turystyka, turystyka zdrowotna, gospodarka zdrowotna, czynniki rozwoju, region, Unia Europejska

WSTĘP

Dla osób oraz analityków zajmujących się prognozą oraz rozwojem gospodarczym otwartych gospodarek w skali makro i mezo pierwszoplanowym i zasadniczym zadaniem staje się poszukiwanie, enumeracja i pomiar wpływu czynników oddziałujących na obecne i przyszłe procesy rozwojowe w ramach gospodarki światowej, kontynentów (ugrupowań integracyjnych) oraz państw i ich struktur wewnętrznych. Analogiczne podejście powinno dotyczyć także poszczególnych sfer gospodarki, a w tym turystyki, jeśli punktem odniesienia staje się szczególna rola turystyki w dynamizowaniu gospodarki świata i każdego z państw. Istnieje też sprzężenie zwrotne w postaci oddziaływania procesów

Adres do korespondencji – Corresponding author: Bogusław Stankiewicz, Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie, Wydział Ekonomiczny, Zakład Polityki Gospodarczej i Turystyki, ul. Żołnierska 47, 71-210 Szczecin, e-mail: bstankiewicz@zut.edu.pl

zmian w gospodarce na turystykę jako całość i jej elementy składowe, co w naukach ekonomicznych jest obserwowalne i owocuje wielką liczbą publikacji.

Kryzys gospodarczy lat 2007–2009 uświadomił uczestnikom sceny gospodarczej istnienie kanałów transmisji, w rozumieniu skutków transmisji niekorzystnych zjawisk kryzysu systemu bankowego i ich przenoszenia na inne działy gospodarki, czego wyraźnym potwierdzeniem jest spowolnienie tempa wzrostu gospodarczego poszczególnych krajów, a także korekty w wielkości i kierunkach rozwoju destynacji oraz wielkości obrotów przemysłu turystycznego. Innymi słowy, skutki kryzysu uświadomiły podmiotom gospodarczym i decydentom (centrum) destrukcyjne oddziaływanie bagatelizowanego jednego czynnika, jakim były spekulacyjne instrumenty tzw. inżynierii finansowej, zmuszając rządy najważniejszych gospodarczo państw świata (w tym UE) do gwałtownego poszukiwania środków zaradczych. Powstaje zatem pytanie, jakie są inne czynniki wpływu, jaki jest ich charakter, gdzie te czynniki powstają i jakie są kanały transmisji na obszary UE (przestrzeń gospodarczą oraz sektor turystyki).

Biorąc za punkt wyjścia koncepcję uszczegółowienia problemu, należy przyjąć następującą metodykę szczegółową jego analizy:

1. Czy znane są obiektywne czynniki wpływu na obecny i perspektywiczny kształt przestrzeni gospodarczej Unii Europejskiej i jakie może być przełożenie tych „megaczynników” na sytuację Polski, polskiej turystyki, turystyki Pomorza Zachodniego?

2. Jak polityka instytucjonalna Unii Europejskiej (w dziedzinie innowacji i konkurencyjności, widoczności turystyki, zrównoważonego rozwoju, rozwoju regionów, policentrycznego rozwoju UE, likwidacji dysproporcji w ochronie zdrowia w ramach UE itd.) przekłada się na krajową politykę instytucjonalną w dziedzinie turystyki (turystyki uzdrowiskowej)?

3. Czy polityka instytucjonalna w odniesieniu do turystyki w Polsce jest efektywnie monitorowana, jakie są kierunki zmian (modyfikacji) w oficjalnych dokumentach centrum lub jego agend i czy sektor turystyki uzdrowiskowej odczuwa pozytywny wpływ oddziaływania centrum w sferach rentowności, innowacyjności i konkurencyjności? W tym miejscu zasygnalizujemy, iż analiza wniosków z dwóch kolejnych kongresów uzdrowisk polskich – XVII Kongresu w Kudowie-Zdroju w dniach 29–31 maja 2008 r. oraz XVIII Kongresu w Muszynie w dniach 4–6 czerwca 2009 r. – dobitnie pokazuje, iż mimo upływu czasu uzdrowiska polskie odczuwają te same problemy.

4. Bazując na jednej z wielu rekomendacji Narodowego Banku Polskiego [Polska wobec światowego kryzysu gospodarczego 2009], zakładającej potrzebę analizy uwarunkowań i tendencji (zmian) w gospodarce Republiki Federalnej Niemiec w powiązaniu z koncepcjami rozwojowymi Polski, należy podjąć próbę przeniesienia wniosków z obserwacji sektora turystyki niemieckiej na sytuację turystyki zdrowotnej (uzdrowiskowej) Polski.

5. Ostatnim krokiem będzie transpozycja doświadczeń na obszar Pomorza Zachodniego – terytorium, na którym funkcjonują 4 spółki uzdrowiskowe Skarbu Państwa oraz 52 zakłady uzdrowiskowe, co uzasadnia merytoryczną i poznawczą potrzebę przyjętej koncepcji artykułu.

ROZWÓJ SPOŁECZNO-EKONOMICZNY A ROZWÓJ TURYSTYKI ZDROWOTNEJ – DETERMINANTY I WSPÓLZALEŻNOŚCI ROZWOJU. WARUNKI BRZEGOWE

Rozwój Unii Europejskiej odbywa się na terytorium obejmującym obszary zróżnicowane pod względem ludności, warunków klimatyczno-geograficznych, kultury, stopnia urbanizacji oraz poziomu rozwoju ekonomicznego. Instrumentem mającym na celu badania i studia w zakresie rozwoju przestrzennego w wymiarze międzynarodowym, krajowym i regionalnym jest Europejska Sieć Obserwacyjna Planowania Przestrzennego ESPON (European Spatial Planning Observation Network), koordynująca projekty interdyscyplinarne i międzytematyczne grup badawczych z wielu krajów i instytucji (publicznych i prywatnych) w omawianej dziedzinie. W latach 2002–2006 ESPON był 5-letnim programem badawczym w ramach wspólnotowej inicjatywy INTERREG III. W ramach tego programu ESPON był twórcą wielu scenariuszy rozwoju przestrzennego, spośród których szczególnego rozgłosu nabral raport pt. „Spatial Scenarios for Europe” opublikowany w Brukseli w maju 2007 r.

Niezależnie od stosunku do opracowań prognostycznych należy zgodzić się z tezą, że w tym sięgającym po 2030 r. scenariuszu prawidłowo wyartykułowano 4 zasadnicze czynniki (megaczynniki) rozwoju obszarów europejskich, a mianowicie:

- zmiany demograficzne w Europie,
- proces globalizacji (rozumiany jako wrażliwość na procesy globalizacji),
- obszary wzrostu i koncentracji kapitału,
- poziom konkurencyjności.

Z polskiego punktu widzenia (gospodarka, turystyka) najistotniejsze rekomendacje tego scenariusza można przedstawić następująco:

1. Dane o umieralności i przeżywalności wskazują, że w większości państw UE średni wiek mieszkańca będzie ulegał wydłużeniu, przy czym Polska nie będzie odbiegać od tendencji widocznych w pozostałych państwach Unii. Relatywnie najmłodszymi społeczeństwami legitymować się mają Wielka Brytania i Irlandia.

2. Zgoła inaczej został oceniony potencjał ludnościowy – Polska razem ze wszystkimi krajami Europy Środkowo-Wschodniej oraz Włochami i Niemcami znajdzie się w grupie państw o zmniejszającej się liczbie ludności ogółem (0–1% rocznie). Biorąc pod uwagę pozostałe obszary wzrostu ludnościowego, prognozuje się, że jądrem ekonomiczno-demograficznej aktywności UE ma stać się pentagon (pięciokąt) rozpostarty między Londynem, Paryżem, Mediolanem, Monachium i Hamburgiem.

3. Dla Polski perspektywy rozwoju technologii oceniono najniżej w 3-stopniowej skali, a wśród polskich ośrodków metropolitalnych nie ma ani jednego miasta, dla którego ustalono poziom internacjonalizacji. Wysokim poziomem internacjonalizacji legitymować się mają takie ośrodki, jak: Paryż, Londyn, Bruksela, Amsterdam, Monachium, Hamburg, Oslo, Sztokholm, ale także Praga i Budapeszt.

4. Według scenariusza, obszar koncentracji kapitału i technologii do 2030 r. przybierze kształt pentagonalny (środkowa część Europy) z potokami (korytarzami) przepływów biegnącymi od takich ośrodków metropolitalnych, jak: Madryt i Barcelona, Rzym, Glasgow, Kopenhaga, Sztokholm i Oslo, Berlin i Warszawa, Wiedeń, Praga i Budapeszt. W korytarzu Warszawa i Łódź-Berlin mieści się Poznań, odnotowano także boczny kory-

tarz Kraków, Katowice, Wrocław-Berlin. Poza obszarem aktywności i przepływów kapitałowych i technologicznych mają pozostać Szczecin i Gdańsk. Generalnie wymienione miasta Polski zaliczono do tzw. słabych metropolitalnych europejskich obszarów wzrostu (weak Metropolitan European Growth Areas – weak MEGA).

5. Kształt przestrzenny obszarów o największej konkurencyjności do 2030 r. przybiera postać pentagonalną i ulokowany jest na obszarze od Płn. Włoch (Lombardia), przez terytoria regionów wzdłuż Renu do terenów Płd. Wschodniej i Centralnej Anglii. Dodatkowe korytarze to z: Marsylii i Lyonu, Paryża i Płn. Francji, Kopenhagi i Hamburga oraz Budapesztu, Pragi i Wiednia.

Scenariusz według kryterium konkurencyjności nadaje Paryżowi i Londynowi rangę miast o znaczeniu globalnym, a generatorami konkurencyjności (poza pięciokątem) mają być: Berlin, Helsinki, Sztokholm, Madryt, Barcelona i Rzym (tzw. European Engine). Do miast typu weak MEGA z terenu Polski zaliczono: Warszawę i Łódź, Kraków, Katowice, Wrocław, Poznań, Szczecin i Gdańsk.

Reasumując, rekomendacje scenariusza są dla Polski mało optymistyczne, sugerują bowiem, że Polska może przegrać szansę cywilizacyjnego skoku, jaką daje uczestnictwo w UE i wykorzystanie nowoczesnych czynników rozwoju. Największy ośrodek metropolitalny (Warszawa) pozostanie w tyle za Pragą i Budapesztem, a w Polsce przestrzeń aktywności kapitału, ludzi i myśli lokować się będzie między Wisłą i Odrą – scenariusz „Polski dwóch prędkości”. Powstaje zatem pytanie: Czy w sytuacji urzeczywistnienia się tego scenariusza – czego nie można wykluczyć – zmiany w przestrzeni gospodarczej UE wpłyną na sytuację i perspektywy rozwojowe turystyki? Należy przyjąć że tak, a pierwszym sektorem najbardziej podatnym na omawiane tendencje będzie turystyka biznesowa¹.

Na kondycję i perspektywy turystyki uzdrowiskowej (zdrowotnej) niewątpliwy wpływ – co już jest wyraźnie artykułowane w UE – będzie miał magaczynnik demograficzny i jest to szansa dla polskich przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Podobnie niewątpliwy wpływ na kierunki rozwoju destynacji turystyki zdrowotnej będzie miała decyzja o budowie pod Berlinem supernowoczesnego lotniska i to jest czynnik niekorzystny.

ROZWIĄZANIA INSTYTUCJONALNE A „EKONOMIZACJA” TURYSTYKI ZDROWOTNEJ

Aby w pełni uzmysłowić sobie rolę przedsiębiorstw uzdrowiskowych w systemie turystyki krajowej i w systemie gospodarki Polski, należałoby postawić pytania: Czy przedsiębiorstwa uzdrowiskowe stanowią problem dla gospodarki kraju? Czy są kluczem do rozwiązania problemów zdrowotnych polskiego społeczeństwa? Potwierdzeniem sensowności tak postawionych pytań może być dyskusja odbyta w marcu 2010 r. nad komunikatem Komisji Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów pt. „Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE” [COM(2009)567 wersja ostateczna], gdzie mówi się,

¹Już obecnie krajem o największych średnich wpływach od jednego turysty jest Dania – miejsce przyjazdu zamożnych biznesmenów.

iż cel zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia HIAP (Heath in All Policie) – zapisany na równi z jednolitym rynkiem w traktacie lizbońskim – pozostaje raczej pustym sloganem na szczeblu UE, kryjącym nierównowagę spowodowaną powszechną dominacją jednolitego rynku [SOC/351, 5.5.4].

Wielowątkowa i opisana w literaturze przedmiotu sfera turystyki (turystyki uzdrowiskowej) cechuje się jednak pewną słabością, której należy upatrywać w dominacji czynnika marketingu, co powoduje (zastrzeżenie podnoszone przez badaczy z dziedziny nauk o zarządzaniu) że cele marketingowe przedsiębiorstwa (także jednostek samorządu terytorialnego – regionu, powiatu, gminy oraz państwa) stały się celami strategicznymi przedsiębiorstwa (jednostki samorządu, państwa), a na drugi plan schodzi problem przychodów firmy w powiązaniu z rentownością. Wstydliwie traktowane i najczęściej przemilczane w analizach sektora zagadnienie jego rzeczywistej siły ekonomicznej powoduje, że na takie kategorie ekonomiczne, jak konkurencyjność, przewaga konkurencyjna (trwała przewaga konkurencyjna), innowacje i innowacyjność przedsiębiorstwa itd. należy patrzeć z dystansem, a nawet z niewiarą co do ostatecznych ustaleń. Dlatego koncentrując się na niektórych, wybranych problemach, należy powtórzyć, że:

1. Rynek turystyki uzdrowiskowej w Polsce jest w pierwszym dziesięcioleciu XXI wieku przykładem oligopsonu – z jednej strony podaż reprezentuje względnie duża liczba około 400 podmiotów uzdrowiskowych (w tym 24 spółki Skarbu Państwa), podczas gdy efektywny popyt na produkty uzdrowiskowe reprezentuje Narodowy Fundusz Zdrowia (jak również ZUS i KRUS). Wolny rynek (sprzedaż komercyjna) uzdrowiskowy jest, według różnych wyliczeń, nakierowany na 30–35% klientów, a ponadto podmioty uznawane za typowo rynkowe (kapitał prywatny), jeśli spełniają wymogi ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, też ubiegają się o kontrakty z NFZ. Dominacja NFZ nad przedsiębiorstwami uzdrowiskowymi, przejawiająca się m.in. w dyktowaniu cen za usługi uzdrowiskowe, jest od wielu lat przedmiotem krytyki. Problemem nadal nierozwiązanym pozostają tzw. niedojazdy, jako skutek sytuacji, w której kontraktobiorca (przedsiębiorstwo uzdrowiskowe) z mocy kontraktu z NFZ jest zobowiązane utrzymywać określoną liczbę miejsc, natomiast NFZ nie wywiązuje się z zapewnienia ustalonej liczby kuracjuszy. Straty z tego tytułu wahają się w granicach 5–10% i mają często duży wpływ na końcowy wynik finansowy firmy.
2. Dominacja NFZ nad podmiotami uzdrowiskowymi przejawia się nie tylko w dyktowaniu warunków cenowych, ale także w określaniu:
 - a) ogólnej kwoty środków przeznaczanych na leczenie uzdrowiskowe. Porównanie tempa wzrostu budżetu NFZ z limitami środków alokowanych do tego sektora wskazuje na powstawanie dysproporcji – tempo wzrostu budżetu w latach 2005–2010 było wyższe (157,4%) niż tempo wzrostu wydatków na sektor (155,4%). Ponadto, w planie na 2010 r. na ogólną kwotę 54 076 mln zł na leczenie uzdrowiskowe planuje się przeznaczenie niewiele ponad 10% budżetu – 546,1 mln zł [Sprawozdanie roczne NFZ 2006–1010];
 - b) od strony „technologii” medycznych spośród jednostek chorobowych według międzynarodowej klasyfikacji ICD tylko 10 tych jednostek NFZ zamierza finansować w 2010 r.:

- dla szpitali uzdrowiskowych: choroby ortopedyczno-urazowe (symbole S, T) – 12 jednostek, choroby układu nerwowego (symbol G) – 8 jednostek, choroby reumatologiczne (symbol M) – 7 jednostek, choroby kardiologiczne i nadciśnienia (symbol I) – 3 jednostki,
- dla sanatoriów uzdrowiskowych: choroby ortopedyczno-urazowe (S, T) – 27 jednostek, choroby reumatologiczne (M) – 13 jednostek, choroby kardiologiczne i nadciśnienia (I) – 4 jednostki, choroby dolnych dróg oddechowych (J) – 3 jednostki, cukrzyca (F) – 2 jednostki,
- leczenie sanatoryjne dzieci (symbol G) – 4 jednostki [Zarządzenie... 2009, załączniki 5 i 6].

Podsumowując powyższe, w konfrontacji z sytuacją, iż np. spółki uzdrowiskowe Skarbu Państwa posiadają więcej uprawnień leczniczych niż te refundowane przez NFZ, nietrudno zgodzić się z hipotezą A. Hadzika, że: „*Procesy (...) objawiające się zmniejszeniem zakresu społecznej ochrony ubezpieczeniowej na rzecz komercjalizacji usług przyczynią się do rozwoju turystyki zdrowotnej uzdrowisk*” [Hadzik 2009].

3. Większość polskich przedsiębiorstw uzdrowiskowych jak na standardy europejskie to przedsiębiorstwa o małej skali przychodów – z 24 spółek uzdrowiskowych w gestii Ministra Skarbu Państwa (MSP) tylko 9 odnotowuje przychody powyżej 20 mln zł rocznie (około 5 mln €)².

Z problematyką skali produkcji (obrotów) wiąże się zagadnienie rentowności gospodarowania. I tu uwidacznia się związek między profilem lecznictwa a zyskiem firmy – im pełniejszy profil lecznictwa, tym zysk jest niższy, co oznacza, że zysk netto uzyskują przedsiębiorstwa mające w swej ofercie produktowej wyłączny lub dominujący udział usług typu SPA & Wellness. Klasyczne przedsiębiorstwa uzdrowiskowe odnotowują bądź stratę na działalności, bądź niewielki zysk w przedziale 0–5%, czego dowodem jest kondycja spółek MSP (problem opisany zarówno w literaturze przedmiotu, jak też w raporcie NIK z 2002 r).

4. Poruszony powyżej rozdzźwięk między efektami z gospodarowania a możliwościami wygenerowania środków na potrzeby rozwojowe (inwestycje) i dotrzymania kroku konkurencji jest ewidentnie widoczny w odniesieniu do spółek uzdrowiskowych MSP. W 2010 r. mija pierwszy rok opóźnień w realizacji zapisów Rozporządzenia Ministra Skarbu Państwa z dnia 8 października 2008 r. w sprawie wykazu zakładów lecznictwa uzdrowiskowego prowadzonych w formie jednoosobowych spółek Skarbu Państwa, które nie będą podlegać prywatyzacji (Dz.U. Nr 192 poz. 1186), w myśl którego do końca czerwca 2009 r. miało być sprzedanych 5 uzdrowisk MSP, a środki uzyskane ze sprzedaży ministerstwa zamierzało przeznaczyć na dokapitalizowanie 7 uzdrowisk ze 100-procentowym udziałem Skarbu Państwa³. Zwłoka w podjęciu rozstrzygają-

²Nie ma całościowej wiedzy o innych podmiotach gospodarczych, z fragmentarycznych ustaleń wynika, iż na około 400 podmiotów uzdrowiskowych w skali kraju około 5% osiąga wzmiankowane obroty (przychody).

³Jeśli w 2008 r. oceniano, że potrzeby rozwojowe całego sektora MSP oscylowały wokół kwoty około 1300 mln zł (330 mln €), to nietrudno wyszacować, iż w odpowiedniej proporcji największe firmy mające pozostać w gestii resortu wymagają zasilenia finansowego w granicach 100–120 mln €, a każdy rok opóźnień – w sytuacji dyskryminacji spółek prawa handlowego w ubieganiu się o unijne środki publiczne – sytuację jedynie pogarsza.

- cych decyzji właściciela nie może być tłumaczona kryzysem lat 2007–2009, jak też konstrukcją ambitnych (na granicy ryzyka gospodarczego) planów rozwojowych spółek, czego dowodem mogą być programy rozwojowe „Uzdrowiska Kołobrzeg” S.A. i „Uzdrowiska Świnoujście” S.A.
5. W warunkach konkurencji rynkowej szczególnego znaczenia nabierają procesy innowacyjności, nie wnikając w tym miejscu w zawłości definicyjne pojęcia, które ex definitione powinny być determinantą poprawy konkurencyjności (pozycji konkurencyjnej) firm sektora turystyki uzdrowskiej. Mimo iż w literaturze obserwuje się coraz częściej próby uchwycenia wpływu innowacji na procesy rozwojowe uzdrowisk, to ich lektura nie może budzić zaufania. Powodem niewiary w ustalenia badaczy jest fakt, że najczęstszym instrumentem pomiaru jest ankieta (wywiad standaryzowany), zawierająca pytania o odczucia menadżerów lub kierowników firm dotyczące wpływu innowacji na wyniki firmy, bez przedstawienia w kilkuletniej perspektywie (okresie zastosowania innowacji) rezultatów gospodarowania oraz ich efektywności. Stąd publikowane dane przekraczają najśmielsze oczekiwania – gdy myśli się o odsetku firm innowacyjnych – i są w wyraźnej dysproporcji z ustaleniami natury ogólniejszej, np. z wynikami badania GUS. W konkluzji należałoby postawić pytanie, czy:
- a) innowacyjność przedsiębiorstw sektora turystyki uzdrowskiej jest istotnie lepsza niż innowacyjność ogółu polskich przedsiębiorstw (przypominamy iż przeprowadzone 2-krotnie badania GUS z zastosowaniem metodologii kompatybilnej z metodologią Eurostatu oraz procedurami Oslo Manual wskazały na spadek innowacyjności polskich przedsiębiorstw, zarówno w grupie ogółem, jak też we wszystkich kategoriach – od firm małych po średnie i duże),
 - b) czy w ramach sektora działa hipoteza Schumpetera-Galbraitha, głosząca, iż procesy innowacyjności przesuują się w kierunku średnich i dużych przedsiębiorstw, jako że wiedza o sprawdzeniu lub negacji hipotezy ma znaczenie w programowaniu, np. strategii rozwojowych sektora i całej turystyki,
 - c) czy innowacyjność w ramach sektora, a także branży turystyki spowoduje weryfikację ustaleń Instytutu Koniunktur i Cen w Warszawie [Analiza... 2003], który analizując produkt turystyczny Polski i siedmiu krajów odniesienia Europy sformułował wniosek generalny, że Polska skazana jest na przyjazdy ubogich turystów, z małą ilością pieniędzy, i to na krótko! Ma to istotne znaczenie, gdy weźmie się pod uwagę, że brak jest jakichkolwiek odniesień do cytowanych powyżej badań w opracowanej przez Polską Organizację Turystyczną „Marketingowej strategii Polski w sektorze turystyki na lata 2008–2015”, i to w sytuacji oczekiwania na nadzwyczajne dochody sektora turystyki w 2012 r., w którym Polska będzie współorganizatorem Piłkarskich Mistrzostw Europy EURO 2012.

MOŻLIWOŚCI WYKORZYSTANIA PRZEZ POLSKĄ DOŚWIADCZEŃ NIEMIECKICH W TURYSTYCE UZDROWSKOWEJ

Jak już wspomniano we wstępie, Narodowy Bank Polski trafnie odczytuje, że poznanie mechanizmów i doświadczeń niemieckich – zachodniego sąsiada Polski jako podstawowego partnera gospodarczego – oraz transpozycja tych doświadczeń na nasz grunt

może mieć pozytywny wpływ na rozwój gospodarczy kraju. Generalnie doświadczenia i rekomendacje niemieckie w sektorze turystyki zdrowotnej (uzdrowiskowej) mają swoje źródło w dwóch przestrzeniach – pierwsza to turystyka uzdrowiskowa RFN rozpatrywana jako całość, druga to inicjatywy landów, które w swym obszarze działania czują się odpowiedzialne za wielofunkcyjny rozwój gospodarczy.

Analizując dane zwarte w referacie R. Petrego odnoszące się do Niemiec, można sprecyzować następujące wnioski:

- Niemiecki „przemysł uzdrowiskowy” to około 300 kurortów i obiektów SPA o obrotach rocznych 28 mld €.
- W 2006 r. przedsiębiorstwa turystyki uzdrowiskowej przyjęły 18,1 mln gości, oferując im 97,8 mln pobyków.
- istotne dla polskich firm parametry ekonomiczne:
 - średni przychód jednej firmy wyniósł ponad 93 mln € (18-krotnie więcej niż przychody czołówki polskich firm uzdrowiskowych),
 - z ogólnej liczby 18,1 mln kuracjuszy dla 2,4 mln koszty pokryły firmy ubezpieczeń społecznych – wyraźna dominacja sprzedaży komercyjnej,
 - przeciętne dzienne wydatki na jednego kuracjusza wyniosły 50,3 € (około 210 zł),
 - w okresie 1999–2007 liczba kuracjuszy wzrosła o 21,2%, ale średni okres pobytu kuracjusza zmniejszył się z 6,3 dnia do 5,35 dnia.
- Wniosek generalny – w Niemczech przeciętny turysta-kuracjusz był zwolennikiem krótkich kuracji (ale intensywnych medycznie), za które uiścił relatywnie niską opłatę – około 297 € (około 1200 zł) [Petry 2009]

Przewidywane w Niemczech trendy demograficzne w perspektywie do 2050 r. zakładają znaczny wzrost liczby osób obu płci powyżej 60. roku życia, z czego największą populację dla kobiet mają stanowić panie w wieku 80–85 lat, a u mężczyzn 65-latkowie. Wychodząc naprzeciw naturalnym procesom starzenia się społeczeństwa, władze Brandenburgii i Berlina przyjęły ideę tworzenie **klastra gospodarki zdrowotnej**, który cechuje (2007 r.):

- 348 500 zatrudnionych (co 8. zatrudniony ogółem),
- 22 mld € obrotów, w tym 14 mld € wartości nowotworzonej brutto (13% PKB landów),
- 15 000 studentów na kierunkach związanych z gospodarką zdrowotną oraz 30 000 uczniów zawodu,
- 180 przedsiębiorstw z zakresu biotechnologii i biomedycyny, 250 przedsiębiorstw z zakresu techniki medycznej i 24 przedsiębiorstwa farmaceutyczne,
- 120 szpitali klinicznych i 48 klinik rehabilitacyjnych,
- 570 domów pogodnej starości i zakładów opiekuńczych,
- 1400 aptek,
- 9800 prywatnych praktyk lekarskich [Gesundheitscluster...2009].

Istotą tego klastra jest „cebulowy model gospodarki zdrowotnej” zawierający następujące komponenty – począwszy od warstwy pierwszej (najbliższej człowiekowi) po ostatnią, czyli:

- sport i czas wolny, wellness, odżywianie, turystyka, wypoczynek,

- ubezpieczenia chorobowe, badania naukowe i rozwój, organizacje gospodarki zdrowotnej, administracja publiczna,
- przemysł farmaceutyczny, usługi i rzemiosło zdrowotne, technika medyczna, biotechnologia i technologia genetyczna,
- handel hurtowy produktami dla zdrowia, handel specjalistyczny + apteki,
- ochrona zdrowia,
- szpitale, placówki, lekarze.

W perspektywie do 2030 r. zakłada się wzrost wartości nowowytworzonej klastra do 20,2 mld €, z czego ochrona zdrowia i opieka społeczna mają stanowić 14,3 mld €.

Jest interesujące, że struktura wewnętrzna klastra jest inna niż struktury funkcjonujące w Polsce, a w jej skład wchodzi:

- sieć gospodarka zdrowotna Berlin-Brandenburgia,
- biuro klastra wraz z rzecznikiem sieci, koordynator tzw. Masterplanu,
- 12 pól działania reprezentowanych przez pełnomocników ds. poszczególnych pól,
- grupa sterująca (sekretarze stanu ds. nauki i zdrowia, przedstawiciele Senatu Berlina, przedstawiciele Kancelarii Stanu kraju związkowego Brandenburgia).

Konkludując, należy dobitnie stwierdzić, że zachodni sąsiedzi Polski zapoczątkowali drugą (po koncepcji małego przedsiębiorstwa) unikalną w skali europejskiej koncepcję przebudowy struktury gospodarczej kraju, co może być skutecznym środkiem przeciwdziałania zjawiskom zmierzchu tzw. tradycyjnej turystyki zdrowotnej. Doświadczenia niemieckie mogą być wykorzystywane przy tworzeniu koncepcji gospodarki zdrowotnej w Polsce, także na poziomie regionu, pod warunkiem, że skutecznie zostanie przezwyciężona niewydolność obecnego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

PODSUMOWANIE

Rozwój przedsiębiorstw lecznictwa uzdrowiskowego jest podstawowym wyznacznikiem współczesnych czasów, ponieważ oferując skuteczne produkty lecznicze, jest w stanie zareagować na zmiany w zapotrzebowaniu społecznym w XXI wieku, wyrażające się wzrostem świadomości zdrowotnej, a także stopniową poprawą zamożności. Równocześnie turystyka zdrowotna jest, analogicznie do innych dziedzin gospodarki, podatna na zjawiska kryzysowe oraz na mody i wahnięcia w kierunkach rozwoju destynacji turystycznej.

Zbudowany w krajach związkowych Berlin-Brandenburgia klaster umożliwi harmonijne zrealizowanie wielu celów, a w tym świadczenie usług na poziomie lokalnym i regionalnym, co zwiększa odporność sektora (gospodarki zdrowotnej) na zjawiska kryzysowe; jest stymulatorem wzrostu zatrudnienia oraz jakości zatrudnionej kadry, umiejętnie wykorzystuje innowacyjność nowych dziedzin technologii (przemysł farmaceutyczny, biotechnika, techniki medyczne) oraz łączy dynamikę w sferze badań naukowych i rozwoju z konkretnymi potrzebami społeczeństwa.

PIŚMIENNICTWO

- Analiza przewag konkurencyjnych Polski na międzynarodowym rynku turystycznym. Instytut Konunktur i Cen Handlu Zagranicznego, Warszawa, marzec 2003, 23 (wniosek 25).
- Gesundheitscluster in Metropolen und Grenzregionen, Health Capital Berlin-Brandenburg, 19 Mai 2009, 6–10.
- Hadzik A., 2009. Turystyka zdrowotna uzdrowisk, Wydawnictwo AWF, Katowice
- Komunikat Komisji Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Społeczno-Ekonomicznego i Komitetu regionów „Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE” COM(2009) 567 wersja ostateczna.
- Marketingowa strategia Polski w sektorze turystyki na lata 2008–2015. Polska Organizacja Turystyczna, Warszawa, październik 2008.
- Petry R., Czy w Europie występuje zmierzch uzdrowisk i klasycznego leczenia? Marketing uzdrowiskowy w państwach europejskich, [w:] Innowacyjne kierunki rozwoju turystyki uzdrowiskowej i lecznictwa uzdrowiskowego, XVIII Kongres Uzdrowisk Polskich, Muszyna, 4–6 czerwca 2009, 104–106.
- Polska wobec światowego kryzysu gospodarczego. Narodowy Bank Polski, Warszawa, wrzesień 2009, 11.
- Rozporządzenie Ministra Skarbu Państwa z dnia 8 października 2008 r. w sprawie wykazu zakładów lecznictwa uzdrowiskowego prowadzonych w formie jednoosobowych spółek Skarbu Państwa, które nie będą podlegać prywatyzacji (Dz.U. Nr 192, poz. 1186).
- Spatial Scenarios for Europe. Bruksela, maj 2007, 4–10.
- Sprawozdania roczne NFZ za lata 2005, 2006, 2007, Plan na rok 2010.
- Zarządzenie nr 61/209/DSM Prezesa NFZ z 2 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe.

WEST POMERANIAN HEALTH TOURISM ON THE BACKGROUND OF SOCIO-ECONOMIC TRANSFORMATIONS OF THE EUROPEAN UNION

Abstract. The article addresses the attempt of a new reading of the growth prospects for the health tourism sector in the region through the confronting phenomena and processes which objectively affect the present and future socio-economic growth trends in the European Union in the face of institutional arrangements. Analysing the conditions in the external environment of the sector – macro and meso levels – the existence of two trends was proved: 1) mismatch (fossilization) between national tourism development strategies (health tourism sector) to qualitative changes in the European Union (megafactors of development) during 2) the attempt to give a new impetus of development to health tourism through the incorporation into the framework of broader institutional arrangements which can be observed in the German federal lands neighbouring with West Pomerania., that is, regional sector development policy as a component within the booming health economy.

Key words: tourism, health tourism, health economy, factors of development, region, the European Union

Zaakceptowano do druku – Accepted for print 13.10.2010