ZACHODNIOPOMORSKI UNIWERSYTET TECHNOLOGICZNY
W SZCZECINIE
WYDZIAŁ EKONOMICZNY
Dyscyplina Ekonomia i Finanse

mgr Natalia Aleksandra Oleszczyk

WPŁYW TURYSTYKI ZDROWOTNEJ NA ROZWÓJ LOKALNY WYBRANYCH GMIN WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Promotor:
dr hab. Agnieszka Brelik, prof. ZUT
Katedra Studiów Regionalnych i Europejskich
Zachodniopomorski Uniwersytet
Technologiczny w Szczecinie

Promotor pomocniczy:
dr Aneta Becker
Katedra Zastosowań Matematyki w Ekonomii
Zachodniopomorski Uniwersytet
Technologiczny w Szczecinie

Szczecin 2023

Chciałabym serdecznie podziękować Pani Promotor dr hab. Agnieszce Brelik, prof. ZUT za poświęcony czas, pracę włożoną w kształt rozprawy doktorskiej, motywację, pomoc, przekazaną wiedzę oraz niezliczone konsultacje.

Szczególne podziękowania składam również Pani Promotor Pomocniczej dr Anecie Becker, za otrzymane wsparcie w trakcie pisania pracy, udzielone uwagi oraz cenne wskazówki.

Dziękuję również Koleżankom i Kolegom z Katedry Studiów Regionalnych i Europejskich za wsparcie, motywacje i wspaniałą atmosferę w trakcie pracy naukowej.

Na koniec chciałabym serdecznie podziękować i zadedykować rozprawę doktorską swoim rodzicom, bratu i narzeczonemu, ponieważ bez ich wyrozumiałości, pomocy i wspierania i nie byłoby to możliwe.

SPIS TREŚCI

Wstęp 7

ROZDZIAŁ I. ZAGADNIENIA METODYCZNE.....11

1.1. Uzasadnienie wyboru tematu 11
1.2. Cel pracy i hipotezy badawcze..... 13
1.3. Metody badawcze, zakres badania i źródła informacji 14

ROZDZIAŁ II. ROZWÓJ REGIONALNY I LOKALNY – UJĘCIE PROBLEMOWE.....25

2.1. Pojęcie i istota rozwoju regionalnego 25
2.2. Determinanty rozwoju regionalnego..... 33
2.3. Wybrane teorie rozwoju regionalnego 36
2.4. Rozwój regionalny a rozwój lokalny 40

ROZDZIAŁ III. SPECYFIKA I UWARUNKOWANIA ROZWOJU TURYSTYKI ZDROWOTNEJ.....47

3.1. Istota i znaczenie turystyki zdrowotnej..... 47
3.2. Determinanty rozwoju turystyki zdrowotnej..... 54
3.2.1. Kierunki zmian w turystyce zdrowotnej 54
3.2.2. Turystyka zdrowotna w Polsce – dynamika zmian i perspektywy rozwoju....59
3.3. Stan i uwarunkowania funkcjonowania turystyki w Polsce..... 64
3.4. Charakterystyka turystyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim.... 76

ROZDZIAŁ IV. WPŁYW DZIAŁALNOŚCI SAMORZĄDU GMINNEGO NA TURYSTYKĘ ZDROWOTNĄ. POMIAR FUNKCJI TURYSTYCZNEJ 87

4.1. Zdefiniowanie wpływu samorządu gminnego na turystykę zdrowotną i gospodarkę lokalną..... 87
4.2. Zalecenia i pomiar funkcji turystycznej w wybranych gminach..... 93
4.3. Czynniki wpływające na rozwój turystyki zdrowotnej na poziomie lokalnym ... 107
4.4. Wpływ turystyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim na rozwój lokalny..... 113

ROZDZIAŁ V. SYSTEMATYZACJA GMIN WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO Z WYKORZYSTANIEM WSKAŹNIKÓW SPOŁECZNO-GOSPODARCZYCH I TURYSTYCZNYCH 123

5.1. Społeczno-gospodarcze uwarunkowania funkcjonowania województwa zachodniopomorskiego..... 123

5.2. Dysproporcje warunków społeczno-gospodarczych w funkcjonowaniu gmin województwa zachodniopomorskiego 128
5.3. Klasyfikacja i typologia gmin województwa zachodniopomorskiego 140
5.3.1. Zakres przestrzenny i czasowy 140
5.3.2. Dobór zmiennych do badania 141
5.3.3. Badania klasyfikacyjne obszarów i wydzielenie grup typologicznych 142
ROZDZIAŁ VI. SPECYFIKA OFERTY TURYSTYKI ZDROWOTNEJ REALIZOWANEJ W WYBRANYCH GMINACH WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO 149
6.1. Uwarunkowania funkcjonowania obiektów hotelowych świadczących usługi z zakresu turystyki zdrowotnej 149
6.2. Kondycja finansowa wybranych obiektów turystyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim 176
6.3. Prezentacja podmiotów realizujących usługi z zakresu turystyki zdrowotnej – case study 194
6.3.1. Arka Medical SPA Kołobrzeg 194
6.3.2. Uzdrowisko Świnoujście 197
6.3.3. Uzdrowisko Połczyn Zdrój 199
Wnioski i podsumowanie 203
Bibliografia 211
Akty prawne, dokumenty 231
Inne źródła 232
Spis tabel 233
Spis rysunków 236
Spis wykresów 237
Załączniki 239
Załącznik nr 1. 240
Załącznik nr 2. 246
Streszczenie 267
Summary 269

Wstęp

Turystyka stanowi istotną gałąź gospodarki w województwie zachodniopomorskim, co wynika w znacznej mierze z bezpośredniego dostępu do Morza Bałtyckiego, dogodnej lokalizacji i rozbudowanej infrastruktury turystycznej, która umożliwia nie tylko dojazd, ale także przyjęcie i obsługę dużej ilości turystów. Rozwój turystyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim możliwy jest między innymi na terenie gmin uzdrowiskowych, w miejscach, gdzie znajdują się złoża borowin czy solanki. Dzięki bogactwom naturalnym możliwe jest prowadzenie działalności rehabilitacyjno-leczniczej i spa&wellness, która w wielu regionach Polski nie jest możliwa między innymi ze względu na brak odpowiednich złóż surowców.

Od lat obserwowany jest znaczący wzrost dynamiki rozwoju turystyki zdrowotnej w Polsce, o czym świadczy rosnąca liczba ośrodków świadczących usługi z tego zakresu. Na terenie województwa zachodniopomorskiego poza pięcioma gminami uzdrowiskowymi (Świnoujście, Kołobrzeg, Połczyn Zdrój, Dąbki, Kamień Pomorski) znajduje się wiele obiektów, które oferują nie tylko noclegi i wyżywienie, ale również świadczą usługi spa&wellness. Udział w turnusie leczniczym lub rehabilitacyjnym możliwy jest nie tylko w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, ale również w hotelu, do którego przyjeżdżają też goście na urlop wypoczynkowy, szkolenia, konferencje, bez konieczności korzystania z zabiegów (na przykład: Arka Medical SPA w Kołobrzegu, Health Resort Panorama Morska w Jarosławcu). Ze względu na zmieniające się trendy – wydłużenie długości trwania życia, starzejące się społeczeństwo, coraz więcej osób korzysta z możliwości wyjazdów do sanatoriów. Część kuracjuszy pokrywa koszty wyjazdów na turnusy uzdrowiskowe w pełni ze środków prywatnych, natomiast niektóre osoby wyjeżdżają do sanatorium w ramach NFZ (w całości pokrywane są koszty: opieki medycznej podczas turnusu, zabiegów, wyżywienia i noclegów), ZUS lub KRUS. Poza zmieniającymi się trendami demograficznymi z roku na rok wzrasta zainteresowanie zdrowym stylem życia, odżywianiem, przez co, coraz więcej osób dostrzega potrzebę dbania o wygląd zarówno wewnętrzny, jak i zewnętrzny – stąd rosnące zainteresowanie zabiegami spa&wellness, które wykonuje się nie tylko na twarz, ale i ciało.

Sektor turystyki zdrowotnej w Polsce jest atrakcyjny dla odwiedzających pod względem kosztów zabiegów i pobytów w ośrodkach. Polska jest krajem, w którym ceny usług zdrowotnych są stosunkowo niskie w odniesieniu do jakości świadczeń medycznych. Z tego też względu rozwój turystyki zdrowotnej staje się ważnym

ekonomicznie czynnikiem rozwoju gospodarki w przyszłości. Dlatego w pracy podjęto próbę diagnozy specyfiki rynku turystyki zdrowotnej i określenia wpływu turystyki zdrowotnej na rozwój lokalny w wybranych gminach województwa zachodniopomorskiego.

Stan wiedzy o turystyce zdrowotnej w kraju stanowi przedmiot wielowątkowych dyskusji. Jednak koncentrując się na turystyce uzdrowiskowej i spa&wellness na poziomie gminnym, problematyka badawcza jest wciąż mało pogłębiona i występują luki badawcze.

Rozprawa doktorska składa się z sześciu rozdziałów, poprzedzonych wprowadzeniem, w którym nawiązano do tematyki turystyki zdrowotnej. Praca zwieńczona jest wnioskami i podsumowaniem. Pierwsze trzy rozdziały są to rozdziały teoretyczne, czwarty ma charakter teoretyczno-empiryczny, natomiast piąty i szósty są to rozdziały analityczno-empiryczne. Konstrukcja rozprawy stanowi rezultat przyjętego celu głównego i celów szczegółowych. Wartością dodaną dysertacji, są badania prowadzone w kierunku zmniejszenia luki empirycznej w zakresie turystyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim. Rozdziały są jednocześnie punktem odniesienia w procesie badawczym do dalszych analiz.

W pierwszym rozdziale dokonano uzasadnienia wyboru tematyki badawczej, określono cel główny pracy i cele szczegółowe. Wskazano hipotezy badawcze dysertacji. Określono ramy czasowe i przestrzenne podejmowanej analizy i omówiono istotę oraz przebieg metod badawczych, które zostały wykorzystane w rozprawie, a także wskazano źródła pozyskiwania danych.

Drugi rozdział został poświęcony charakterystyce pojęcia i istoty rozwoju regionalnego. Wymienione i omówione zostały determinanty rozwoju regionalnego, uwzględniające różne klasyfikacje podziału. Następnie określono czynniki wpływające na rozwój w świetle wybranych teorii. Dokonano również analizy porównawczej między pojęciami rozwoju regionalnego i lokalnego.

W trzecim rozdziale określono istotę i znaczenie rynku turystyki zdrowotnej oraz opisano jego funkcje. Dokonano charakterystyki pojęcia w kontekście narzędzia przyczyniającego się do rozwoju regionalnego. Omówione zostały kierunki zmian i określono dynamikę tych zmian na poziomie krajowym. W rozdziale tym przedstawiono analizę turystyki w badanym województwie na tle Polski i analizą turystyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim.

Czwarty rozdział, będący rozdziałem teoretyczno-empirycznym, zawiera opis wpływu samorządu gminy na gospodarkę lokalną i turystykę zdrowotną. Określono kompetencje samorządu w zakresie kreowania turystyki. W rozdziale tym zbadano funkcję turystyczną w wybranych gminach województwa zachodniopomorskiego i wskazano czynniki, które wpływają na rozwój turystyki zdrowotnej na szczeblu lokalnym. Omówiono stan turystyki uzdrowiskowej na badanym obszarze oraz przedstawiono wpływ turystyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim na rozwój lokalny w wybranych gminach z wykorzystaniem Taksonomicznego Miernika Rozwoju.

W piątym rozdziale przeprowadzono analizę sytuacji społeczno-gospodarczej na poziomie gmin w województwie zachodniopomorskim, wskazując na istniejące dysproporcje w ogólnym rozwoju społeczno-gospodarczym tych gmin. W rozdziale tym dokonano również klasyfikacji gmin badanego województwa z wykorzystaniem metody k-średnich. W celu porównania przedstawiono wyniki badań dla 2017 i 2020 roku i wskazano trzy grupy gmin województwa zachodniopomorskiego, z których pierwsza stanowiła zestaw gmin najlepszych pod względem poziomu rozwoju lokalnego i turystyki, a trzecia – skupiała najsłabsze gminy, które charakteryzowały się zmiennymi o najniższych wartościach wskazujących na gorszą sytuację gospodarczą i turystyczną.

Szósty rozdział zawiera wyniki badań empirycznych w zakresie turystyki zdrowotnej, w których uwzględniono badanie ankietowe i analizę finansową wybranych obiektów turystycznych w województwie zachodniopomorskim. Ponadto dokonano charakterystyki podmiotów turystycznych, świadczących usługi turystyki zdrowotnej (między innymi: spa&wellness, uzdrowiskowe, lecznicze).

Praca kończy się wnioskami i podsumowaniem rozważań teoretycznych oraz badań empirycznych nad diagnozą specyfiki rynku turystyki zdrowotnej i jej wpływu na rozwój lokalny w wybranych gminach województwa zachodniopomorskiego.

Przedstawione w pracy rozważania teoretyczne oraz wyniki i wnioski z przeprowadzonych badań empirycznych stanowią próbę uporządkowania i pogłębienia poruszanej problematyki. Badania mają charakter aplikacyjny i mogą być podstawą do dalszych pogłębionych analiz i rozważań. Niniejsza rozprawa stanowi wkład do badań nad oceną wpływu turystyki zdrowotnej na rozwój lokalny. Poruszone w dysertacji zagadnienia są wciąż istotne i aktualne, a wyniki badań mogą pobudzać do dyskusji.

ROZDZIAŁ I. ZAGADNIENIA METODYCZNE

1.1. Uzasadnienie wyboru tematu

Ostatnie kilkadziesiąt lat to okres intensywnych zmian w podejściu i rozwoju turystyki, w szczególności turystyki zdrowotnej. Spowodowane jest to głównie zmianami demograficznymi – starzeniem się społeczeństwa [Grzybowska-Brzezińska, Szmyt 2011, s. 591-592], zwiększającą się populacją osób starszych, rosnącym poziomem dochodów mieszkańców i ilości czasu wolnego. Turystyka zdrowotna jest intensywnie rozwijającym się segmentem turystyki w województwie zachodniopomorskim, stąd zasadność podjęcia badań w tym zakresie. Rozprawa dotyczy ważnego problemu, jakim jest diagnoza specyfiki rynku turystyki zdrowotnej i określenie wpływu turystyki zdrowotnej na rozwój lokalny na przykładzie wybranych gmin województwa zachodniopomorskiego.

W literaturze występuje wiele definicji turystyki zdrowotnej, w których zwraca się uwagę na uwzględnienie w niej: turystyki uzdrowiskowej, leczniczej oraz spa&wellness. Próby zdefiniowania zagadnienia turystyki zdrowotnej podjęli się między innymi: M. Tabacchi [1997], A. Łoś [2012], B. Włodarczyk [2010], M. Boruszczak [2010], B. Kaczor, E. Szczepankowska [2014], określając ją jako każdy rodzaj podróży z miejsca swojego zamieszkania na okres minimum doby, organizowany przez podmioty rynku usług turystycznych, dla polepszenia stanu zdrowia fizycznego i psychicznego. A. Hadzik, R. Tomik i J. Ryśnik [2016] dokonali podziału turystyki zdrowotnej, dzieląc ją na: medyczną i spa&wellness.

Na potrzeby dysertacji turystykę zdrowotną określono jako **„świadomy i dobrowolny wyjazd w czasie wolnym od pracy poza miejsce zamieszkania, w celu regeneracji zdrowia dzięki aktywności fizycznej i psychicznej podczas wypoczynku”**. Zakres turystyki zdrowotnej w pracy ograniczono do działalności uzdrowiskowej oraz spa&wellness. Obiekty świadczące usługi zdrowotne spełniają trzy istotne funkcje: leczniczą, turystyczną i uzdrowiskową.

Według W. W. Gaworeckiego [2010] wyróżnia się następujące motywy uprawiania tej formy turystyki przez społeczeństwo:

- aktywny wypoczynek, który powinien być dostosowany do możliwości i stanu zdrowia,
- obecny stan zdrowia uczestnika turystyki zdrowotnej, który stanowi uzasadnienie potrzeby spędzenia czasu wolnego we wskazany przez lekarza sposób, w określonym miejscu, dla poprawy zdrowia,

- odnowa sił, przez regenerację organizmu, co wynika najczęściej z lokalizacji obiektów zdrowotnych, zazwyczaj w ramach urlopu.

Obecnie coraz większa część społeczeństwa propaguje zdrowy styl życia, przez co turystyka zdrowotna cieszy się rosnącym zainteresowaniem zarówno w Polsce, jak i na świecie. Wynika to ze wzrostu świadomości ludzi w kwestii konieczności dbania o zdrowie i mody na aktywne spędzanie czasu wolnego. Współcześnie wzrost zainteresowania dbaniem o wygląd zewnętrzny stał się domeną znacznej części społeczeństwa, co przyczyniło się do rosnącego zainteresowania usługami spa&wellness. Właściciele obiektów, których profil działalności związany jest z turystyką uzdrowiskową oraz spa&wellness, dostrzegają zmianę celu przyjazdu uczestników. Poza chęcią poprawy stanu zdrowia jako istotne uznano również wypoczynek i możliwość skorzystania z szerokiej oferty usług turystycznych. Łączenie leczenia z odpoczynkiem stało się globalnym trendem [Religioni, Religioni 2015, s. 63-67]. Na potrzeby pracy założono, że odbiorcami usług turystyki zdrowotnej są:

- kuracjusze, dla których głównym celem wyjazdu jest leczenie,
- kuracjusze-turyści, dla których cel wyjazdu związany jest z profilaktyką zdrowotną,
- turyści, dla których głównym celem jest wypoczynek.

W literaturze przedmiotu i opracowaniach w zakresie działalności zdrowotnej oraz jej wpływu na sytuację gospodarczą gmin województwa zachodniopomorskiego występuje deficyt badań poznawczych. Dotychczas przeprowadzono wiele analiz w zakresie między innymi turystyki uzdrowiskowej [Boruszczak 2009; Kraś 2011; Góra 2013; Górna 2010; Karbowiak 2015; Białk-Wolf 2010, Taniewski 2010], które dotyczą uwarunkowań i kierunków rozwoju oraz jej charakterystyki.

Z badawczego punktu widzenia występuje potrzeba zajęcia się omawianą tematyką, ponieważ nie odnotowano dotychczas kompleksowych analiz dotyczących diagnozy specyfiki rynku turystyki zdrowotnej i określenia wpływu turystyki zdrowotnej na rozwój lokalny w gminach województwa zachodniopomorskiego. Z analizy najnowszych ekonomicznych dysertacji krajowych, dotyczących problematyki determinant rozwoju turystyki wynika wyraźny podział czynników na popytowe (zewnętrzne i zewnętrzno-wewnętrzne) oraz podażowe [Oparka 2014; Mroczek-Czetwertyńska 2013; Niezgoda, Zmyślony 2006; Burzyński i in. 2005]. W pracy podjęto między innymi próbę identyfikacji

wpływu turystyki zdrowotnej na rozwój lokalny w badanym regionie, co umiejscawia rozprawę w naukach ekonomicznych, w tym, w ekonomice turystyki.

Rozwój funkcji gospodarczej jednostek samorządu terytorialnego spowodowany działalnością turystyczną wiąże się ze złożonymi interakcjami i konsekwencjami zarówno pozytywnymi, jak i negatywnymi. Zmieniające się trendy dotyczące popytu na usługi turystyki zdrowotnej są spowodowane nie tylko możliwościami ekonomicznymi społeczeństwa, ale również sytuacją demograficzną, która jest głównym czynnikiem wpływającym na rozwój tej formy działalności turystycznej w kraju i na świecie.

W Polsce badania nad oddziaływaniem turystyki na wybrane aspekty poziomu społeczno-gospodarczego regionów prowadzili między innymi: M. Drzewiecki [1980], W. Kurek [1990], M. Kachniewska [2015]. Analiz wykazujących związek między rozwojem turystyki i jego wpływem na rozwój lokalny dokonali: J. Saarinen [2013], R. Sharpley, D. J. Telfer [2002]. Część badań koncentrowała się na korzyściach płynących z rozwoju turystyki dla budżetów samorządowych [Szwichtenberg 2006; Gralak, Karbowiak 2004; Derek 2008]. O ile w przypadku obszarów o cechach monokultury turystycznej wykazanie zależności między poziomem rozwoju społeczno-gospodarczego, a rozwojem funkcji turystycznej (rozumianej jako działalność społeczno-ekonomiczna obszaru, skierowana na obsługę turystów) jest często obarczone błędem związanym z szacowaniem wartości określonych zmiennych, o tyle w przypadku obszarów, a szczególnie gmin, wykazanie takiej zależności jest zadaniem trudnym do zrealizowania [Balińska 2016].

1.2. Cel pracy i hipotezy badawcze

Głównym celem pracy badawczej jest **diagnoza specyfiki rynku turystyki zdrowotnej i określenie wpływu turystyki zdrowotnej na rozwój lokalny na przykładzie wybranych gmin województwa zachodniopomorskiego.**

Na potrzeby celu głównego przyjęte zostały **cele szczegółowe**:

1. Identyfikacja determinant rozwoju regionalnego i lokalnego.
2. Usystematyzowanie definicji usług turystyki zdrowotnej.
3. Opracowanie narzędzi pomiaru rozwoju lokalnego z uwzględnieniem parametrów społeczno-ekonomicznych gmin i funkcji turystyki.
4. Opracowanie autorskiej klasyfikacji gmin województwa zachodniopomorskiego z uwzględnieniem pomiaru rozwoju lokalnego i turystyki zdrowotnej.

5. Ocena funkcjonowania wybranych podmiotów świadczących usługi spa&wellness oraz uzdrowiskowe.

Dwa pierwsze cele szczegółowe mają charakter poznawczy ze względu na zawierające objaśnienia, identyfikację i systematyzację pojęć. Natomiast cele: trzeci, czwarty i piąty mają charakter metodyczny i aplikacyjny, co związane jest z analizą badawczą wskazanego w rozprawie problemu.

W wyniku dokonanej identyfikacji problemów badawczych na potrzeby prowadzonych badań przyjęto następujące **hipotezy badawcze**:

H1: Rozwój turystyki zdrowotnej przyczynia się do poprawy sytuacji społeczno-ekonomicznej wybranych gmin w województwie zachodniopomorskim.
H2: Gminy, w których występują podmioty turystyki zdrowotnej osiągają najwyższy poziom rozwoju lokalnego na tle regionu.
H3: Podmioty turystyki spa&wellness mają lepszą kondycję finansową względem obiektów świadczących usługi uzdrowiskowe.

1.3. Metody badawcze, zakres badania i źródła informacji

Schemat procesu badawczego przeprowadzonego w rozprawie doktorskiej złożony jest z ośmiu następujących po sobie etapów, które przedstawiono w tabeli 1.1.

Tabela 1.1. Schemat procesu badawczego

Etap	Nazwa procesu badawczego
I	Analiza literatury krajowej i zagranicznej oraz danych wtórnych
II	Uzasadnienie doboru problemu badawczego i postawienie hipotez
III	Określenie przedmiotu badania
IV	Zebranie informacji do badań empirycznych
V	Wybór metod do przeprowadzenia badań empirycznych
VI	Przeprowadzenie badań empirycznych
VII	Analiza wyników badań empirycznych
VIII	Wnioski z badań teoretyczno-empirycznych

Źródło: opracowanie własne.

Przedstawiony schemat procesu badawczego ma charakter iteracyjny ze względu na przyjęte w niej działania: studia literaturowe (krajowe i zagraniczne), analizowanie dokumentów, opracowań tematycznych, badanie na podstawie funkcji turystycznej, metod statystycznych, ankiety i analizy finansowej [tabela 1.1.]. Dane zastane zostały

przedstawione w formie tabelarycznej lub graficznej. Obszarem bezpośredniego zainteresowania prowadzonych w rozprawie badań i rozważań było województwo zachodniopomorskie. Podstawowym podmiotem badań były gminy: miejskie (1), wiejskie (2) i miejsko-wiejskie (3) województwa zachodniopomorskiego. Tematyka rozprawy wraz z określonymi celami przeważyła o doborze metod badawczych.

Materiał empiryczny, którym posłużono się w badaniach pochodził z zasobów Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego i Ewidencji Działalności Gospodarczej, bazy danych EMIS, danych zamawianych z Głównego Urzędu Statystycznego, sprawozdań finansowych wybranych przedsiębiorstw turystyki zdrowotnej, które mają obowiązek ich publikowania. Dane wtórne zawierały informacje na temat sytuacji społeczno-gospodarczej i turystycznej w gminach położonych na terenie całego kraju i województwa zachodniopomorskiego w latach 2010-2020. Ponadto w rozprawie wykorzystano obowiązujące akty normatywne, skorzystano z dostępu do stron internetowych i raportów. Poza danymi wtórnymi wykorzystano dane pierwotne, które pochodziły z badań ankietowych, którym objęto 94 podmioty hotelarskie trzy-, cztero- i pięciogwiazdowe w województwie zachodniopomorskim reprezentowane przez menadżerów lub wyznaczonych pracowników. Były to obiekty, które świadczą usługi spa&wellness. Wyniki badań ankietowych opisano i zaprezentowano w formie tabelaryczno-graficznej.

Zakres czasowy prowadzonych w dysertacji badań był zróżnicowany na poszczególnych etapach, w których dążono do realizacji celu głównego i celów szczegółowych. W dysertacji wskazano rok 2020 jako bazowy, ponieważ w momencie przeprowadzania badań ilościowych w gminach województwa zachodniopomorskiego lub województwach (między innymi podczas charakterystyki turystyki w Polsce) – najaktualniejsze dane statystyczne, które były dostępne pochodziły głównie z roku 2020 (niewiele informacji było dostępnych dla roku 2021). Przedział czasowy analiz ograniczony był przede wszystkim stopniem dostępności danych na poziomie gminnym, ponieważ w przypadku wielu zmiennych, jak na przykład stopa bezrobocia – dane GUS publikowane są na poziomie powiatowym, wojewódzkim lub krajowym. W rozdziale piątym, gdzie dokonano autorskiej klasyfikacji gmin województwa zachodniopomorskiego z uwzględnieniem poziomu rozwoju lokalnego i turystyki zdrowotnej – procedurę badawczą przeprowadzono dla lat 2017 i 2020, ponieważ nie wszystkie zmienne publikowane są każdego roku. Mając na uwadze specyfikę roku bazowego wskazanego

do badania, spowodowaną wybuchem pandemii COVID-19, dzięki dokonaniu pomiarów w szerszych przedziałach czasu, możliwe jest bardziej obiektywne ocenienie zmian zachodzących w wybranych gminach województwa zachodniopomorskiego i dostrzeżenie różnic lub ich braku w funkcjonowaniu gospodarki, spowodowanych zmianami wywołanymi przez pandemię. Badania pierwotne zostały przeprowadzone od sierpnia do października 2019, kiedy rynek turystyczny funkcjonował jeszcze bez ograniczeń i restrykcji, wprowadzonych po ogłoszeniu pandemii.

W rozdziale trzecim wstępnemu badaniu rynku turystycznego poddano wszystkie województwa, oceniając początkowo liczbę osób, która była leczona stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego. Następnie scharakteryzowano rynek turystyczny i turystykę zdrowotną w województwie zachodniopomorskim. W rozdziale wykorzystano analizę dynamiki i struktury.

W następnym rozdziale ograniczono zakres badania do 48 gmin województwa zachodniopomorskiego, dla których dokonano analizy podstawowych i najczęściej stosowanych wskaźników mierzących funkcję turystyczną, do których zalicza się [Szromek 2013]:

1) wskaźnik Baretje'a-Deferta (W_{BD}) – przykład miernika zagospodarowania turystycznego, określający stosunek liczby miejsc noclegowych do liczby mieszkańców gminy [Baretje, Defert 1972]:

$$W_{BD} = \frac{liczba\ miejsc\ noclegowych}{liczba\ stałych\ mieszkańców}\ x\ 100 \quad (1)$$

2) wskaźnik Deferta (W_D) – jest to miernik, który dostarcza informacji o liczbie turystów, którzy przypadają na 1 km^2 powierzchni gminy, co umożliwia określenie gęstości zaludnienia (zatłoczenia) analizowanego obszaru [Defert 1967, s.13]:

$$W_D = \frac{liczba\ turystów\ korzystających\ z\ noclegów}{powierzchnia\ obszaru^1} \quad (2)$$

3) wskaźnik Schneidera (W_S) – jest to miernik służący do zbadania intensywności ruchu turystycznego, ponieważ dostarcza informacji w zakresie liczby turystów, którzy korzystają z noclegów w przeliczeniu na 100 mieszkańców obszaru:

$$W_S = \frac{liczba\ turystów\ korzystających\ z\ noclegów}{liczba\ stałych\ mieszkańców\ obszaru}\ \text{x}\ 100 \quad (3)$$

4) wskaźnik Charvata (W_{CH}) – jest to miara wyrażająca liczbę udzielonych noclegów przypadających na 100 mieszkańców gminy:

[1] Wyrażona w km^2.

$$W_{Ch} = \frac{liczba\ udzielonych\ noclegów}{liczba\ mieszkańców\ obszaru}\ x\ 100 \quad (4)$$

5) wskaźnik gęstości bazy noclegowej (W_{GB}) jest to często stosowana miara rozwoju funkcji turystycznej. Pokazuje on zagęszczenie miejsc noclegowych na badanym obszarze:

$$W_{GBN} = \frac{liczba\ turystycznych\ miejsc\ noclegowych}{powierzchnia\ obszaru^2} \quad (5)$$

Wymienione wskaźniki są przykładem klasycznych miar wykorzystywanych do pomiaru rozwoju funkcji turystycznej, opartych na kilku zmiennych diagnostycznych, które powtarzają się w zmienionych konfiguracjach i z inną miarą odniesienia. Należy wspomnieć, że w literaturze występują również inne wskaźniki wykorzystywane do oceny rozwoju obszarów turystycznych [Szromek 2011, s. 93], na przykład udział osób zatrudnionych w turystyce w ogólnej liczbie pracujących. Dodatkowo w rozdziale tym na potrzeby realizacji celu pracy, utworzony został celowo zestaw zmiennych o charakterze społeczno-ekonomicznym. Do przeprowadzania oceny wpływu turystyki zdrowotnej na rozwój lokalny próbę badawczą ograniczono do gmin, które posiadają status uzdrowiska, bądź zlokalizowane są w nich obiekty hotelowe, które dysponują zapleczem rehabilitacyjnym i/lub strefą spa&wellness.

Zebrane dane wtórne poddano metodzie normalizacji, w wyniku, której dokonano transformacji danych, umożliwiającej porównanie wyników. W rozprawie zastosowano metodę unitaryzacji zerowanej opracowaną przez prof. K. Kukułę [2000]. Cechą charakterystyczną dla tej grupy metod normalizacji jest przyjęcie stałego punktu odniesienia, stanowiącego rozstęp zmiennej normowanej [Kukuła 1999, s. 12].

Różnica w obliczeniach podczas procesu normalizacji, wynika z podziału zmiennych diagnostycznych na stymulanty i destymulanty. Przekształcenia wzoru prezentują się następująco:

- dla stymulant:

$$x_{ij} = \frac{x_{ij} - \min\limits_i x_{ij}}{\max\limits_i x_{ij} - \min\limits_i x_{ij}} \quad (6)$$

gdzie: x_{ij} – wartość j-tej cechy w i-tym obiekcie

- dla destymulant:

$$x_{ij} = \frac{\max_i x_{ij} - x_{ij}}{\max_i x_{ij} - min_i x_{ij}} \quad (7)$$

[2] Wyrażona w km^2.

W wyniku przeprowadzenia normalizacji otrzymuje się wartość cech diagnostycznych, mieszczącą się w przedziale [0;1]. Uzyskane wyniki stanowią gotową bazę danych do dalszych obliczeń.

Po przeprowadzeniu procesu unitaryzacji zerowanej, otrzymany zestaw zmiennych wykorzystano do skonstruowania TMR – taksonomicznego miernika rozwoju. Jest to metoda wykorzystywana najczęściej w celu liniowego uporządkowania charakteryzujących się wieloma cechami obiektów ze względu na rozwój wyróżnionego zjawiska [Becker 2011, s. 29].

Inną nazwą stosowaną dla TMR jest syntetyczny miernik rozwoju, dla której charakterystycznym jest zastępowanie macierzy cech zmiennymi syntetycznymi, które opisują obiekty badania z wykorzystaniem jednej miary agregatowej [Nowak 1990, s. 85]. Dokonując uporządkowania obiektów charakteryzujących się wieloma cechami, niezależnie od tego jaką miarę syntetyczną przyjęto – w tym wypadku doktorantka wskazała TMR, istotne jest, aby dokonać podziału cech na: stymulanty, destymulanty i możliwie występujące nominanty [Ostasiewicz 1998, s. 108-109].

W rozprawie wykorzystano metodę wzorcową wyznaczania miernika syntetycznego. Polega ona na wyprowadzeniu zmiennej syntetycznej, która stanowi funkcję poddanych procesowi normalizacji cech zbioru wyjściowego – przykładem może być zastosowanie omówionej metody unitaryzacji zerowanej prof. K. Kukuły. Dlatego też ze względu na możliwość doboru innej metody normalizacji zachodzą różnice w konstrukcji zmiennych. Zazwyczaj cechy przekształcane są na podstawie wzoru:

$$z_{ik} = \left[\frac{x_{ik}-a}{b}\right]^{c} \quad (k = 1, 2, ..., K, i = 1, 2, ..., N) \tag{8}$$

gdzie: *a, b, c* – parametry normalizacji.

W przypadku wykorzystania metody normalizacji przy doprowadzaniu do porównywalności cech o różnych mianach stosuje się wzór:

$$z_{ik} = \frac{x_{ik}}{\max\limits_{i} x_{ik}} \tag{9}$$

gdzie: $(a = 0, b = \max\limits_{i} x_{ik}, c = 1)$.

Przy założeniu, że otrzymano macierz obserwacji, a cechy diagnostyczne zostały poddane procesowi normalizacji, za proste miary syntetyczne uznaje się średnie arytmetyczne normalizowanych cech zmiennych:

$$z_i = \frac{1}{K}\sum_{k=1}^{K} z_{ik} \tag{10}$$

gdzie: z_{ik} – wyznacza się poprzez na przykład: normalizację.

Miary te przyjmują ostatecznie wartości mieszczące się w przedziale [0;1]. Obiekty osiągają tym lepszą pozycję, im wyższą wartość osiąga miernik syntetyczny – w tym wypadku TMR [Nowak 1990, s.88-90].

Wykorzystywanie miar do grupowania gmin powinno być poprzedzone określeniem zdolności do klasyfikowania grup zawierających jednostki charakteryzujące się podobnym poziomem rozwoju ocenianego zjawiska. Miernik, dzięki któremu można zbadać przydatność TMR do grupowania przedstawia się następująco:

$$G = 1 - \sum_{i=1}^{N-1} \min_i \left\{\frac{z_i - z_{i+1}}{R}, \frac{1}{N-1}\right\} \tag{11}$$

gdzie: $R = \max_i\{z_i\} - \min_i\{z_i\}$, $0 \le G \le 1 - \frac{1}{N-1}$.

Wysoka wartość wskaźnika G informuje o dużej zdolności TMR do klasyfikowania obiektów o podobnych parametrów rozwoju danego zjawiska [Nowak 1990, Becker 2011].

Po uporządkowaniu zbioru obiektów według nierosnących wartości syntetycznego miernika rozwoju dokonano metody klasyfikacji obiektów opartej na dwóch parametrach TMR: odchyleniu standardowym (s_z) syntetycznej miary rozwoju i średniej arytmetycznej ($\bar{z}$). Efektem podjętych działań był podział gmin na cztery grupy [Nowak 1990, s.93]:

grupa najlepsza: $z_i \ge \bar{z} + s_z$ (12)

grupa dobra: $\bar{z} + s_z > z_i \ge \bar{z}$ (13)

grupa umiarkowana: $\bar{z} > z_i \ge \bar{z} - s_z$ (14)

grupa słaba: $z_i < \bar{z} - s_z$ (15)

gdzie: z_i – syntetyczna miara rozwoju, $\bar{z} = \frac{1}{N}\sum_{i=1}^{N} z_i$, $s_z = \sqrt{\frac{1}{N}\sum_{i=1}^{N}(z_i - \bar{z})^2}$.

Kolejny etap badań zamieszczony w rozdziale 5 dotyczył charakterystyki sytuacji społeczno-gospodarczej gmin województwa zachodniopomorskiego. Następnie skoncentrowano się na przeprowadzeniu klasyfikacji gmin w województwie zachodniopomorskim, z wykorzystaniem informacji pochodzących z lat 2017 i 2020. Na potrzeby rozprawy dokonany został podział na trzy grupy typologiczne gmin, z których pierwsza grupa skupiła gminy o najlepszych parametrach, druga o parametrach

dobrych i odpowiednio – trzecia kategoria skupiła gminy o najsłabszych wartościach zmiennych. Klasyfikacji dokonano z wykorzystaniem metody k-średnich, która jest jedną z metod niehierarchicznych, które są stosowane do optymalizowania klasyfikacji obiektów (w tym wypadku gmin) opierając się na analizach skupień [Gatnar 1995]. Ma ona charakter iteracyjny, ponieważ polega na przybliżaniu rozwiązania w wyniku grupowania k-obserwacji zmiennej. Procedura postępowania w przypadku metod optymalizacyjno-iteracyjnych dotyczy działań zmierzających do poprawy zadanego podziału z punktu widzenia odpowiednio określonego kryterium optymalności. Obiekty przydziela się odpowiednio do klas, w których środek ciężkości znajduje się w najbliższym położeniu odległości euklidesowej[3]. Kryterium tworzenia grup stanowi minimalizacja zróżnicowania wewnątrzgrupowego, tj. między obiektami, które wchodzą w skład danego skupienia i maksymalizacja zróżnicowania między wszystkimi grupami [Mazur 2004, s. 533]. Ciąg operacji w klasyfikacji przebiega według trzyetapowego procesu:

1. Na wstępie wyznacza się wyjściową wartość funkcji, stanowiącą kryterium jakości grupowania i maksymalnej liczby iteracji;
2. Następnie ustalane są odległości każdego obiektu od środków ciężkości (tj. wektorów średnich arytmetycznych) istniejących grup;
3. Ostatni etap polega na dokonaniu zmian w przyporządkowaniu do grupy, która charakteryzuje się najbliższym środkiem ciężkości lub grupy zapewniającej największą poprawę jakości klasyfikacji.

Proces grupowania metodą k-średnich uznaje się za zakończony, gdy po sprawdzeniu nie nastąpiło przemieszczenie obiektów, jeśli jednak dochodzi do takiej sytuacji – konieczne jest ponowne przeprowadzenie całej procedury i wyznaczenie nowej funkcji – kryterium. Należy jednak pamiętać, że nie może zostać przekroczona zadana liczba iteracji [Grabiński, 1992].

Metoda *k*-średnich daje możliwość pogrupowania zbioru obiektów na *k*-skupień, które w możliwie największym stopniu będą zróżnicowane między sobą. W literaturze omówiono wiele odmian algorytmu *k*-średnich, które różnią się od siebie między innymi: sposobem definiowania funkcji-kryterium, regułami podejmowania decyzji w procesie klasyfikacyjnym i metodami umożliwiającymi ustalanie wstępnego podziału obiektów. W środowisku badawczym popularność uzyskała metoda, która została opracowana

[3] Jest to geometryczna odległość między punktami w przestrzeni dwuwymiarowej [Parysek, Wojtasiewicz 1979, s. 66].

przez J. A. Hartigana [1975]. Schemat postępowania tej metody można zaprezentować, dzieląc ją na kilka zasadniczych etapów [Grabiński 1992]:

1) Pierwszy krok dotyczy określenia maksymalnej liczby iteracji i klas (k), na jakie ma zostać podzielony n-elementowy zbiór obiektów, przy czym:
$$k \in \langle 2, n-1 \rangle k \in < 2, n-1 >.$$
2) Kolejnym etapem jest ustalenie wyjściowej macierzy środków ciężkości grup klasyfikacyjnych:
$$\mathbf{B} = \left[b_{lj}\right] \quad (l = 1, \ldots, k; j = 1, \ldots, m) \tag{16}$$
gdzie: m – liczba zmiennych.
Poszczególne obiekty należące do zbioru są przyporządkowane do klas, w których odległość euklidesowa jest najmniejsza.
3) Następnie dokonuje się wyznaczenia wartości wyjściowego błędu podziału jednostek pomiędzy k-grupami:
$$e = \sum_{i=1}^{n} d_{il}^2 \tag{17}$$
gdzie: d_{il} – odległość euklidesowa pomiędzy *i*-tym obiektem, a najbliższym *l*-tym środkiem ciężkości:
$$d_{il}^2 = \sum_{j=1}^{m} (x_{ij} - b_{lj})^2 \quad (i = 1, \ldots, n) \tag{18}$$
4) Ostatnim etapem w procesie postępowania jest określenie zmiany błędu podziału dla pierwszego obiektu, które spowodowane są przyporządkowaniem tego obiektu kolejno do wszystkich istniejących klas:
$$\Delta e_l^{(1)} = \frac{n_1 d_{1l}^2}{n_l + 1} - \frac{n_{1l} d_{1l_1}^2}{n_{l_1} - 1} \tag{19}$$
gdzie: n_l – liczebność *l*-tej klasy, d_{1l}^2– odległość pierwszego obiektu od środków ciężkości *l*-tej klasy, n_{l_1}– liczebność klasy zawierającej pierwszy obiekt, $d_{1l_1}^2$ – odległość pierwszej jednostki od najbliższego środka ciężkości.

W przypadku, gdy $min\, \Delta\, e_l^{(1)}$ dla wszystkich $l \neq l_1$ jest ujemna, to pierwszy obiekt zostaje przypisany do grupy klasyfikacyjnej, dla której $\Delta e_l^{(1)} = min$. Po uwzględnieniu zmian przelicza się środki ciężkości grup i wyznacza bieżącą wartość błędu podziału. W sytuacji, gdy $min\, \Delta\, e_l^{(1)}$ jest dodatnia lub równa zero nie dokonuje się żadnych zmian.

Przedstawiony proces działania jest wykonywany ponownie dla każdego analizowanego obiektu – gminy. Przejście całego cyklu działań kończy pierwszą iterację procedury. Proces zostaje zakończony po sprawdzeniu, czy nie nastąpiło przemieszczenie

obiektów z klasy do klasy. W przeciwnym wypadku rozpoczyna się nową iterację. Całość działań jest powtarzana do momentu, w którym liczba iteracji nie przekroczy założonej wielkości.

Metoda k-średnich zastosowana w pracy była wcześniej stosowana do rozwiązywania problemów badawczych w turystyce [Widz 2020; Czyżycki, Hundert, Klóska 2012; Brelik 2019], natomiast w rozprawie wykorzystano ją do opracowania autorskiej klasyfikacji gmin województwa zachodniopomorskiego z uwzględnieniem pomiaru rozwoju lokalnego i turystyki zdrowotnej.

Należy podkreślić, że na potrzeby diagnozy specyfiki rynku turystyki zdrowotnej i określenia wpływu turystyki zdrowotnej na rozwój lokalny na przykładzie wybranych gmin województwa zachodniopomorskiego, dokonana została typologia gmin województwa zachodniopomorskiego i analiza turystyki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem turystyki uzdrowiskowej oraz spa&wellness, co doprowadziło do znacznego ograniczenia próby badawczej w województwie zachodniopomorskim (nie wszystkie gminy realizują funkcję turystyczną (w szczególności związaną z turystyką zdrowotną)). Uzyskane dane dotyczące gmin pozwoliły ocenić czy poziom rozwoju turystyki grupy gmin z najlepszymi wynikami jest tożsamy z grupą gmin, charakteryzującą się najlepszą sytuacją społeczno-ekonomiczną. Określenia wpływu turystyki zdrowotnej na rozwój lokalny na przykładzie wybranych gmin województwa zachodniopomorskiego jest istotnym problemem badawczym, który jest trudny do zdiagnozowania na poziomie gminnym, z uwagi na znaczne braki w dostępności danych statystycznych.

W ostatnim rozdziale dokonano analizy wyników badania ankietowego z wykorzystaniem kwestionariusza ankietowego [Załącznik nr. 1]. Druga część poświęcona została analizie finansowej obiektów turystyki zdrowotnej świadczących usługi uzdrowiskowe i/oraz spa&wellness. W dysertacji nie uwzględniono szczegółowego opisu konstrukcji wskaźników, ze względu na szeroki opis w dostępnej powszechnie literaturze z zakresu rachunkowości lub analizy finansowej. Na potrzeby niniejszej analizy wykorzystano następujące wskaźniki:

– ROA – rentowność operacyjna aktywów:

$$\text{ROA} = \frac{zysk\ netto}{aktywa\ ogółem}\ x\ 100\% \tag{20}$$

– ROE – rentowność zaangażowanych kapitałów:

$$\text{ROE} = \frac{zysk/strata\ netto}{kapitał\ własny}\ x\ 100\% \tag{21}$$

– ROS – rentowność sprzedaży:

$$\text{ROS} = \frac{zysk/strata\ ze\ sprzedaży}{przychody\ ze\ sprzedaży}\ x\ 100\% \quad (22)$$

– CR – wskaźnik bieżącej płynności:

$$\text{CR} = \frac{aktywa\ obrotowe}{zobowiązania\ krótkoterminowe}\ x\ 100\% \quad (23)$$

– QR – wskaźnik szybkiej płynności:

$$\text{QR} = \frac{aktywa\ obrotowe - zapasy - krótkoterminowe\ rozliczenia\ międzyokresowe}{zobowiązania\ krótkoterminowe}\ x\ 100\% \quad (24)$$

– wskaźnik zadłużenia ogółem:

$$\text{Wskaźnik zadłużenia ogółem} = \frac{zobowiązania\ ogółem}{aktywa\ ogółem}\ x\ 100\% \quad (25)$$

– cykl rotacji należności:

$$\text{Cykl rotacji należności} = \frac{należności\ z\ tytułu\ usług}{przychody\ netto\ ze\ sprzedaży}\ x\ 365 \quad (26)$$

– cykl rotacji zobowiązań:

$$\text{Cykl rotacji zobowiązań} = \frac{zobowiązania\ z\ tytułu\ usług}{przychody\ netto\ ze\ sprzedaży}\ x\ 365 \quad (27)$$

Na podstawie wymienionych wskaźników dokonano analizy porównawczej wyników dwóch grup przedsiębiorstw, co stanowiło podstawę porównania kondycji finansowej podmiotów turystyki uzdrowiskowej (pierwsza grupa) i podmiotów świadczących usługi spa&wellness (druga grupa).

Wyniki i wnioski z przeprowadzonych badań empirycznych stanowić będą próbę unifikacji poruszanej problematyki. Praca powinna uzupełnić i pogłębić istniejący stan wiedzy na temat diagnozy specyfiki rynku turystyki zdrowotnej i określenia wpływu turystyki zdrowotnej na rozwój lokalny wybranych gmin województwa zachodniopomorskiego.

ROZDZIAŁ II. ROZWÓJ REGIONALNY I LOKALNY – UJĘCIE PROBLEMOWE

2.1. Pojęcie i istota rozwoju regionalnego

Geneza pojęcia rozwoju rozpatrywanego pod kątem społeczno-ekonomicznym sięga lat 40-50. XX wieku. Słowo rozwój pojawiło się po zakończeniu II wojny światowej i innych działań wojennych, kiedy widoczny stał się problem niedorozwoju. Szczególnie widoczny był on na terenach kolonii państw Europy, co wywołało konieczność, aby zjawisko rozwoju zostało wyróżnione jako zmiany zachodzące w gospodarce i społeczeństwie [Bernard, Colli 1995, s. 154]. Rozwój dokonuje się w czterech dziedzinach: gospodarczej, politycznej, społecznej i kulturowej, przy czym procesy te nie są jednolite, chociaż wzajemnie warunkujące się. Największego dorobku teoretycznego, szczególnie w naukach ekonomicznych, doczekała się płaszczyzna gospodarcza. Przez rozwój, w najprostszym ujęciu, rozumie się proces pozytywnych zmian, obejmujących wzrost ilościowy i postęp jakościowy. Pojęcie wzrostu gospodarczego wyraża charakter ilościowy, natomiast podejście jakościowe dotyczy przekształceń struktur społeczno-gospodarczych, w wyniku których nabierają one nowych cech własności [Klóska 2015, s. 14]. Z. Chojnicki [1989, s. 114] twierdził, że ze względu na trudność z wyjaśnieniem pojęcia rozwoju, konieczne jest rozpatrywanie go w dwóch ujęciach – procesowym i celowym. Z perspektywy procesowej rozwój analizowany jest jako kompleks dynamicznych procesów, generujących kierunek, tempo i charakter zmian, jakie zachodzą w systemach społeczno-gospodarczych. W ujęciu celowym jest on rozpatrywany jako ciąg zmian, które są ukierunkowane przez uwarunkowania o charakterze prorozwojowym, przyczyniając się do realizacji celów.

W Polsce pojęciem rozwoju regionalnego zaczęto posługiwać się dopiero na początku lat 90-tych. Wprawdzie w okresie gospodarki centralnie sterowanej były forsowane koncepcje, które w swojej istocie miały na celu rozwój społeczno-gospodarczy kraju (a więc i regionów), nie dostrzegano w nich jednak potrzeby odrębnego spojrzenia z perspektywy układu regionalnego. Koncepcje te dotyczyły głównie lokalizacji niektórych funkcji bytu społecznego w przestrzeni i były to między innymi [Leśniak 1985, s. 56-58]:

- zasada równomiernego rozmieszczenia sił wytwórczych i osadnictwa, realizowana w latach 50-tych w ramach strategii industrializacji i urbanizacji Polski,

- zasada racjonalnego rozmieszczenia sił wytwórczych – z początku lat 60-tych,
- polityka małej koncentracji, podjęta w drugiej połowie lat 60-tych, a wyrażona zasadą lokalizowania przemysłu w miastach średniej wielkości, liczących ponad 10 tys. mieszkańców,
- zasady z lat 70-tych, które dotyczyły na przykład: podnoszenia poziomu gospodarczego regionów niedostatecznie rozwiniętych, zapewnienia możliwie pełnego zatrudnienia, wznoszenia aktywizacji terenów szczególnie ważnych z punktu widzenia społecznego i politycznego oraz ochrony środowiska naturalnego,
- koncepcja umiarkowanej policentrycznej koncentracji z lat 1972-1974, realizowana od 1975 r. w 49 miastach wojewódzkich. Aktualnie została przyjęta formuła określona zasadą zrównoważonego rozwoju, czyli rozwoju społeczno-gospodarczego, w którym występuje proces integrowania działań: politycznych, gospodarczych i społecznych, z zachowaniem równowagi przyrodniczej [Dębowski 2013].

Obecnie przyjmuje się zrównoważony charakter rozwoju, co oznacza kształtowanie rozwoju społeczno-gospodarczego z poszanowaniem środowiska przyrodniczego, tj. z zachowaniem równowagi w przyrodzie.

Sama istota rozwoju regionalnego jest procesem złożonym pod względem wielkości podmiotów, które biorą w nim udział, ich charakteru oraz jakości zjawisk, które mają na niego wpływ [Jóźwik, Ponikowski 2008, s. 22-25]. Zdaniem T. Dębowskiego duży zakres ujmowania rozwoju regionalnego w badaniach empirycznych oraz teoretycznym i praktycznym jego opisie powoduje niebezpieczeństwo nieprawidłowego rozpoznania różnych: wymiarów, aspektów i poziomów. Prowadzi to w konsekwencji do nierzadkich w studiach regionalnych nieporozumień. Sytuacji nie ułatwia także wieloznaczność, a czasami nawet niejasność pojęć używanych w badaniach regionalnych. Przy określaniu poziomu rozwoju regionalnego należy więc stosować sposoby i metody pomiaru oraz wykorzystywać mierniki, które byłyby kryteriami wspólnymi – możliwymi do zastosowania we wszystkich regionach. Powinny one dawać możliwość dokonywania obiektywnych porównań. Istnieją wprawdzie tak zdelimitowane regiony, dla których trzeba stosować zgoła odrębne kryteria analizy, ale w odniesieniu do takich obszarów, ze względu na ich specyfikę, często nie jest możliwe zastosowanie kryteriów ogólnych. Zachodzi wówczas konieczność prowadzenia badań

indywidualnych, za pomocą oddzielnie dobranego instrumentarium. W rzeczywistości pomiar sytuacji społeczno-gospodarczej powinien opierać się jednak na kryteriach ujednoliconych, by w ten sposób można było prowadzić monitoring procesu w skali krajowej. Za znaczenie rozwoju regionalnego przyjmuje się [Brol 2006, s. 13]:

- „systematyczną poprawę konkurencyjności podmiotów gospodarczych i poziomu życia mieszkańców oraz wzrost potencjału gospodarczego regionów, przyczyniający się do rozwoju społeczno-gospodarczego kraju [J. Szlachta]",
- „trwały wzrost poziomu życia mieszkańców i potencjału gospodarczego w skali określonej jednostki terytorialnej [T. Kudłacz]",
- „trwały wzrost trzech elementów: potencjału gospodarczego regionów, ich siły konkurencyjnej oraz poziomu i jakości życia mieszkańców, […], przyczyniający się do rozwoju całej wspólnoty narodowej [A. Klasik]",
- „proces pozytywnych zmian wzrostu ilościowego i postępu jakościowego, zachodzących w regionie, tj. ponadlokalnym układzie społeczno-terytorialnym identyfikującym się specyficznymi cechami przestrzeni, strukturą gospodarki, a także więzią społeczną wynikającą ze wspólnej regionalnej tożsamości" [Strahl 1998, s. 29].

Są to podstawy do analizy istoty rozwoju regionalnego zarówno nad samym pojęciem rozwoju, jak i regionu, które koncentrują się nie tylko na zmianach ilościowych, ale i jakościowych dotyczących między innymi poziomu życia społeczeństwa.

Najogólniej ujmując – istota procesu rozwoju regionalnego, dotyczy wszelkich zmian zachodzących w danym regionie[4]. K. Heffner charakteryzuje zjawisko rozwoju regionalnego jako proces zmian, dostarczających korzyści, wzrostu o charakterze ilościowym i postępu jakościowego układu terytorialnego [Heffner 2008, s. 153]. Brane są

[4] W. Żelazny [1998] określa region jako jednostkę polityczno-terytorialno-administracyjną umiejscowioną bezpośrednio po władzy centralnej w państwie, która wyposażona jest w przedstawicielstwo mianowane bądź wybierane, jednocześnie zabezpieczone przez istnienie rady regionalnej i ukonstytuowane przez podlegające jej niższe jednostki terytorialne [Żelazny 1998]. Rozpatrując pojęcie regionu pod kątem ekonomicznym, należy zauważyć jego powiązanie z układem funkcjonalnym [Kudełko, Mączka 2005, s. 38-39]. Jedną z cech układu instytucjonalnego jest jego kształtowanie się jako efekt określonych procesów ekonomicznych, społecznych i kulturowych, które sprzyjają powstawaniu powiązań regionalnych o zróżnicowanym natężeniu i zasięgu. Innym ważnym pojęciem jest układ administracyjny, który został stworzony do zarządzania i procesów administracyjnych. Najkorzystniejszą i najbardziej pożądaną sytuacją jest odzwierciedlenie struktury regionalnej przez ład funkcjonalny i administracyjny. Zarówno układy funkcjonalne, infrastrukturalne, procesy społeczno-gospodarcze są między innymi odpowiedzialne za wytyczenie granic umownych regionów o charakterze ekonomicznym. Te ważne aspekty zostały wzięte pod uwagę w trakcie tworzenia reformy administracyjnej w Polsce w roku 1998.

pod uwagę potrzeby regionu i jego cele, wraz z uwzględnieniem hierarchii wartości. K. Heffner uważa, że rozwój jest zjawiskiem złożonym, nawet jeśli zawężamy go do kwestii społecznych i gospodarczych, czego efektów należy doszukiwać się w szerokiej i zróżnicowanej strukturze celów. Termin rozwój regionalny zyskał na szczególnym znaczeniu w krajach Unii Europejskiej, gdzie polityka regionalna jest ukierunkowana na wyrównywanie dysproporcji rozwojowych regionów. Między innymi dla potrzeb monitorowania poziomu rozwoju regionalnego została ujednolicona struktura terytorialna obszaru Unii – poprzez wprowadzenie nomenklatury jednostek terytorialnych dla celów statystycznych NUTS. W Polsce są to województwa[5], których mieszkańcy tworzą regionalne wspólnoty samorządowe [Dz.U. 2022 nr 0 poz. 547 t.j.]. Przejawem tych relacji ma być między innymi kumulatywne pobudzanie aktywności gospodarczej, podnoszenie konkurencyjności i innowacyjności gospodarki, kształtowanie ładu przestrzennego z jednoczesnym zachowaniem walorów środowiska kulturowego i przyrodniczego na rzecz przyszłych pokoleń [Poskrobko, Poskrobko 2012].

Zdaniem Z. Chojnickiego pojęcie rozwoju regionalnego należy traktować jako zespół zmian o charakterze społeczno-ekonomicznym, które zachodzą w obrębie regionu. Zmiany te przyczyniają się do powstawania mechanizmów kształtujących przemiany na danym obszarze, które związane są z modyfikacjami charakteru i funkcjonalności składników systemu (między innymi: przedsiębiorstw, podmiotów publicznych), struktur i form organizacji oraz otoczenia [Chojnicki 1996]. Proces rozwoju regionalnego stanowi łańcuch przyczynowo-skutkowy dla podmiotów na danym obszarze, ze względu na wpływ konsekwencji zmian społeczno-gospodarczych na okoliczne jednostki i podmioty gospodarcze, a szczególnie na społeczeństwo lokalne.

D. Strahl określił rozwój regionalny jako „proces pozytywnych zmian wzrostu ilościowego i postępu jakościowego, zachodzącego w regionie, tj. ponadlokalnym układzie społeczno-terytorialnym identyfikującym się specyficznymi cechami przestrzeni, strukturą gospodarki, a także więzią społeczną wynikającą ze wspólnej regionalnej tożsamości" [Strahl 1998, s. 29]. Według T. Dębowskiego rozwój regionalny stanowi ważny element: w ujęciu węższym – polityki regionalnej, a w ujęciu szerszym – polityki gospodarczej. Zgodnie z tym podejściem, możliwe jest realizowanie celów przypisanych rozwojowi

[5] Jednostkami zasadniczego, trójstopniowego podziału terytorialnego Polski są: gminy, powiaty i województwa; zob. art. 1 Ustawy z dnia 24 lipca 1998 r. o wprowadzeniu zasadniczego trójstopniowego podziału terytorialnego [Dz.U. 1998 nr 96 poz. 603].

regionalnemu, który postrzegany jest jako zjawisko, które w bezpośredni sposób wpływa na całokształt polityki regionalnej, stwarzając przy tym odpowiednie warunki do jej racjonalnego prowadzenia [Dębowski 2013]. Dlatego też proces uprawiania polityki gospodarczej wykazuje silny związek z programowaniem rozwoju regionalnego. Integralny związek, który istnieje między tymi dwoma głównymi obszarami wynika z faktu, że przedmiot i jednocześnie podmiot programu stanowi region. Znaczenie regionu wzrosło w momencie przeprowadzenia reformy terytorialnej [Kudłacz 1999, s. 15]. Według T. Kudłacza [1999] rozwój regionalny dotyczy dwóch istotnych obszarów:

- sfery realnej (dzięki koncepcjom i polityce rozwoju regionalnego),
- sfery regulacyjnej (dzięki dysproporcji występującej na różnych poziomach i w dynamice rozwoju między różnymi obszarami rozwoju oraz wewnątrz nich, ponadto również obszar ten dotyczy czynników pobudzających (stymulanty) i ograniczających (destymulanty) rozwój regionalny).

W zbiorze elementów składowych zaliczanych do rozwoju regionalnego wymienia się: potencjał gospodarczy, strukturę gospodarczą, środowisko przyrodnicze, zagospodarowanie infrastrukturalne i przestrzenne, ład przestrzenny, poziom życia mieszkańców, bądź też: gospodarkę i zatrudnienie, dobrobyt i jakość życia mieszkańców, atrakcyjność inwestycyjną regionów, procesy innowacyjne i dywersyfikację struktury gospodarczej regionów, ekorozwój i polepszenie życia w regionach, usługi społeczne i kapitał ludzki oraz tożsamość i integrację regionalną. Obszary te poddane konwencyjnej syntezie wskazują na ekonomiczny, społeczny, techniczny i technologiczny oraz ekologiczny kontekst rozwoju regionalnego [Głuszczuk 2011]. E. Ociepa-Kicińska [2020] podkreśla, że w literaturze przedmiotu coraz częściej podejmuje się próby oceny poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego regionów, przy czym autorzy stosują zróżnicowane narzędzia i kryteria tej oceny. Oznacza to, że wzrasta świadomość konieczności wyjścia poza PKB[6], PKB per capita czy inne podstawowe statystyki ekonomiczne. Jednocześnie brak jednolitych i ściśle określonych miar poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego prowadzi do sytuacji, w której w zależności od rodzaju opracowania, wyniki porównań poszczególnych regionów diametralnie się różnią [Ociepa-

[6] Ze względu na wady PKB jako miary dobrobytu ekonomicznego stosuje się również zmodyfikowane mierniki oparte o PKB, do których należy zaliczyć: miernik dobrobytu ekonomicznego (MEW, net economic welffare); nazwany później miernikiem dobrobytu ekonomicznego netto (NEW, net economic welfare); miernik krajowego dobrobytu netto (NNW, net national welfare); miernik trwałego dobrobytu ekonomicznego (ISEW, index od sustainable economic welfare) oraz miernik zrównoważonego rozwoju.

Kicińska i in. 2020]. Występowanie dysproporcji w poziomie rozwoju regionalnego jest również konsekwencją położenia geograficznego, wpływu warunków naturalnych i polityki społecznej oraz gospodarczej. Zróżnicowanie obserwowane jest także w przypadku aktywności zawodowej i kulturalnej społeczeństwa. Przez lata odmiennie kształtowała się także sytuacja demograficzna. Wszystkie te grupy czynników wzajemnie się warunkują i w konsekwencji determinują obecny poziom rozwoju oraz miejsce w rankingu każdego regionu w państwie. Decydujące znaczenie dla regionalnego zróżnicowania kraju odegrały również najważniejsze wydarzenia historyczne. Przede wszystkim rozbiory Polski i realizowana przez zaborców polityka [Brelik, Kułyk 2016]. Ze względu na różnorakie czynniki wpływające na rozwój społeczno-gospodarczy, ale i parametry jego oceny – jest to zagadnienie, które w wyniku braku jednolitych narzędzi pomiaru może wykazywać rozbieżności w badaniach publikowanych w literaturze przedmiotu z tego zakresu.

Rozwój regionalny może mieć charakter pozytywny lub negatywny. Rozpatrując go w ujęciu pozytywnym, jest to rozwój progresywny, natomiast w ujęciu negatywnym mamy do czynienia z podejściem degresywnym zjawiska. Patrząc na rozwój w ujęciu całościowym widoczna jest jego wielowymiarowość, wskazująca charakter heterogeniczny. Powoduje to trudności przy analizowaniu problematyki rozwoju. O tym, czy rozwój ma charakter pozytywny czy negatywny świadczy wzrost gospodarczy. Z tego względu jako najistotniejsze ujęcie rozwoju regionalnego uznawane jest w Polsce podejście ekonomiczne, polegające na przetworzeniu posiadanych przez dany region zasobów i kapitału na dobra i usługi. Ważne jest, aby pamiętać, że to wzrost gospodarczy determinuje rozwój, przez co należy dostrzec, że jeśli pojawi się sytuacja, w której zaczną wzrastać zasoby i kapitał, wówczas doprowadzi to do poprawy efektywności regionu.

Rozwój jako proces powinien być rozpatrywany nie tylko w ujęciu ilościowym, jak to ma zastosowanie w przypadku wzrostu gospodarczego, ale również w ujęciu jakościowym, któremu towarzyszą także zmiany strukturalne [Kosiedowski 2005]. Wzrost gospodarczy mierzony jest miarami ilościowymi, natomiast rozwój poza miarami ilościowymi wykorzystuje miary jakościowe i strukturalne. Przykładami miar ilościowych wykorzystywanymi do oceny rozwoju gospodarczego są [Kamerchen i in. 1991]: PKB (Produkt Krajowy Brutto), PNB (Produkt Narodowy Netto), DN (Dochód Narodowy), DO (Dochód Osobisty), DDO (Dyspozycyjne Dochody Osobiste), stopa inflacji, stopa bezrobocia czy wskaźnik HDI (Human Development Index),

który został wprowadzony przez ONZ (Organizację Narodów Zjednoczonych) do porównywania poziomu rozwoju poszczególnych państw. W skład tego miernika wchodzą cztery zmienne: średnia oczekiwana długość życia, odsetek ludności dorosłej umiejącej czytać i pisać, odsetek dzieci objętych powszechnym nauczaniem oraz wartość PKB per capita [UNDP 2019]. Analizując rozwój regionalny w aspekcie ekonomicznym należy koncentrować się na wzroście gospodarczym regionu. W literaturze przedmiotu precyzyjnie rozróżnia się pojęcia wzrostu i rozwoju gospodarczego [Klóska 2015, s. 256]. Zagadnienia te są ze sobą silnie sprzężone, zatem trudno jest analizować je rozłącznie.

Precyzując, można przyjąć, że rozwój gospodarczy jest procesem tworzenia i powiększania rzeczywistych rozmiarów społecznego produktu (wzrostu gospodarczego) wraz z towarzyszącymi mu zmianami stosunków ekonomicznych. Tym samym obejmuje on zmiany ilościowe dotyczące zwiększenia produkcji, zatrudnienia, inwestycji, dochodów, konsumpcji i innych wielkości ekonomicznych opisujących gospodarkę, jak również zmiany o charakterze jakościowym, jak na przykład: postęp techniczny i technologiczny, innowacyjność gospodarki i wzrost poziomu jej efektywności, podwyższanie kwalifikacji zasobów pracy, tworzenie sieci współpracy gospodarczej [Ociepa – Kicińska 2020]. Rozwój gospodarczy w porównaniu do wzrostu, jest pojęciem o szerszym w zakresie. Poza sferą rzeczową odnosi się również do sfery osobowej (na przykład zmian w zakresie siły roboczej) oraz społecznej (na przykład zmian w zakresie stosunków produkcji). Jest on zatem pojęciem obejmującym zarówno elementy ilościowe, jak i jakościowe, dotyczące takich sfer gospodarki jak: kultura, polityka, ekologia, technologia itd. [Bąkiewicz, Czaplicka 2011; Chojnicki, Czyż 2004, Noga 2009; Piasecki 2003; Czerny 2005]. Termin ten ma pozytywne asocjacje. Według L. Balcerowicza, gospodarka może osiągnąć szybki rozwój gospodarczy, jednak muszą być spełnione określone warunki [Balcerowicz 1998]:

- możliwość długookresowego planowania przez przedsiębiorstwa i ludzi (zapewniona stabilność pieniężna, prawna i polityczna);
- efekt procesu działań gospodarczych w dużej mierze jest uzależniony od zaradności, pracowitości, inicjatywy, a nie od interwencjonizmu państwa;
- cele wyznaczane przez państwo powinny być długookresowe, należy unikać inwestycji krótkoterminowych, które kończą się niepowodzeniem. Zyski generowane w gospodarce nie są przeznaczane w całości na konsumpcję,

duże znaczenie mają też inwestycje i oszczędności, ponieważ jeśli wzrośnie majątek – to wzrośnie dochód realny;

- decyzje dotyczące inwestycji i produkcji powinny być trafne, a majątek, który się rozrasta winien być wykorzystywany do wytwarzania dóbr, które charakteryzują się stosunkowo wysoką opłacalnością ekonomiczną.

Mnogość czynników warunkujących rozwój gospodarczy powoduje problemy z ich jednoznacznym zakwalifikowaniem do określonych grup. Wielkość czynników wpływających na rozwój i zróżnicowane sposoby jego pomiaru wskazują, że nie mają one uniwersalnego charakteru i zależą od przyjętej optyki badań oraz od sytuacji wyjściowej badanej jednostki. Dokonując przeglądu literatury można znaleźć wiele teorii rozwoju regionalnego. Niemożliwe jest jednak określenie uniwersalnych cech charakteryzujących pojęcie rozwoju wszystkich gospodarek oraz poszczególnych sektorów [Szuba-Barańska i in. 2020].

Każdy region powinien być analizowany z uwzględnieniem jego specyfiki, doceniając walory i starając się poprawić najsłabsze obszary działalności gospodarczej. Za jedno z takich działań można uznać ograniczenie działalności podmiotów nierentownych, ze względu na generowanie zbyt dużych kosztów przy osiąganiu zysków, niewystarczających dla pokrycia podstawowych wydatków.

Problematyka rozwoju regionalnego jest stale poddawana badaniom nie tylko na świecie [Rietveld 1989; Capello, Nijkamp 2019; Scott, Storper 1990], ale i w Polsce [Jabłońska, Burzyńska 2016; Bolonek 2016; Siudek, Drabarczyk, Jakubiec 2017; Legiędź 2013], co stanowi przedmiot zainteresowania zarówno teorii ekonomii, jak i praktyki gospodarczej. Bez względu na sposób delimitacji regionu (wyznaczania granicy), za pomocą dobranej metody, zawsze można wskazać, czy i z jaką intensywnością proces rozwoju regionalnego wystąpił na określonym obszarze. Identyfikacja tego zjawiska jest możliwa dzięki zastosowaniu wybranych narzędzi służących pomiarowi tzw. mierników rozwoju regionalnego [Dębowski 2013].

Reasumując rozwój regionalny to pojęcie określające zmiany o charakterze społeczno-gospodarczym, zachodzące na danym obszarze, do którego określenia nie przyjęto w literaturze jasno określonego zestawu mierników. Dodatkowo ważne jest, aby do analizy poziomu rozwoju regionalnego lub lokalnego podejść indywidualnie i uwzględnić wszelkie istotne aspekty funkcjonowania jednostki przestrzennej.

2.2. Determinanty rozwoju regionalnego

Przegląd poszczególnych teorii rozwoju regionalnego pozwala wyodrębnić kluczowe czynniki, mające wpływ na kreowanie procesów rozwoju regionalnego. Do dziś uwzględniany jest podział czynników A. Smitha i D. Ricardo, którzy uznali za podstawowe zasoby: pracę, ziemię i kapitał. Zasadniczo wyróżnia się jednak dwie grupy czynników stymulujących lub ograniczających rozwój, do których zalicza się [Warczak 2015; Głąbicka, Brewiński 2003]:

- czynniki endogeniczne (wewnętrzne: ziemia, klimat, surowce, warunki topograficzne, bliskość morza, kapitał, postęp techniczny i innowacje zagraniczne),
- czynniki egzogeniczne (zewnętrzne: mające charakter makroekonomiczny i będące następstwem rozwiązań oraz decyzji podejmowanych poza rozpatrywanym układem: zmiany w kreowanej polityce państwa, zależność polityczna lub gospodarcza. Wśród głównych czynników istotnych z perspektywy rozwoju regionalnego wyróżnia się: równowagę, stabilność gospodarczą, wskaźnik rozwoju gospodarczego kraju, wskaźnik inflacji, stan finansów publicznych [Gartner 1997; Balassa 1973].

Kluczowe znaczenie mają wewnętrzne czynniki rozwoju, ale oparte na nich procesy nie mogą zamykać regionu przed oddziaływaniem bodźców zewnętrznych [Czudec 2009]. W praktyce przenikają się one, a nawet występują pewne zależności pomiędzy nimi – mogą tworzyć efekt synergii lub ograniczać rozwój [Kotarski 2013, s. 59]. W procesie tym można wyróżnić szereg, wzajemnie powiązanych przyczyn, a najistotniejsze z nich współtworzą zbiór determinant rozwoju regionalnego [Głoszczuk 2011, s. 74]. Szczegółowe zestawienie czynników kształtujących rozwój regionalny przedstawiono w tabeli 2.1.

Tabela 2.1. Determinanty rozwoju regionalnego

Aspekty rozwoju regionalnego	Wybrane determinanty rozwoju regionalnego
Ekonomiczne	Jako determinanty ekonomiczne poza wzrostem kapitału w regionie na rozwój, wpływ mają także zmiany ilościowe i jakościowe na rynku pracy. Dużą szansą na rozwój jest absorbcja środków z Unii Europejskiej, w postaci dotacji i programów pomocowych. Rosnący popyt wewnątrzregionalny przyczynia się do wzrostu produkcji, co napędza wzrost gospodarczy i prowadzi do rozwoju w regionie. Istotne jest, aby koniunktura na rynkach zagranicznych była sprzyjająca rozwojowi i produkcji. Wzrost nakładów inwestycyjnych przyczyni się do poprawy wydajności jednostek w regionie, dając szansę na szybszy rozwój i usprawnienie działalności. Wzrost dochodów jest zjawiskiem jak najbardziej korzystnym, ponieważ rozwój to nie tylko zmiany ilościowe, ale i jakościowe. Poprzez wzrost dochodów mieszkańców w regionie możliwe jest poprawienie jakości i warunków bytowych. Czynniki ekonomiczne, określane również jako gospodarcze, wynikają z potencjału regionu, przedsiębiorczości, dostępności zasobów. Według tej grupy uwarunkowań, wpływ na rozwój mają między innymi: występujące klastry, formy inwestycji (na przykład: w kapitał ludzki, rozrywkę, kulturę, infrastrukturę, nieruchomości i technologię), umiejętność rozwijania nowych technologii na danym obszarze [Olejniczak 2016].
Społeczne	Determinanty społeczne są to czynniki związane z całokształtem systemu społeczeństwa i sposobem, w jaki infrastruktura dopasowuje się do struktur demograficznych oraz warunków życiowych społeczeństwa w regionie. Na rozwój regionalny wpływa poziom pomocy społecznej w regionie, warunki mieszkaniowe i komunalne społeczeństwa. Istotny jest też poziom inicjatyw przedsięwziętych przez samorządy terytorialne. Im więcej przedsięwzięć tym lepsze perspektywy rozwoju regionu. Przez szkolnictwo rozumie się między innymi: poziom wykształcenia, dostęp do edukacji mieszkańców. Ponadto na czynniki społeczne składają się także zmiany struktury konsumpcji społeczeństwa, zmiany w świadomości regionalnej, rosnąca aktywność i upowszechnianie postaw przedsiębiorczych w społeczeństwie. Na rozwój regionalny oddziałuje również polepszenie sprawności funkcjonowania samorządu terytorialnego [Czyżycki 2018, s. 100].
Ekologiczne	Omawiając czynniki ekologiczne wpływające na proces rozwoju gospodarczego chodzi głównie o pewne uwarunkowania działalności przedsiębiorstw, aby nie przekraczano norm ekologicznych. Przedsiębiorstwa powinny odpowiednio dbać o środowisko, nie zanieczyszczać go, dlatego kontrolowana jest emisja dwutlenku węgla, sposób utylizacji odpadów szkodliwych dla środowiska. Uwarunkowania ekologiczne związane są także ze wzrostem kultury ekologicznej społeczeństwa, wprowadzaniem nowych narzędzi przyczyniających się do ochrony środowiska. Czynniki ekologiczne to również dostępność zasobów naturalnych i wykorzystywanie technologii przyjaznych środowisku [Orłowska 2018].
Techniczne i technologiczne	Do grupy czynników technicznych i technologicznych zaliczono między innymi: poprawę jakości produkcji i usług, co może oznaczać na przykład: skrócenie czasu produkcji, doskonalenie infrastruktury technicznej. Na rozwój gospodarczy wpływ mają rosnąca w skalę działalność badawczo-rozwojowa. Na wzrost produkcji wpływ mają unowocześnianie i procesy innowacyjne działalności wytwórczej. Ważnym czynnikiem wpływającym na rozwój regionalny jest wspomaganie procesów wdrażania innowacji w zakresie produktów, jak i procesu produkcyjnego. Ponadto do rozwoju regionalnego przyczynia się rozwój wysokiej technologii przemysłów i zaplecza techniczno-badawczego [Czaplewski i in. 2011b].

Źródło: opracowanie własne.

Determinanty rozwoju, które uznawane są za wiodące w ujęciu poszczególnych teorii rozwoju regionalnego również poddaje się klasyfikacji. Wśród najczęściej wymienianych kategorii, wyróżnia się czynniki o charakterze:

- endogenicznym i egzogenicznym,
- makroekonomicznym i mikroekonomicznym,
- ekonomicznym i społecznym,
- przestrzennym i tak zwane pozostałe grupy zmiennych,
- poddające się kontroli (interwencjonizm) i niepoddające się kontroli (brak możliwości oddziaływania ze strony państwa).

Czynniki endogeniczne (wewnętrzne) to grupa tworząca potencjał regionu, warunkujący możliwości jego rozwoju (wpływ na decyzje lokalizacyjne podmiotów gospodarczych, mieszkańców, inwestorów) oraz wzrost poziomu jego konkurencyjności i atrakcyjności w ocenie interesariuszy. Wśród czynników wewnętrznych najczęściej wymienia się takie zmienne jak: warunki naturalne (geograficzno-topograficzne), stan wyposażenia infrastrukturalnego, dostępność komunikacyjna, warunki życia mieszkańców, bezpieczeństwo, jakość usług publicznych, infrastruktura społeczna, przedsiębiorczość, jakość zarządzania, specyfika i cechy lokalnego rynku. Potencjał endogeniczny jednostki jest zarazem produktem adresowanym do jej interesariuszy. Podlega on stymulowaniu zewnętrznemu, co może albo dawać impulsy prorozwojowe (szanse w otoczeniu) albo hamować rozwój (ograniczenia, bariery).

Decyzje lokalizacyjne podejmowane przez przedsiębiorców, mieszkańców, inwestorów opierają się na starannie przeprowadzonej analizie potencjału endogenicznego, dlatego jednostki terytorialne konkurują o kapitał finansowy znajdujący się w posiadaniu interesariuszy.

Z uwagi na znaczne różnice w potencjale endogenicznym jednostek terytorialnych oraz ich zróżnicowaną przewagę komparatywną, poszczególne państwa przyjęły odmienne założenia konstruowania i funkcjonowania systemów redystrybucji poziomej i pionowej mających wyrównywać szanse na rozwój oraz zwiększać spójność społeczną i przestrzenną jednostek terytorialnych [Kosek-Wojnar, Surówka 2007, s. 202–207].

Biorąc pod uwagę grupę czynników egzogenicznych (zewnętrznych), należy pamiętać, że stanowią one konsekwencje zmian zachodzących w otoczeniu regionalnym, krajowym i międzynarodowym. Determinanty te stanowią skutki zachodzących w otoczeniu zewnętrznym: procesów globalizacji, zmian sytuacji

makroekonomicznej, zmian ustrojowych, zmian w koniunkturze gospodarczej, procesów integracji europejskiej, realizowanej polityki regionalnej i konkurencyjności regionów [Czyżycki 2018, s. 101; Brol 2009, s. 56]. Czynniki te można podzielić na następujące grupy: [Holik, Nowak, Prusek 1999, s. 64-65]:

- stanowiące skutki postępu gospodarczego, organizacyjnego i naukowo-technicznego,
- stanowiące skutki działalności systemu prawno-politycznego (między innymi: systemu prawa i działalności organizacji międzynarodowych),
- spowodowane zmianami kulturowymi i socjologicznymi (między innymi: przekształcenia zachodzące w społeczeństwie i kulturze, które są wyrażane nowymi potrzebami socjologicznymi, zmieniającymi się wzorcami zachowań i zmianą celów rozwoju),
- związane z funkcjonowaniem gospodarki krajowej i ekonomicznej państwa (między innymi: szeroko rozumiana działalność systemu gospodarczego, z którym związane są na przykład: budżet państwa – jego stan i zmiany w nim zachodzące, stan i zmiany koniunktury gospodarczej, typ realizowanej polityki gospodarczej, konkurencja, chłonność rynków krajowych i zagranicznych, itp.).

Podsumowując, kluczową rolę przy analizie wpływu na proces rozwoju regionalnego odgrywają czynniki wewnętrzne, stanowiące siłę sprawczą do dalszych podejmowanych działań. Koncentrując badania wyłącznie na analizowanych determinantach zewnętrznych dostrzega się jedynie działania będące konsekwencją zmian zachodzących poza ocenianym terytorium, a nie zauważa się potencjału wewnętrznego, który jest najistotniejszy.

2.3. Wybrane teorie rozwoju regionalnego

Geneza teorii rozwoju regionalnego sięga czasów klasycznych szkół ekonomii, szczególnie dwóch nurtów: neoklasycznego i neokeynesowskiego. Teorie rozwoju regionalnego można podzielić na dwie podstawowe grupy, które odpowiadają obu podejściom [Pastuszka 2009]. Nurt neoklasyczny w teoriach charakteryzuje doktryna neoliberalna, która traktuje wolny rynek jako mechanizm regulacyjny. Natomiast nurt neokeynesowski w teoriach wykorzystuje wpływ interwencjonizmu, który traktowany jest jako istotny mechanizm odpowiedzialny za regulację rozwoju regionalnego [Churski

2006]. W ujęciu ogólnym teorie koncentrują się na analizie procesów rozwoju, które zachodzą w skali regionu [Secomski 2001]. Na potrzeby rozprawy doktorskiej przyjęto ogólne podejście do teorii rozwoju regionalnego i omówiono podstawową ich klasyfikację.

Dzięki przeprowadzonym analizom widoczna jest dysproporcja, która dotyczy szans analizowanych regionów w utrzymywaniu wzrostu gospodarczego. Teorie rozwoju służą objaśnieniu mechanizmów powstających dysproporcji w poszczególnych regionach i krajach [Czerny 2005, s. 47]. Założenia i koncepcje prezentowane przez poszczególne teorie rozwoju są odzwierciedleniem badań empirycznych nad przyczynami kreowania procesów wzrostu i rozwoju (stymulanty) oraz czynnikami ograniczającymi te procesy (destymulanty). Poszczególne teorie powstawały w różnych okresach, za czasów obowiązywania odmiennych doktryn ekonomicznych, co miało wpływ na treść ich założeń. Większość z nich powstała podczas obowiązywania doktryny neoliberalnej, która za podstawowe przyczyny wzrostu gospodarczego uznaje akumulację kapitału, rozwój rynku pracy i zmianę technologii lub organizacji produkcji [Grosse 2004, s. 24]. Zgodnie z podstawową klasyfikacją teorii rozwoju regionalnego wyróżnia się następujące teorie [Głąbicka, Grewiński 2003]:

- lokalizacji,
- (neo)klasyczne (w tym: teorię kosztów komparatywnych, teorię Keynesa, teorię rozwoju zrównoważonego, teorię rozwoju niezrównoważonego),
- polaryzacji (w tym: teorię polaryzacji sektorowej, teorię polaryzacji regionalnej, teorię centrum i peryferii),
- rozwoju od dołu (w tym: teorię potrzeb podstawowych, teorię rozwoju autocentrycznego, teorię niezależnego rozwoju regionalnego, teorię wykorzystania potencjału endogenicznego),
- polityki strukturalnej (w tym: teorię nieadekwatności rynków i teorię cyklu wzrostu).

Klasyfikację tę można uzupełnić teoriami rozwoju regionalnego opartymi na tak zwanym czynniku koncentracji przestrzennej (między innymi: teoria biegunów wzrostu, teoria rdzenia i peryferii). Determinanty rozwoju regionalnego w ujęciu wybranych teorii rozwoju zaprezentowano w tabeli 2.2.

Tabela 2.2. Determinanty rozwoju regionalnego w ujęciu wybranych teorii

Teoria	Determinanty rozwoju
Teoria bazy ekonomicznej	działalność eksportowa, występowanie egzogenicznego popytu na dobra i usługi, które wytwarzane są na danym obszarze, baza gospodarcza regionu, na którą składają się podmioty sfery ekonomicznej regionu, które przyczyniają się do produkcji dóbr i usług przeznaczonych na rynki zagraniczne; największe zagrożenie dla rozwoju regionu stanowi upadek dominujących sektorów na danym obszarze
Teoria produktu podstawowego	działalność eksportowa, specjalizacja produkcji podmiotów gospodarczych, dążenie do doskonalenia procesów produkcji, dzięki czemu możliwe będzie obniżenie kosztów i zwiększenie korzyści
Teoria korzyści komparatywnych	wywoływanie konieczności nawiązywania współpracy między gospodarkami, których największym potencjałem jest siłą robocza (działalność wymagająca dużych nakładów pracy) oraz kapitał (działalność kapitałochłonna)
Koncepcja biegunów wzrostu	rozwinięte przedsiębiorstwa, przemysł i sektory, najbardziej rozwinięte regiony, które tworzą bieguny wzrostu
Geograficzne centra wzrostu	ważne jest, aby tworzyć i stale rozbudowywać sieć powiązań infrastrukturalnych i komunikacyjnych (odpowiednia infrastruktura przyczyni się do wzrostu dostępności komunikacyjnej), występującą między podmiotami gospodarczymi, centra (ośrodki) wzrostu, mające kreować rozwój, który będzie rozprzestrzeniał się na obszary słabsze ekonomicznie
Model rdzenia i peryferii	centra rozwoju, działalność wytwórcza i usługowa najbardziej konkurencyjnych przedsiębiorstw zlokalizowana w atrakcyjnych i rozwiniętych regionach
Teoria lokalizacji	Decydowanie o lokalizacji przestrzennej, na którą wpływają takie czynniki jak: koszty transportu, koszty pracy i tzw. efekty aglomeracyjne
Teoria rozwoju zrównoważonego	dekoncentracja i dywersyfikacja działań inwestycyjnych
Teoria rozwoju niezrównoważonego	trafne inwestycje, zdolność do podejmowania decyzji
Teoria polaryzacji sektorowej	pobudzanie do wdrażania innowacji (zwłaszcza bazowych)
Teoria polaryzacji regionalnej	wpływ czynników socjologicznych i gospodarczych
Teoria endogeniczna rozwoju regionalnego	stan infrastruktury technicznej, dostępność komunikacyjna, warunki naturalne, warunki życia mieszkańców, bezpieczeństwo, poziom rozwoju przedsiębiorczości, jakość zarządzania
Teorie cyklu wzrostu	państwo koniecznie musi podejmować działania stabilizujące z uwagi na niezdolność systemu gospodarczego do adaptacji i samostabilizowania w warunkach cyklu koniunkturalnego i zmian koniunkturalnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Zioło 2011, s. 14-15; Grosse 2004, s. 25-27; Głąbicka, Brewiński 2003, s. 20-31].

W wybranych teoriach rozwoju regionalnego zakładano dużą rolę państwa w kreowaniu procesów przez wykorzystanie instrumentów interwencjonizmu (zwłaszcza samorządowego) [Kuciński 2010, s. 34], które są ściśle związane z nurtem

neokeynesowskim. Ujęcie to jest szczególnie charakterystyczne dla koncepcji sformułowanych w późniejszych okresach, ponieważ w teoriach powstałych na gruncie doktryny neoliberalnej wyklucza się możliwość interwencji państwa w gospodarkę i uważa się ją za niepożądaną. W teoriach polityki strukturalnej założono konieczność oddziaływania państwa na procesy rynkowe, która w szczególności polega na wspieraniu określonych sektorów gospodarki i przedsiębiorców, którzy nie mogą efektywnie działać z uwagi na niedoskonałości rynku [Głąbicka, Grewiński 2003]. Działalność koordynująca i asekurująca gospodarkę państwa związana jest z dofinansowaniami, projektami unijnymi, regulacjami prawnymi zabezpieczającymi funkcjonowanie podmiotów sfery ekonomicznej kraju bez wykluczenia ich przez napływ tańszych wyrobów z zagranicy. Teorie rozwoju regionalnego starają się odpowiedzieć na pytanie – jakie czynniki mają wpływ na nierównomierny rozwój regionalny i w jaki sposób zapewnić równomierność tego procesu? Pojawia się tutaj kluczowe pytanie dotyczące inwestowania i zasadności koncentracji kapitału w regionach silnych ekonomicznie. Dywersyfikacja inwestycji ma zapewnić równomierny rozwój przez jednakowe stymulowanie obszarów objętych działaniami inwestycyjnymi, choć jednocześnie, na co zwracają uwagę przeciwnicy tej koncepcji, nie przyniesie to oczekiwanych rezultatów, ponieważ jednostki terytorialne słabsze ekonomicznie nie wykreują oczekiwanej wartości dodanej z tych inwestycji. Czynnikiem prorozwojowym, oprócz inwestycji, są także innowacje, zwłaszcza te bazowe, ponieważ mają zdolność do dyfuzji, będącej zalążkiem procesów wzrostu i rozwoju. Wymiana handlowa z zagranicą (eksport) to czynnik uznawany za istotny w kilku teoriach rozwoju. Zdolność eksportowa jest jednak ściśle zależna od potencjału endogenicznego (baza ekonomiczna) oraz charakteru przewagi komparatywnej [Zioło 2011].

Przedstawione teorie rozwoju zajmują się wyjaśnianiem dysproporcji w rozwoju poszczególnych terytoriów. Każda z teorii zwraca uwagę na inne powody występującego zróżnicowania na szczeblu lokalnym i regionalnym, co w konsekwencji prowadzi do odmiennych sugestii niwelowania tych nierówności [Gorzelak 1989, s. 57]. Należy zwrócić uwagę, że wśród teorii rozwoju, brak jest jednej koncepcji ekonomicznej, która w sposób kompleksowy wyjaśniałaby mechanizm pojawiania się dysproporcji w poziomie i dynamice rozwoju na szczeblu regionalnym i lokalnym. W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele modeli, które wyjaśniają przyczyny i naturę zjawiska,

jednak żaden z nich nie obejmuje wszystkich elementów wpływających na tą dysproporcję – zazwyczaj wzajemnie się uzupełniają [Dyjach 2013, s. 58].

Podsumowując, należy stwierdzić, że dokonany przegląd wybranych teorii rozwoju regionalnego ukazał, że na proces rozwoju lokalnego i regionalnego wpływa wiele czynników, które wynikają z założeń koncepcji. Oddziaływanie tych elementów jest szczególnie widoczny w procesie kształtowania sytuacji społeczno-gospodarczej.

2.4. Rozwój regionalny a rozwój lokalny

Rozwój regionalny to inaczej proces pozytywnych zmian ilościowych i jakościowych, które zachodzą w regionie. Natomiast rozwój lokalny to proces wielowymiarowy, który jest postrzegany jako ciąg zmian o charakterze ilościowym i jakościowym, które dokonują się na różnych płaszczyznach w ramach działalności jednostek samorządu terytorialnego, tj. kulturowych, społecznych, ekonomicznych, politycznych, demograficznych i ekologicznych [Krzyżanowska, Roman 2015; Markowski 2008, s. 8-9].

Tak jak w przypadku rozwoju regionalnego definiowany jest sam „region", który według Z. Chojnackiego i T. Czyż [1992] jest różnie rozumiany, a jego określenie ma podłoże w odmiennych celach i założeniach, tak w przypadku rozwoju lokalnego nie należy pominąć „terytorium lokalnego", którego obszar poza samą przestrzenią obejmuje również społeczeństwo zamieszkujące tą powierzchnię, oraz wszelkie rodzaje działalności zlokalizowane w tych miejscach, tj. produkcyjne, społeczne, przemysłowe, historyczne [Matusiak i in. 2001, s. 68-70]. Samo słowo *lokalny* określa skalę przestrzenną badanego zjawiska – układu o charakterze lokalnym. Według B. Jałowieckiego układ lokalny oznacza „miejsce zamieszkiwane przez samorządną społeczność" [Jałowiecki 1989, s. 100-102]. Na potrzeby dysertacji przyjęto, że gmina będąca jednostką samorządu terytorialnego jest układem lokalnym.

Początek zainteresowania problematyką rozwoju lokalnego przypisano na lata 60-te i 70-te XX wieku. Sam termin „rozwój lokalny", ugruntował swoją pozycję w literaturze dopiero w latach 80-tych XX wieku [Gałuszka 2004, s. 9-10]. Rozwój lokalny w Polsce nabrał szczególnego znaczenia nieco później niż w krajach Europy Zachodniej. Aktualnie uznawany jest za akceptowalny kierunek polityki społeczno-gospodarczej kraju. Jednocześnie podkreślając, że rozwój w ujęciu lokalnym jest jednocześnie podstawowym celem każdej jednostki samorządu terytorialnego, dążącej

do poprawy warunków życia mieszkańców, przy zachowaniu racjonalności gospodarowania posiadanymi do dyspozycji zasobami lokalnymi [Orłowska 2018, s. 45]. Dzięki wykorzystywaniu własnych zasobów (na przykład: przyrodniczych lub infrastrukturalnych), traktowany jest on jako stymulator rozwoju miejscowości, lub połączenia kilku gmin [Blakely 1994; Parysek 2001; Brol 1998; Sekuła 2004]. Zdaniem B. Jałowieckiego [1989] nie jest to pojęcie łatwe do zdefiniowania.

L. Wojtasiewicz definiuje rozwój lokalny jako kompleksowe przeobrażenia jakościowe, które obejmują określony obszar w kwestiach dotyczących poziomu i jakości życia mieszkańców. Ogólniej ujmując – jest to zjawisko pozytywnych zmian o charakterze ilościowym i postępu o charakterze jakościowym, zgodnie z wymaganiami społeczności lokalnej i ich hierarchią wartości oraz potrzeb [Wojtasiewicz 1996, s. 13-14]. Podobne podejście prezentował R. Brol [1998, s. 10-11]. Z kolei G. Myrdal [1976] uznaje, że rozwój to „proces powodujący zmiany zwyżkowe systemu społecznego". Przez pojęcie systemu społecznego rozumiany jest zespół powiązanych ze sobą przyczynowo takich elementów jak: poziom życia, dochód, warunki produkcji, polityka, sposób pracy [Jałowiecki 1989, s. 16].

Według A. Jewtuchowicz „rozwój lokalny to przede wszystkim elastyczność, jest to idea gospodarki zdolnej do szybkiej adaptacji i do zarządzania systemami złożonymi i zróżnicowanymi pod względem kultury, społeczności, technik, jak również gustów oraz zmienności potrzeb i produktów te potrzeby zaspokających" [Zalewski 1996, s. 30].

Zdaniem E. Stasiaka [2017] rozwój lokalny traktowany jest jako jedna z charakterystycznych kategorii rozwoju społeczno-gospodarczego, co wiąże się ze złożonością pojęcia, ponieważ obejmuje szereg płaszczyzn: społeczną, gospodarczą, polityczną, przestrzenną i kultury [Jałowiecki, Szczepański 2002]. Podejmując próbę zdefiniowania można określić go jako „całościowe kształtowanie możliwie jak najlepszych warunków życia w najbliższym otoczeniu, względnie doskonalenie organizacji, struktury i funkcjonowania terytorialnego systemu społecznego z wykorzystaniem lokalnych zasobów rozwoju" [Stasiak 2017]. Do podobnych wniosków przy podejmowaniu próby zdefiniowania rozwoju lokalnego doszli Hryniewicz i Jałowiecki [1997], którzy uznali, że polega on na tworzeniu nowych wartości, zauważając, że stanowi efekt jednoczesnego występowania zarówno zjawisk politycznych, ekonomicznych i społeczno-kulturowych [Hryniewicz, Jałowiecki 1997]. Jest to również proces złożony, ze względu na wielkość i charakter podmiotów biorących w nim udział oraz jakość zjawisk i procesów, które mają

na niego wpływ. W konsekwencji – trudno jest opisać istotę rozwoju lokalnego w sposób prosty i klarowny [Jóźwik, Ponikowski 2008, s. 22-25].

W związku z tym, że rozwój lokalny prowadzi do zmian, które zachodzą w jednostkach gospodarczych na tym obszarze, szczególne znaczenie na poziomie lokalnym przypisuje się samorządom terytorialnym, które nie tylko stymulują, ale również odpowiadają za przebieg procesu rozwoju, co wskazuje na jego integralny charakter. Oddziaływanie władz lokalnych zachodzi na wielu płaszczyznach, jednak wśród podstawowych wyróżnia się [Frączkiewicz-Wronka 2007, s. 23]:

- sferę społeczno-kulturową (obejmującą proces zmian sytuacji demograficznej, społecznej i środowiska kulturowego),
- sferę gospodarczą (obejmującą procesy rozwoju i rozbudowy bazy ekonomicznej miasta lub regionu),
- sferę środowiskową (obejmującą zmiany, jakie zachodzą w środowisku naturalnym i działania infrastrukturalne związane z ochroną przyrody),
- sferę przestrzenną (obejmującą formy zagospodarowania przestrzennego i dokonywane w nich zmiany),
- sferę infratechniczną (obejmującą rozwój struktur infrastrukturalnych w różnych dziedzinach (na przykład: gospodarka wodno-ściekowa, transport, telekomunikacja, elektryka, energetyka).

W przytoczonych powyżej definicjach pojawia się określenie rozwoju jako procesu, ale także podkreślana jest jego złożoność. Ważne jest, aby dostrzec, że poza zmianami ilościowymi (mierzalnymi) obejmuje on również przemiany o charakterze jakościowym, co stanowi rozgraniczenie między zagadnieniami wzrostu a rozwoju. Zmiany te są trudne do oszacowania, ze względu na swój charakter, czego przykładem mogą być wymieniane przez G. Myrdala postawy wobec sposobu życia lub poziom życia [Myrdal 1967].

Mówiąc o rozwoju lokalnym, można rozpatrywać go w ujęciu lokalnym oraz w ujęciu ponadlokalnym. Przez podejście ponadlokalne rozumie się odniesienie do regionów, państw Unii Europejskiej, w skali globalnej [Sztando 2017, s. 52-53]. Badając rozwój w ujęciu ponadlokalnym należy dostrzec przeobrażenie rozwoju lokalnego w ponadlokalne procesy rozwoju (tj. w ujęciu na przykład globalnym). W obu ujęciach rozwój ma na celu poprawę lub wzrost jakości życia społeczeństwa. Ponadto ujęcie ponadlokalne jest jednym z najważniejszych i nowoczesnych idei rozwoju państwa,

ponieważ zakłada konsensus między koncepcjami rozwoju lokalnego i rozwiązań zastosowanych ponadlokalnie [Sztando 2017, s. 30-31].

Według A. Sekuły rozwój lokalny ma na celu podnoszenie jakości życia społeczeństwa i wykorzystuje jednocześnie determinanty mające wpływ na ten rozwój [Sekuła 2005, s. 592]. Zarówno rozwój regionalny i lokalny poza priorytetem związanym z dążeniem do poprawy jakości życia, uwzględniają potrzeby społeczeństwa, ich hierarchię i preferencje, lecz na różnych obszarach – lokalnie tj. stosunkowo niewielkich, natomiast regionalnie – tj. w ujęciu na przykład powiatowym. Zasadnym jest wiec wyjaśnienie zależności występujących między ujęciem regionalnym i lokalnym rozwoju. Według W. Dziemianowicza [1997], A. Szewczuk, M. Kogut-Jaworskiej, M. Zioło [2011], K. Pająka [2016] można uznać, że pojęcie rozwoju regionalnego i lokalnego oznaczają to samo, różnicuje je jedynie wielkość obszaru poddawana analizie. Od momentu wprowadzenia w 1999 roku trójstopniowego podziału administracyjnego kraju, za rozwój regionalny uznaje się proces zmian na poziomie województw samorządowych, a rozwój lokalny obejmuje zasięgiem: gminy miasta i powiaty [Szewczuk i in. 2011, s. 13-14]. Zgodnie z tym podejściem zasadne jest wykorzystywanie tych samych teorii dla wyjaśnienia zarówno rozwoju lokalnego, jak i regionalnego. Można uznać, że rozwój lokalny jest tożsamy z rozwojem regionalnym, różniąc się jedynie obszarem, ponieważ regionalizm dotyczy województw, a lokalizm dotyczy mniejszych terytoriów [Grzybowska-Brzezińska, Brelik, Skłodowski 2011, s. 63-64; Dahlke 2017].

Najczęstszym kryterium wymienianym w literaturze przedmiotu, umożliwiającym rozróżnienie rozwoju regionalnego i lokalnego jest zasięg terytorialny. Wskazuje to tym samym na analizę rozwoju w ujęciu lokalnym. W ten sposób rozwój definiowali między innymi: B. Filipiak, M. Kogut, A. Szewczuk, M. Zioło [2005, s. 106-107], E. J. Blakely [1994, s. 2-3], A. Jewtuchowicz [1995, s. 86-87], J. J. Parysek [2001, s. 21-23]. I. Franczak [2015] uznał rozwój lokalny i regionalny jako pojęcia tożsame, a różnica polega na tym, że ujęcie regionalne obejmuje wszystkie jednostki terytorialne, a ujęcie lokalne dotyczy mniejszych obszarów.

Jednym z kierunków działania zarówno po stronie lokalnej, jak i regionalnej jest dążenie do zrównoważonego rozwoju, dlatego też zarządzanie kwestiami publicznymi wymaga, aby przyjąć i respektować zbiór powszechnie akceptowanych wartości, mających wpływ na decyzje, które podejmują władze samorządowe [Domański 2000, s. 14]. Istotną rolę w procesie wdrażania programu zrównoważonego rozwoju odgrywają władze

lokalne i regionalne, ponieważ są one odpowiedzialne za utrzymywanie i dbałość o obiekty infrastruktury technicznej, na przykład: gospodarki komunalnej i wodociągowej. Wykaz działań władz lokalnych przyczyniających się do poprawy atrakcyjności obszaru może obejmować szeroki zakres przedsięwzięć – między innymi dotyczących: promocji, marketingu, wspierania finansowego i gospodarowania gruntami. Podobne działania powinny być prowadzone na szczeblu regionalnym – obejmujące województwa [Szewczuk 2010].

W literaturze można znaleźć wiele badań poświęconych analizie wpływu turystyki na rozwój lokalny [Januszewska, Nawrocka 2015; Szopa, Szczerbowski 2013; Balińska 2016; Cudowska-Sojko 2011]. W rozprawie podjęto próbę diagnozy specyfiki rynku turystyki zdrowotnej i określenia wpływu turystyki zdrowotnej na rozwój lokalny, przy ograniczeniu zakresu badania do poziomu gminnego. Sam proces rozwoju turystyki stanowi bodziec do dalszych konsekwencji społeczno-gospodarczych, ponieważ w wyniku rosnącego zainteresowania turystyką zdrowotną, zwiększającym się popytem ze strony kuracjuszy z innych regionów i atrakcyjną ofertą ośrodków zaliczanych do turystyki zdrowotnej przyczynia się do powstawania warunków sprzyjających tworzeniu nowych stanowisk pracy, a co za tym idzie – prowadzi do poprawy jakości życia społeczeństwa lokalnego i skutecznie podnosi konkurencyjność obszaru.

Turystyka zdrowotna jest jedną z form pobudzania rozwoju regionalnego bądź lokalnego, jednak ze względu na swoją specyfikę i wykorzystywanie zasobów naturalnych nie jest możliwa do uprawiania na każdym dowolnym obszarze. Dowodem na to jest brak występowania turystyki uzdrowiskowej (formy turystyki zdrowotnej) na terenie trzech województw: lubuskiego, opolskiego i wielkopolskiego.

Wyjazdy związane z poprawą stanu zdrowia, usługami spa&wellness, czy relaksem wraz z zabiegami upiększającymi związane są najczęściej z dużymi wydatkami. Są to najczęściej pobyty trwające od kilku dni do nawet kilku tygodni. W związku z tym podmioty rynku lokalnego powinny wspierać promocję i rozwój branży turystyki zdrowotnej, dzięki czemu pozyskają nowych klientów (turystów, kuracjuszy). Chcąc jednak wyróżnić się na tle innych destynacji – podmioty turystyczne wyróżniać powinny się nie tylko wysoko wykwalifikowanym personelem, wysokim standardem, ale i innowacyjnymi rozwiązaniami dotyczącymi na przykład rehabilitacji czy zabiegów z zakresu medycyny estetycznej.

Podejmując próbę oceny znaczenia turystyki zdrowotnej dla rozwoju lokalnego lub regionalnego istotny jest dobór czynników i metod, które zostaną wykorzystane do przetworzenia uzyskanych danych. Dlatego podczas doboru zestawu zmiennych należy koncentrować się na takich, które najlepiej charakteryzują analizowane zjawisko (wpływ turystyki zdrowotnej na rozwój lokalny). Kwestia doboru czynników i metod badawczych nie jest uregulowana w świecie nauki, ponieważ stanowi nadal kwestię dyskusyjną. W sytuacji, kiedy zmienią się założenia badawcze i cel – zmienia się także liczba i charakter przygotowanego zestawu zmiennych oraz metoda wybrana do przetworzenia uzyskanych danych [Januszewska, Nawrocka 2015, s. 25].

Określając znaczenie turystyki zdrowotnej w rozwoju lokalnym najczęściej uwzględnia się potencjał turystyczny terenu, do którego zalicza się: zasoby strukturalne (walory turystyczne, stan i dostępność infrastruktury komunikacyjnej, zagospodarowanie przestrzenne i turystyczne), zasoby funkcjonalne (do których zalicza się czynniki ekonomiczne: inwestycje, fundusze zewnętrzne, finanse publiczne (między innymi: wydatki samorządu terytorialnego na rozwój turystyki i promocję miejscowości, dochody własne), czynniki polityczne: strategie rozwoju terenu i aktywność władz lokalnych na rzecz rozwoju turystyki, czynniki społeczno-kulturowe: kapitał ludzki i społeczny, przedsiębiorczość [Kosmaczewska 2013, s. 18; Meyer 2010]. Podsumowując, należy pamiętać, że występowanie określonych czynników nie świadczy o występowaniu rozwoju lokalnego. Pomiar tego procesu jest skomplikowany i wymaga dostępu do danych, które na poziomie lokalnym często są ograniczone.

ROZDZIAŁ III. SPECYFIKA I UWARUNKOWANIA ROZWOJU TURYSTYKI ZDROWOTNEJ

3.1. Istota i znaczenie turystyki zdrowotnej

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „... zdrowie to całkowity, fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan człowieka, będący wynikiem interakcji jednostki i środowiska" [WHO 1948]. Zdrowie poza wieloma wymiarami, na czele z biomedycznym, posiada również znaczenie ekonomiczne. Oznacza to, że można je uważać jako szczególne dobro ekonomiczne, które posiada wartość wynikającą z bezpośredniego i pośredniego wpływu na osiągany przez człowieka poziom zadowolenia – wartość jego funkcji użyteczności (na przykład w ramach turystyki zdrowotnej) [Januszewski 2012, s. 23-25]. W literaturze podjęto wiele prób zdefiniowania turystyki zdrowotnej. Jedną z pierwszych definicji zaproponował J. Wolski [1970] podkreślając, że turystyka zdrowotna obejmuje świadome i dobrowolne udanie się na pewien okres poza miejsce zamieszkania w czasie wolnym od pracy w celu regeneracji ustroju, wykorzystując aktywny wysiłek psychofizyczny. M. Tabacchi [1997] zdefiniował ten rodzaj działalności turystycznej jako „organizowany przez podmioty rynku turystycznego wyjazd na dobę lub dłużej poza miejsce zamieszkania, w celu regeneracji zdrowia fizycznego, psychicznego, korekcji urody lub poddania się zabiegom i operacjom w placówkach opieki zdrowotnej" [Tabacchi 1997]. Natomiast A. Białk-Wolf [2010] określił turystykę zdrowotną jako „ogół stosunków i zjawisk wynikających z pobytu i podróży osób, dla których głównym motywem i celem dominującym jest leczenie, poprawa lub zachowanie zdrowia" [Białk-Wolf 2010, s. 18]. S. Parris-Chambers [2007, s. 7-8] podkreśla z kolei znaczenie aspektu terapeutycznego wyjazdów, zwracając uwagę na takie pojęcia, jak: zdrowie i odnowa biologiczna, turystyka uzdrowiskowa, rekonwalescencja, dodatkowe zabiegi, społeczność emerytów oraz niektóre alternatywne usługi zdrowotne. Według E. Lanz-Kaufmanna i H. Mullera [2001] turystyka zdrowotna to suma relacji i zjawisk wynikających ze zmiany miejsca i pobytu ludzi, podejmowanych w celu zapewnienia wsparcia, osiągnięcia równowagi oraz przywrócenia komfortu fizycznego, psychicznego i społecznego, odpowiednio poprzez wykorzystanie i korzystanie z usług zdrowotnych. Zdaniem J. N. Goodrich

i G. E. Goodrich [1987, s. 217], celem turystki zdrowotnej[7] jest próba przyciągnięcia turystów przez przedsiębiorstwa w wyniku promowania usług zdrowotnych oraz infrastruktury z jednoczesnym zapewnieniem usług zdrowotnych (między innymi: badań lekarskich, specjalnej diety, akupunktury oraz zabiegów chirurgicznych). Turystyka zdrowotna składa się więc z trzech elementów: pobytu poza miejscem zamieszkania, zdrowia jako głównego motywu przyjazdu i pobytu w warunkach wypoczynkowych [Bushell, Sheldon 2009, s. 8; Białk-Wolf 2010, s. 8-11]. Filozoficzne i psychofizyczne uwarunkowania turystyki zdrowotnej podkreślali C. Kaspar [1995].

Ogólnie ujmując turystykę zdrowotną traktowano jako wyjazd poza miejsce stałego zamieszkania w celach turystycznych, ale z uwzględnieniem miejsca na zaplanowanie czynności dla duszy i ciała – zabiegów spa&wellness lub po prostu działalności uzdrowiskowej – czyli związanej z regeneracją organizmu po przebytej chorobie, wzmocnienia lub rehabilitacji.

Według A. Jagusiewicz [2001] turystyka zdrowotna obejmuje turystykę: uzdrowiskową, spa&wellness i medyczną [Jagusiewicz 2001, s. 10][8]. Należy podkreślić, iż w wielu opracowaniach anglojęzycznych nie wyróżnia się oddzielnej kategorii pt.: turystyka uzdrowiskowa, tylko włącza jej zakres do turystyki spa&wellness [Ehrbeck, Guevara 2008][9]. Jednakże polski produkt turystyki uzdrowiskowej różni się od oferowanych w ramach turystyki spa&wellness, w większości państw, poprzez posiadanie znaczącego wymiaru medycznego, zaangażowania lekarzy i potwierdzonej skuteczności leczniczej. Można uznać, iż jest on produktem unikalnym i należy podkreślać jego odmienność[10].

W północno-zachodniej części Polski najbardziej popularnymi uzdrowiskami są Świnoujście i Kołobrzeg, które są chętne odwiedzane zarówno przez turystów krajowych, jak i zagranicznych (głównie w Niemiec – co związane jest z bliskością granicy państw i atrakcyjnością cenową pobytów).

[7] W literaturze anglojęzycznej rolę turystyki zdrowotnej upatrywano w ramach świadczenia przez zakłady opieki zdrowotnej usług z wykorzystaniem zasobów naturalnych – wód termalnych i mineralnych – kraju.
[8] Nowym kierunkiem, który nie jest jeszcze tak popularny w Polsce jest „forest therapy" uznawana za formę turystyki zdrowotnej. Jest to nowy kierunek, określany jako leczenie lasem lub sylwoterapia
[9] Przykładowo: European Travel Commission and World Tourism Organization Exploring Health Tourism – Working Paper [2015]; UNWTO, Mueller H., Lanz-Kaufmann E., Wellness Tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry, Journal of Vacation Marketing, Volume 7, Number 1, Madrid 2001, ss. 5-17.
[10] W Niemczech, gdzie tradycja „kurortów" jest również bardzo silna, pojawiło się także odchodzenie od tego określenia na rzecz usług spa i wellness. Było to związane po części z negatywnym wizerunkiem kurortów jako miejsc dla starszych ludzi, gdzie nic się nie dzieje.

Należy podkreślić, że jedną z kluczowych form turystyki zdrowotnej w Polsce jest działalność uzdrowiskowa, która wydaje się być formą najlepiej realizującą cele zdrowotne [Szromek 2021, s. 133]. Stąd też na potrzeby dysertacji turystykę zdrowotną określono jako „świadome i dobrowolne udanie się poza miejsce zamieszkania, w czasie wolnym od pracy, w celu regeneracji zdrowia dzięki aktywnemu wypoczynkowi fizycznemu i psychicznemu". Obecnie na rynku dostępna jest rozbudowana oferta usług z zakresu turystyki zdrowotnej. Ośrodki realizujące pobyty uzdrowiskowe specjalizują się w leczeniu poszczególnych chorób, jak na przykład: otyłość, cukrzyca, choroby neurologiczne, choroby górnych/dolnych dróg oddechowych, choroby kardiologiczne. W ramach turystyki uzdrowiskowej wykorzystywane są przede wszystkim walory przyrodnicze, złoża naturalne (borowiny), ale i mikroklimat.

Zjawisko turystyki uzdrowiskowej osadzone jest w ramach szerszych koncepcji, takich jak: zdrowie, turystyka, wellness, turystyka zdrowotna, turystyka medyczna, balneologia (źródła wód leczniczych – gorących i mineralnych) oraz pozostaje pod widocznym wpływem światowego przemysłu turystycznego i światowego przemysłu medycznego. Od lat obserwuje się rozwój oferty wellness w Polsce. Poza gabinetami, salonami i klinikami, które świadczą również zabiegi spa, popularne stało się łączenie tych czynności z pobytami turystycznymi w kurortach.

Turystyka uzdrowiskowa, będąca formą turystyki zdrowotnej, jest elementem rynku turystycznego. Została wyodrębniona z punktu widzenia motywacji do uprawiania turystyki, tj. wyjazdów turystycznych, dla których głównym lub dopełniającym celem jest wpływanie na zdrowie i kondycję psychofizyczną [Panasiuk 2013]. Przyczyn braku jednorodności definicji turystyki uzdrowiskowej można doszukiwać się w podstawowych funkcjach turystyki w uzdrowiskach, czyli: lecznictwa uzdrowiskowego i roli funkcji turystycznej. Zazwyczaj uzdrowiskowy ruch turystyczny i związana z nim działalność określane są mianem „turystyki uzdrowiskowej", „turystyki zdrowotnej" oraz „turystyki leczniczej" [Hadzik 2009]. Należy jednak pamiętać, że najszerszym pojęciem jest turystyka zdrowotna, a pozostałe formy stanowią jedynie jej część.

M. Januszewska określa turystykę uzdrowiskową jako „wyjazdy związane z kuracją sanatoryjną, rehabilitacyjną i lecznictwem uzdrowiskowym, powiązane z zabiegami przyrodoleczniczymi, świadczonymi na podstawie konsultacji lekarza uzdrowiskowego" [Januszewska 2005, s. 116-120]. C. Kaspar i F. Fehrlich [1999, s. 14] traktują ten rodzaj działalności turystycznej jako „całość stosunków,

działań i zjawisk, które wynikają z pobytów osób udających się w celach lecznictwa uzdrowiskowego oraz podróży do uzdrowisk i powrotów do miejsc zamieszkania". Z kolei Z. Krasiński [1999] łączy turystykę uzdrowiskową z pobytami w celach leczniczych pod sanatoryjną opieką lekarską. Natomiast W. Gaworecki [2010] zaznacza, że „turystyka uzdrowiskowa realizowana jest w miejscowościach określanych jako uzdrowiska. A uzdrowisko to obszar, na którym prowadzone jest lecznictwo zdrojowe, gdzie został wydzielony teren w celu wykorzystania i ochrony naturalnych surowców leczniczych". Warunkiem wykonywania funkcji uzdrowiskowych jest uzyskanie statusu uzdrowiska [Mika 2007]. Kwestię uzdrowisk, ich funkcjonowania i świadczenia przez nie usług regulują w Polsce następujące akty normatywne [Królak 2021]:

• Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach [Dz.U. z 2005 r., nr 167, poz. 1399 z późn. zm.];

• Polska Norma PN-2001/Z-11000 Uzdrowiska. Terminologia, klasyfikacje i wymagania ogólne.

W turystyce spa&wellness można wyróżnić oferty należące do dwóch grup. W pierwszej grupie znajdują się takie, których głównym celem jest dbanie o ciało i relaks (ang. *pampering*). Najczęściej zabiegi upiększające obejmują masaże (suche i wodne), okłady z gliny i ziół, złuszczanie naskórka (ang. *peeling*), gimnastykę, siłownię, naświetlania, krioterapię itp. Do drugiej grupy ofert zaliczyć można produkty turystyczne, których głównym celem jest dobrostan (ang. *wellness, well-being*). Zabiegi pozwalające go uzyskać to przede wszystkim różne metody walki ze stresem, kuracje odtruwające (tzw. *detoksykacje*), a także terapie tlenowe, kuracje odchudzające i medytację [Goodrich 1994]. Na rynku dostępny jest szeroki zakres zabiegów i kuracji, które mogą różnić się cenowo w zależności od miejsca ich wykonywania i standardu.

Usługi turystyki medycznej świadczone są w tradycyjnych centrach medycznych (instytutach badawczych, szpitalach, klinikach, centrach chirurgii plastycznej). Jest to forma działalności turystycznej połączona z leczeniem, rozumiana jako świadoma działalność człowieka, w której podróżny (turysta medyczny) ma na celu uzyskanie szeroko pojmowanej opieki zdrowotnej – zarówno we własnym kraju, jak i za granicą – polegającej przede wszystkim na zachowaniu (pozyskaniu) lepszego stanu zdrowia lub/i estetycznego wyglądu własnego ciała, połączonego z wypoczynkiem, regeneracją sił fizycznych i psychicznych, zwiedzaniem i korzystaniem z walorów turystycznych oraz rozrywką [Lubowiecki-Vikuk 2010]. Obecnie obserwowany jest wzrost

zainteresowania turystyką medyczną, czyli wyjazdami, w trakcie których można poddać się na przykład: operacji plastycznej, zabiegom powiększania biustu, korekcie nosa, przeszczepowi włosów bądź zarostu, w połączeniu z kompleksową obsługą wyjazdu – przejazdem, noclegami, ubezpieczeniem, wyżywieniem i opieką medyczną.

Funkcje współczesnej turystyki ogólnej, jak i turystyki zdrowotnej stanowią przedmiot wielu dyskusji wśród naukowców. Dokonując analizy funkcji, podjęto próbę sklasyfikowania skutków ekspansji turystyki i jej przełożenia na życie zarówno społeczne, jak i gospodarcze. Jedną z podstawowych funkcji, która dostrzegana jest w każdym rodzaju uprawianej turystyki, stanowi funkcja wypoczynkowa [Alejziak 2000, s. 283-286]. Turystyka może sprawiać przyjemność sama w sobie, będąc tym samym źródłem radości dla społeczeństwa w niej uczestniczącego. Rozwój tej funkcji wynika z głównych motywów uprawiania turystyki, które określił W. W. Gaworecki [2010], dotyczące między innymi: utrzymania i odnowy sił fizycznych oraz psychicznych. Wypoczynek jest niezwykle ważny, ponieważ dzięki niemu poprawia się efektywność działań ludzi, co tym samym przekłada się na ochronę gospodarki przed poniesieniem znacznych strat wynikających z nieefektywności pracowniczej.

Postęp techniczno-organizacyjny w gospodarce powoduje, że praca ludzka staje się coraz łatwiejsza fizycznie, natomiast coraz bardziej angażuje człowieka, powodując rosnące obciążenie psychiczne, przyczyniając się do obniżenia odporności życiowej [Kwilecki 2013, s. 6-8]. Brak wystarczającej ilości wypoczynku powoduje narastające zmęczenie, skutkujące wyczerpaniem organizmu i dlatego właśnie konieczne jest uczestnictwo w różnych formach turystyki, szczególnie zdrowotnej, która przyczynia się do poprawy stanu zdrowia, odporności. Turystyka zdrowotna obejmuje nie tylko pobyty dla osób chcących odzyskać siłę i równowagę w wyniku przewlekłej choroby, lecz także pobyt wypoczynkowy połączony z zabiegami spa&wellness, co jest obecnie bardzo popularne nie tylko w Polsce, ale i na świecie. Dzięki uczestnictwu w turystyce uzdrowiskowej możliwy jest nie tylko udział w zabiegach zdrowotnych, rehabilitacyjnych, ale także wypoczynek w ośrodkach, które znajdują się w bezpośrednim sąsiedztwie przyrody lub atrakcyjnym otoczeniu. Są to często znane destynacje, jak na przykład: Kołobrzeg, Świnoujście, Sopot, gdzie corocznie przybywa tysiące turystów, aby wypocząć lub skorzystać z organizowanych wydarzeń kulturowych – między innymi: festiwali. W. W. Gaworecki uważa, że aby w pełni wyjaśnić funkcję wypoczynkową należy połączyć ją wraz z funkcją zdrowotną [Gaworecki 2010]. Wpływ na to ma przede wszystkim

łatwiejszy sposób przemieszczania się i wzrost mobilności społeczeństwa, przez co turyści i kuracjusze skłonni są wyjechać do odległych ośrodków, aby wypocząć i poprawić stan swojego zdrowia fizycznego lub/i psychicznego.

Funkcja zdrowotna związana jest przede wszystkim z oczekiwaniami kuracjuszy i turystów, co do poprawy stanu zdrowia lub powrotu do jego pełnej sprawności. Jest ona niezwykle istotna w rozumieniu turystyki zdrowotnej, ponieważ jej główne cele są nastawione prozdrowotnie. Dzięki uczestnictwu w turystyce zdrowotnej możliwa jest integracja osób, których stan zdrowia ulega znacznej poprawie podczas pobytu w środku z osobami, które są trwale niepełnosprawne. W trakcie przebywania na turnusach leczniczych coraz częściej poza poprawą dotychczasowego stanu zdrowia, turyści dodatkowo decydują się na zabiegi z zakresu spa&wellness [Alejziak 2000]. Jest to forma turystyki zdrowotnej, która rozwija się szybciej niż działalność uzdrowiskowa. Związane jest to ze zmianą trendów w społeczeństwie – coraz bardziej ludzie przywiązują uwagę do wyglądu zewnętrznego.

Najważniejszą funkcją turystyki zdrowotnej jest funkcja uzdrowiskowa. Realizowana jest ona na obszarach posiadających status uzdrowiska. Są to tereny nastawione na wykorzystanie w leczeniu kuracjuszy i ochronę występujących w tych miejscach naturalnych surowców leczniczych [Mika, Ptaszycka-Jackowska 2007]. Wraz ze zmieniającymi się preferencjami klientów oferta turystyczna musi być aktualizowana pod względem zmieniających się oczekiwań i budżetu turystów [Szromek 2013]. Zmiany te dotyczą głównie odejścia od tradycyjnych pobytów turystyczno-uzdrowiskowych, zwracając większą uwagę na rozrywkę, rosnący udział turystów, a także kuracjuszy korzystających z rozrywek oferowanych przez miejscowość uzdrowiskową. Oferty pobytów uzdrowiskowych ulegają zmianom, w wyniku których zwiększa się zakres usług spa&wellness oferowanych kuracjuszom [Przybyszewska-Gudelis 2013, s. 37-38]. W związku ze zmianą oferty zabiegów proponowanych turystom, zauważana jest zmiana średniej wieku uczestników turystyki zdrowotnej [Krzyżanowska 2016], ponieważ z zabiegów spa&wellness korzystają ludzie w różnym wieku (najczęściej młodzi).

Z punktu widzenia rozwoju lokalnego i regionalnego warto zwrócić uwagę na funkcję ekonomiczną, która jest najistotniejsza w działalności przedsiębiorstw. Dzięki rozwojowi turystyki zdrowotnej w regionie, przyczynia się do aktywizacji gospodarczej obszaru. Licznie odwiedzający turyści powodują znaczny napływ kapitału

do destynacji turystycznych. Są to zarówno turyści z kraju, jak i zagranicy. Dzięki zwiększonym obrotom przedsiębiorstw lokalnych, powstają nowe miejsca pracy, przez co zmniejsza się bezrobocie wśród społeczności lokalnej. W pasie nadmorskim widoczna jest znacząca aktywizacja gospodarcza rynków lokalnych w sezonie letnim. Działalność przedsiębiorstw umożliwiających obsługę ruchu turystycznego, daje możliwość zatrudnienia ludności miejscowej, co powoduje wzrost dochodów mieszkańców. Podatki płacone przez duże przedsiębiorstwa stanowią źródło wpływów do budżetów samorządów terytorialnych. Dzięki wzrastającemu ruchowi turystycznemu rozwija się nie tylko turystyka zdrowotna, ale również inne jej formy, co powoduje napędzenie koniunktury gospodarczej również w innych dziedzinach takich jak: rolnictwo, budownictwo, przemysł itp. [Gaworecki 2010].

Kolejną funkcją turystyki zdrowotnej jest funkcja wychowawcza. Uczestnictwo w turystyce stanowi znakomity środek wychowawczo-dydaktyczny. Podczas pobytu w uzdrowiskach lub innych ośrodkach, turyści kształtują swoją osobowość, poznają swoje potrzeby, rozwijają swoje zainteresowania, uczą się zaradności i samodzielności. Turystyka zdrowotna jak i jej inne rodzaje są okazją do zaobserwowania zachowań w grupie, ludzie uczą się odpowiedzialności nie tylko za siebie, ale także za innych. W trakcie trwania turnusu można poznać wiele osób i nawiązać kontakt z ludźmi, z którymi stworzymy relację na długie lata [Gaworecki 2010]. Konsekwencją takich znajomości mogą być migracje wewnętrzne, ponieważ mogą doprowadzić do zmiany stałego miejsca zamieszkania.

Funkcja edukacji kulturalnej w turystyce zdrowotnej nie jest pierwszorzędna. Stanowi nawiązanie do funkcji poznawczej, kształtowanej przez podróże, chęci poznawania świata oraz nowych miejsc i kultury. W ujęciu ogólnym turystyka przyczynia się do zaspokojenia potrzeb estetycznych, pozwala napawać się sztuką, malarstwem, rzeźbami i architekturą, jednak turystyka zdrowotna poza głównym celem pobytu, daje możliwość uczestnictwa w wydarzeniach kulturalnych w destynacji lub okolicy ośrodka [Anszperger 2017, s. 172]. Przykładem mogą być organizowane festiwale, koncerty, wydarzenia tematyczne.

Poza wyżej wymienionymi funkcjami turystyki zdrowotnej w literaturze wymienia się również inne jej funkcje, takie jak [Gaworecki 2010]:

- etniczna – oznacza wzrost świadomości narodowej wśród uczestników turystyki, w wyniku obcowania z turystami różnych narodowości umacniana jest tożsamość

uczestników grup etnicznych biorących udział w pobytach zdrowotnych, uzdrowiskowych lub spa&wellness; podczas wypoczynku w destynacjach turystycznych społeczeństwo mając możliwość kontaktów z ludźmi różnych narodowości, zwyczajami, doceniają swoje pochodzenie i dochodzi do zacieśniania kontaktów z krajem ojczystym;

- polityczna – w turystyce zdrowotnej dotyczy przede wszystkim przełamywania stereotypów, uprzedzeń do innych narodowości i nawiązywania współpracy międzynarodowej; funkcją turystyki zdrowotnej w ujęciu politycznym jest między innymi: kształtowanie postawy i świadomości narodowej, a także wychowanie obywatelskie w duchu patriotyzmu;
- funkcja miastotwórcza wynika z napływu do destynacji turystycznych inwestorów, chcących rozbudować bazę noclegową lub usługową w regionach, przyczyniając się tym samym do rozwoju budownictwa; w regionach turystycznych powstają obiekty rekreacyjne, z których korzystają nie tylko turyści, kuracjusze, ale także społeczność lokalna, chodzi o takie obiekty jak: boiska, baseny, korty tenisowe, bieżnie, itp.; należy pamiętać, że nie tylko turystyka zdrowotna, ale każdy rodzaj turystyki przyczynia się do rozwoju miast lub wsi, w których realizowane są pobyty turystyczne.

Omówione funkcje nie spełniają naczelnej roli w turystyce zdrowotnej. Są one jednak ważne z punktu widzenia nie tylko turystów, ale także społeczności lokalnej i ich sytuacji materialnej.

3.2. Determinanty rozwoju turystyki zdrowotnej

3.2.1. Kierunki zmian w turystyce zdrowotnej

Do niedawna turystyka zdrowotna była kojarzona wyłącznie z wyjazdami do sanatorium, co wynikało ściślej z turystyki uzdrowiskowej. Obecnie zmienia się ogólny profil turystyki zdrowotnej, który zaczyna być utożsamiany również ze zdrowiem, wypoczynkiem i odnową biologiczną. Jednym z głównych bodźców determinujących rozwój tego rodzaju turystyki jest odpowiednia promocja, która poza tradycyjnymi formami przekazywania informacji, zaczęła poszerzać horyzont docierania do potencjalnych klientów i turystów, dzięki wykorzystywaniu mediów społecznościowych tj. instagram, facebook, twitter, google+ (tzw. social media) [Kulykovets i in. 2018, s. 19-20]. W ostatnim czasie popularny wśród społeczeństwa stał się również Tik-Tok, gdzie można zamieszczać zdjęcia i filmy z opisami, lub dodawać

informacje o miejscach, osobach. Jest to platforma wykorzystywana nie tylko przez osoby fizyczne, ale także przez przedsiębiorstwa, osoby publiczne i polityków.

J. Rab-Przybyłowicz dokonała próby oceny tendencji zmian w turystyce zdrowotnej, skupiając się na segmencie turystyki medycznej, podkreślała w swoich analizach, że w badaniach dotyczących tej formy turystyki nie należy koncentrować się jedynie na trendach demograficznych, wskazujących najczęściej na starzejące się społeczeństwo, lecz również na [Rab-Przybyłowicz 2016]:

- rosnącej liczbie rezerwacji bezpośrednio w komercyjnych obiektach opieki zdrowotnej przez turystów medycznych,
- konieczności tworzenia „nieszablonowych" pakietów dla turystów medycznych, z uwzględnieniem wysokiej jakości i gwarancji braku zmiany ceny,
- rosnącym poziomie wykwalifikowania i wyspecjalizowania kadry medycznej umożliwiających lepszą obsługę turystów medycznych,
- rozwoju telemedycyny, przez wykorzystywanie Internetu, mediów społecznościowych, służących jako narzędzia do weryfikacji informacji o klinice lub lekarzu, który ma wykonać zaplanowany zabieg, a także do kontaktu między innymi: z podmiotami opieki zdrowotnej,
- multikierunkowości współczesnej turystyki, czego przykład stanowi turystyfikacja opieki zdrowotnej.

Coraz częściej zauważalna w wielu państwach, w tym również w Polsce, jest działalność eksportowa usług zdrowotnych, które zgodne są z procedurami medycznymi, co w konsekwencji może doprowadzić do specjalizacji poszczególnych państw. Należy przypuszczać, że zarówno jakość, jak i specjalizacja w zakresie świadczenia usług może przyczynić się do dalszego rozwoju turystyki medycznej, ze szczególnym uwzględnieniem stomatologii, chirurgii plastycznej i bezpłodności [Patients' Guide to Treatment Abroad 2017]. Efektem tych zmian jest rosnące zainteresowanie turystyką medyczną poza granice Polski.

Oferowane usługi realizowane w ramach turystyki medycznej są uzależnione od stanu zdrowia i potrzeb współczesnych konsumentów. Ich zakres jest coraz bardziej zindywidualizowany. Jednymi z najważniejszych usług turystyki medycznej są: badania diagnostyczne, odsysanie tkanki tłuszczowej, korekta wad wrodzonych, chirurgia plastyczna, lioliza iniekcyjna, laryngologia, ginekologia, okulistyka [Bukowska-

Piestrzyńska 2008, s. 56-59]. Wśród najistotniejszych czynników, który istotnie wpływają na wybór miejsca zabiegu jest cena oraz renoma miejsca, w którym świadczone są usługi.

Podejmując tematykę globalizacji, zwraca się uwagę na jej skutki dla rozwoju turystyki, zarówno pozytywne jak i negatywne [Brelik 2018]. Niewątpliwie pozytywną konsekwencją procesu globalizacji jest łatwość podróżowania i swobodny przepływ ludzi oraz informacji. Przykładem negatywnego działania jest brak możliwości skorzystania z niedozwolonych w kraju zamieszkania praktyk opieki zdrowotnej, wybierając tym samym tę usługę w kraju przyjmującym. Skutkuje to rozwojem turystyki kontrowersyjnej, szczególnie w przypadku procedur medycznych związanych z aborcją, eutanazją, transplantacją narządów ludzkich, które mogą pochodzić z nielegalnego handlu organami [Lubowiecki-Vikuk 2015]. Turyści-pacjenci, jeśli nie mogą skorzystać z określonych procedur medycznych w kraju, poszukują ich zagranicą, zazwyczaj początkowo sprawdzając dostępność usług u państw sąsiadujących.

Od lat 40-tych XX wieku utrzymuje się długoterminowy trend na rynku światowym, który wskazuje na częściową rezygnację z typowego leczenia podczas pobytów uzdrowiskowych na korzyść zabiegów spa&wellness. Przyczyniło się to do powstania wielu ośrodków i podmiotów, które poza działalnością wypoczynkową, świadczą zabiegi spa&wellness. W Polsce sektor usług wellness koncentruje uwagę w znacznym stopniu na części społeczeństwa, borykającej się z problemami zdrowotnymi, co wynika z tradycyjnego systemu uzdrowiskowego [Lubiowiecki-Vikuk 2018, s. 16]. D. Drygas i J. Golba uważają, że w Europie tendencja jest odmienna, ponieważ zgodnie z ich opinią rozwój turystyki uzdrowiskowej uwarunkowany jest czynnikami globalizacji, co przejawia się między innymi w uwarunkowaniach: społecznych, demograficznych, prawno-politycznych, ekologicznych i innych [Dryglas, Golba 2017, s. 201-209]. Modne stało się dbanie o swój wygląd w każdym wieku, niezależnie czy jest się kobietą czy mężczyzną.

Duże znaczenie dla wzrostu zainteresowania turystyką zdrowotną, w tym turystyką uzdrowiskową, ma zmiana trendów związanych z różnymi sposobami spędzania czasu wolnego oraz przemianami społeczno-gospodarczymi. Obecnie powstające hotele zawierają zaplecze spa i/lub wellness, stanowiącą coraz częściej integralną częścią powstających obiektów. Działalność tych kompleksów jest nastawiona przede wszystkim na odnowę biologiczną, która dostarcza korzyści dla zdrowia fizycznego i psychicznego. W Polsce wzrasta z każdym rokiem liczba takich ośrodków,

jednak szczególnie dużo powstaje ich na terenie tzw. „perły polskich uzdrowisk", tj. w pobliżu Krynicy-Zdroju. Z usług spa&wellness poza obiektami sanatoryjnymi można skorzystać również w hotelach o wysokim standardzie [Bajgier-Kowalska 2015, s. 9]. Przykładem może być Kołobrzeg lub Świnoujście, które świadczą takie usługi w hotelach trzy-, cztero- i pięciogwiazdkowych.

Przez wiele lat uzdrowiska finansowane były ze środków: państwa, Polskich Towarzystw Ubezpieczeniowych, Narodowego Funduszu Zdrowia, prywatnych, lub z tytułu ubezpieczeń społecznych. Obecnie zarówno w Polsce, jak i innych państwach Unii Europejskiej zauważalny jest trend, sukcesywnego odchodzenia od finansowania lecznictwa uzdrowiskowego z budżetu Skarbu Państwa [Kowal 2006, s. 152-156].

Od lat 90 XX wieku obserwuje się rosnące zainteresowanie formami turystyki zdrowotnej. Pomimo, że podróże w celach medycznych są zauważane od lat, to dostrzegane w ostatnim dwudziestoleciu zjawisko turystyki medycznej na znaczną skalę jest czymś nowym [Białk-Wolf 2014, s. 4-6]. Należy podkreślić występujące obecnie dwie główne formy turystyki medycznej: pierwsza – wynika ze skupienia na jakości bądź prestiżu, oraz druga – powstała z orientacji na koszty. Przyglądając się pierwszej formie – dotyczy ona mieszkańców regionów lub państw o najwyższym poziomie rozwoju, wybierających miejsca i kraje, które charakteryzują się wysokim stopniem rozwoju medycyny. Druga forma wynika z niewystarczającej oferty leczniczej państw lub regionów, lub też związana jest z turystyką medyczną pacjentów z regionów i państw wysoko rozwiniętych, podróżujących do miejsc oferujących konkurencyjne ceny usług, przez co w ostatnich latach dostrzegany jest znaczny rozwój turystyki medycznej [Białk-Wolf 2014, s. 8-11].

Dzięki kompleksowemu podejściu do procesu lecznictwa, docenieniu walorów przyrodniczych, które istotnie wpływają na wzrost atrakcyjności turystycznej oraz trendów na rynku usług zdrowotno-turystycznych, możliwy jest rozwój nie tyko turystyki uzdrowiskowej, ale również spa&wellness, a także turystyki wiejskiej [Łopaciński 2003]. Na terenach posiadających na przykład: status uzdrowiska, złoża surowców naturalnych, które wykorzystywane są w lecznictwie, zjawisko turystyki traktowane jest jako jeden z możliwych wariantów rozwoju wraz z jego innymi kierunkami [Żabińska 2000]. Ponadto możliwy jest rozwój działalności: gastronomicznej, noclegowej, rozrywkowej, transportowej, elektroenergetycznej, infrastrukturalnej.

W latach 2000-2010 istniała moda na wyjazdy urlopowe do uzdrowisk. Społeczeństwo częściej wybierało turystykę zdrowotną niż pobyty rodzinne do ośrodków wypoczynkowych w górach, nad morzem, czy na Mazurach. Trend dotyczył głównie ludzi młodych, natomiast mniejszość stanowiły osoby w podeszłym wieku. Uczestnikami tej formy turystyki były najczęściej osoby posiadające wyższe wykształcenie, które mają dobrą i bardzo dobrą sytuację materialną. Ze względu na różnice w sposobie spędzania czasu wolnego i trybie życia między osobami w wieku poprodukcyjnym, które korzystają z pobytów zdrowotnych, a korzystającymi z nich ludźmi młodymi, stawiało duże wyzwanie organizacyjne przed ośrodkami, aby zapewnić komfort obu grupom wiekowym. Młode społeczeństwo pomimo pobytów zdrowotnych chce również korzystać z rozrywek oferowanych turystom w miejscowości i okolicy, zachowując się przy tym głośno. Natomiast osoby starsze, które cierpią na schorzenia i przebywają w ośrodku w celu poratowania zdrowia, najczęściej oczekują ciszy i spokoju, aby móc odpoczywając i korzystając z wybranych usług wrócić do zdrowia [Górna 2013, s. 55-56].

W najbliższym czasie wraz ze wzrostem świadomości społeczeństwa na temat zdrowia [Marciszewska 2010, s. 22-27] i zmian dotyczących stylu życia, należy spodziewać się rosnącego zainteresowania ofertą z zakresu szeroko rozumianej turystyki zdrowotnej. W. Berg [2008, s. 168-170] podczas swoich rozważań, stworzył szczegółową listę czynników, które w znacznym stopniu przyczynią się do kształtowania rozwoju turystyki medycznej, do której zaliczył [Liu i in. 2006, s. 650-653]:

- reformę systemu opieki zdrowotnej, która przewiduje dopłaty za wykonywanie określonych usług z zakresu medycyny zagranicą,
- obniżenie cen, co dodatkowo przełoży się na wzrost motywacji do wyjazdu wśród turystów i kuracjuszy,
- słabo rozwiniętą opiekę medyczną w niektórych państwach, co sprawia, że turyści i kuracjusze skłonni są skorzystać z usług za granicą,
- długi czas oczekiwania na zabiegi chirurgiczne,
- szanse na zwiększenie zyskowności i obłożenia szpitali w państwach, które przyjmują turystów,
- działanie wielu krajów, mające na celu doporowadzenie do zmiany profilu turystów odwiedzających ich państwo z tzw. „taniego turysty” na turystę „wyższej jakości”, który jest w stanie wydać więcej pieniędzy podczas pobytu.

Aktualna oferta turystyki zdrowotnej nie jest skoncentrowana wyłącznie na pobytach uzdrowiskowych. Ze względu na stale rosnącą świadomość zdrowotną, uprawianie turystyki zdrowotnej stają się coraz popularniejszą formą spędzania czasu wolnego, a dotychczasowe oferty turystyki uzdrowiskowej są rozbudowywane o walory kulturowe i przyrodnicze. W szybkim tempie rozbudowuje się także oferta spa&wellness, z której korzystać można nie tylko podczas pobytów turystycznych, ale w trybie stacjonarnym w salonach, klinikach i innych miejscach, które świadczą usługi z tego zakresu.

3.2.2. Turystyka zdrowotna w Polsce – dynamika zmian i perspektywy rozwoju

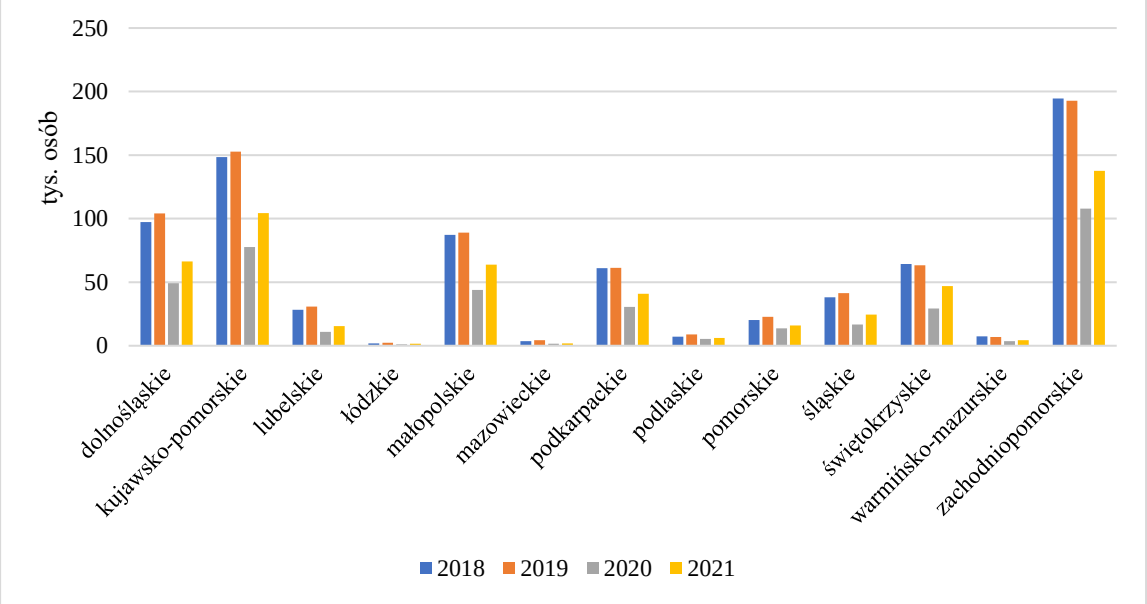
Od wielu lat na świecie, jak i w Polsce obserwowana jest występująca moda na tzw. „zdrowy tryb/styl życia". Towarzyszy temu również wydłużenie długości życia społeczeństwa i chęci zmian w dotychczasowym sposobie spędzania czasu wolnego, co pośrednio jest efektem wzrostu zamożności ludzi, ale i rosnącej świadomości w kwestii dbania o zdrowie. Ze względu na uprawianie turystyki i zmianę w podejściu do zdrowia, wzrosło zainteresowanie turystyką zdrowotną, która nie tylko łączy wypoczynek z rehabilitacją lub leczeniem, ale również z profilaktyką zdrowotną. Obserwowany jest wzrost zainteresowania społeczeństwa ofertami turystycznymi, które można połączyć z działalnością prozdrowotną, relaksem i edukacją dotyczącą zdrowego odżywiania, zmianami nawyków żywieniowych czy zdrowej diety [Królak 2021, s. 125]. Coraz częściej można w Polsce skorzystać z pobytów odchudzających oraz tematycznych, w trakcie których będą odbywały się zajęcia z trenerem personalnym, dietetykiem i psychologiem odżywiania. Aby zachęcić społeczeństwo do udziału, zdarza się, że wyjazdy takie promowane są przez influencerów.

Mając na uwadze, że turystyka zdrowotna obejmuje nie tylko turystykę uzdrowiskową, medyczną, ale i spa&wellness, obserwowane są istotne przemiany, których konsekwencje dotykają głównie rynku usług uzdrowiskowych, co jest skutkiem zmieniającego się podejścia do życia, dbałości o zdrowie, które opiera się na paradygmacie wellness. Założenia paradygmatu skupiają się na dążeniu do wydłużenia długości życia z jednoczesnym zachowaniem zdrowia, dobrego wyglądu, sprawności fizycznej i psychicznej, aktywności społecznej [Sallmann 2010]. Warto wspomnieć, że w związku z wystąpieniem w 2020 roku stanu epidemii COVID-19 w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego zostały wprowadzone czasowe przerwy w prowadzeniu działalności,

co skutkowało zaprzestaniem świadczenia usług turystyki zdrowotnej i rehabilitacji leczniczej w okresie od 14 marca 2020 r. do 14 czerwca 2020 r. i od 24 października 2020 r. do 10 marca 2021 roku. Ze względu na ogłoszony stan pandemii wprowadzone zostały także zmienione zasady, dotyczące pobytów pacjentów uzdrowiskowych, bowiem od 15 czerwca 2020 roku, warunkiem przyjęcia do zakładu lecznictwa uzdrowiskowego było otrzymanie negatywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 [GUS 2019].

Pomimo zmian w preferencjach kuracjuszy i turystów związanych z ekspansją turystyki spa&wellness zamiast uzdrowiskowej, liczba osób korzystających z pobytów w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce w latach 2018-2021 uległa znaczącemu obniżeniu w roku 2020. Był to efekt ogłoszonego lockdownu i tymczasowego ograniczenia funkcjonowania podmiotów gospodarczych, co wynika z wykresu. 3.1.

Wykres 3.1. Liczba pacjentów/kuracjuszy leczonych stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w latach 2018-2021



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Zauważalny jest wzrost kuracjuszy w roku 2021 względem 2020. Najwięcej osób przebywało i leczyło się stacjonarnie w województwach zachodniopomorskim (137,5 tys. osób) i kujawsko-pomorskim (104,4 tys. osób). Na wykresie 3.1. pominięto trzy województwa: lubuskie, wielkopolskie i opolskie, na terenie których nie jest realizowana turystyka uzdrowiskowa.

Polska postrzegana jest jako kraj istotny na mapie świata, ze względu na destynacje turystyki zdrowotnej, przez co określa się ją jako szpital Europy. Pozycję tę zawdzięcza przede wszystkim: zaufaniu, które wzbudza wysoka jakość usług medycznych, dostępności specjalistów posiadających wysokie kwalifikacje, odpowiedniemu wyposażeniu placówek, które oferują ceny niższe niż w USA czy Europie Zachodniej, a także bezpieczeństwu i walorom naturalnym (między innymi: mikroklimat, bogactwa naturalne, źródła wód mineralnych itp.) [Kachniewska 2019, s. 19].

Rozprawiając nad wpływem czynników na rozwój turystyki zdrowotnej warto przyjrzeć się podejściu zaproponowanemu przez V. Heung, D. Kucukusta i H. Songa [2011], którzy bodźce wpływające na rozwój tejże turystyki podzielili na dwie odrębne grupy – podażową i popytową. Grupa czynników podażowych składa się między innymi z ujęcia infrastrukturalnego turystyki zdrowotnej tj. szpitali, gabinetów rehabilitacyjnych, ośrodków uzdrowiskowych i innych obiektów świadczących usługi z zakresu turystyki zdrowotnej, wiedzy i umiejętności zasobów ludzkich, a także jakości i komunikacji (na przykład agencji turystyki medycznej). Natomiast po stronie popytowej umieszczone zostały determinanty mające wpływ na wybór: kraju (ekonomiczne, geograficzne, regulacyjne, polityczne) [Smith, Forgione 2007], szpitala (koszty pobytu i leczenia, akredytacja, reputacja) lub lekarza (reputacja, poczucie przekonania do wiedzy i doświadczenia specjalisty). V. Heung, D. Kucukust i H. Song nie uwzględnili czynników strukturalnych, które decydują o istnieniu popytu na turystykę zdrowotną, do których należą między innymi:

- zmiany o charakterze demograficznym i ekonomicznym (zmieniające się trendy w strukturze społeczeństwa spowodowane rosnącym udziałem ludzi starszych w całej populacji krajów wysokorozwiniętych, wydłużenie czasu oczekiwania na zabiegi, coraz bardziej restrykcyjne kryteria decydujące o kwalifikacji do leczenia w przypadku niewystarczającej liczby specjalistów, któremu towarzyszą wzrastające potrzeby leczenia i bogacenie się społeczeństwa [Yeoman, Schanzel, Smith 2013],
- rozpowszechnienie wśród społeczeństwa tanich form podróżowania, co przyczynia się do malejących udziałów kosztów podróży,
- rozwój organizacji, które promują rozwój turystyki medycznej i zdrowotnej,
- zapożyczenie wzorców zachowań, które prezentowane są przez mass media,
- nierówny dostęp do diagnostyki i leczenia [Berg 2008],

- liczne choroby cywilizacyjne, do których zalicza się przede wszystkim: otyłość, alergie, choroby układu oddechowego, choroby układu nerwowego, choroby reumatoidalne), a także zwiększenie świadomości społeczeństwa w temacie zdrowia [Berg 2008],
- włączenie usług turystyki medycznej do zakresu pakietów socjalnych pracowników [Pafford 2009].

W Polsce można zaobserwować innowacje biznesowe w obrębie turystyki zdrowotnej. Jedną z nich jest powstawanie obiektów, które prowadzą działalność turystyczną w połączniu z usługami medycznymi, czego przykładem może być Medical Park-Riverside w Magnuszowie, który łączy usługi turystyczne na najwyższym poziomie z korzystaniem z zabiegów rehabilitacyjnych i usługami spa&wellness.

Ośrodki sanatoryjne, będące ważnym graczem na rynku turystyki zdrowotnej stosują model biznesowy, który jest trudny do wprowadzenia w nim jakichkolwiek zmian o charakterze innowacyjnym, jednak obserwowane są takie próby, czego przykładem jest sanatorium „Słowacki" w województwie świętokrzyskim. Dokonana próba wdrożenia innowacji została zakończona powodzeniem. Dzięki współpracy z Europejskim Instytutem Badań Inteligentnych Specjalizacji, sanatorium „Słowacki" zaczęło wdrażać rozwiązania technologiczne (w trybie zgłoszeń patentowych), które pozwalają rozwinąć standardową ofertę sanatoryjną, dzięki zastosowaniu elementów komercyjnego modelu biznesowego. W wyniku opatentowania procedury usuwania zanieczyszczeń wody możliwe jest uzyskanie siarki (jako surowca wtórnego pozyskiwanego z wody siarczkowej), która jest wykorzystywana do produkcji piwa siarczkowego i własnych kosmetyków. Na tej podstawie usługi sanatorium „Słowacki" i tężni siarczkowej zostały poszerzone o usługi browaru i specjalistycznych basenów termalno-mineralnych [Kachniewska 2019].

K. Karbowiak [2015] uznaje, że przedsiębiorstwa sektora turystyki uzdrowiskowej należy postrzegać jako prężnie prosperujące podmioty, przyczyniające się do stymulacji rozwoju lokalnego i wspierające gospodarkę kraju. Podkreśla ona znaczenie czynnika demograficznego, ze względu na zwiększającą się liczbę osób powyżej 65 roku życia w strukturze społeczeństwa, co przyczynia się do rosnącego zainteresowania turystyką zdrowotną, mogącą skutkować wzrostem popytu na usługi związane z dbałością o zdrowie w kontekście profilaktyki i leczenia konkretnych dolegliwości oraz zachowanie na długie lata dobrej kondycji. Innym czynnikiem powodującym rozwój turystyki uzdrowiskowej jest czas wolny, ponieważ chcąc wyjechać na turnus uzdrowiskowy

konieczne jest zaplanowanie co najmniej 3 tygodni urlopu od pracy, a dla osób, które są zatrudnione na podstawie umowy o pracę może być to trudne, przeciwnie jak dla osób, które znajdują się już na emeryturze lub rencie i nie podejmują się dodatkowych zajęć, które pomagają im zwiększyć ich comiesięczny budżet. W przypadku osób, które do sanatorium chcą wybrać się z dziećmi najlepiej, aby planowały wyjazd w okresie wakacyjnym lub ferii zimowych.

Według M. Kachniewskiej [2019] popyt na usługi zdrowotne i rehabilitacyjne nie podlega silnym fluktuacjom i pozwala łagodzić przejściowe spadki sprzedaży usług towarzyszących o charakterze typowo turystycznym. Zainteresowanie usługami odnowy biologicznej przez zagranicznych nabywców jest mocniej ugruntowane niż w Polsce, co prawdopodobnie wynika z silniejszego niż w Polsce przeświadczenia o zasadności inwestowania w kondycję fizyczną i urodę. Zgodnie z przeanalizowanymi trendami widać, że turystyka zdrowotna ma przed sobą okres wzrostowy, jednocześnie należy podkreślić, że zakres usług turystyki zdrowotnej jest na tyle zdrowotny i kosztowny, a przy tym wymagający zatrudnienia odpowiednych specjalistów, że konkurencja, która mogłaby pojawić się ze strony sieci hoteli wydaje się być mało prawdopodobna.

Podobne stanowisko w kwestii trendów turystyki zdrowotnej reprezentuje Instytut Badań i Rozwoju Turystyki Medycznej [2016], według którego „odpowiednio zarządzany i rozwijany sektor usług prozdrowotnych jest szansą nie tylko na rozwój zaangażowanych podmiotów, ale także całych regionów. Wykreowanie wizerunku Polski jako „regionu zdrowia", czy nawet „państwa zdrowia" w obliczu dynamicznie rozwijających się potrzeb konsumentów i wyzwań społecznych (starzenie się społeczeństw europejskich) może stać się cenną wartością wspierającą również inne dziedziny gospodarki". Stanowisko to zostało zaprezentowane w ramach konsultacji rządowej Strategii na Rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju [https://turystyka-medyczna.com/turystyka-zdrowotna-w-polsce-uspiony-potencjal/ [dostęp: 15. 09. 2017 r.]]. Dlatego też zauważane jest znaczenie jednej z form turystyki zdrowotnej – mianowicie, turystyki medycznej, której nadano obecnie w Polsce rangę jednego z priorytetowych sektorów i przypisano jej wysoki potencjał eksportowy [Biernacka 2015, s. 47].

Obecnie, aby budować i umacniać przewagę konkurencyjną turystyki zdrowotnej w Polsce nie są konieczne znaczące inwestycje. Zdaniem R. Brudnickiego [2017] istotne jest, aby realizować działania wspierające sektor przez władze państwowe,

które zmierzają do organizacji i integracji sektorowej, konsolidacji rynku i zacieśniania współpracy podmiotów na nim działających.

Należy pamiętać, że rola turystyki uzdrowiskowej jest nadal niedoceniona, co wynika z przekonania, że wypoczywanie w uzdrowiskach wiąże się wyłącznie z leczeniem ludzi chorych. Koniecznym jest podjęcie działań zmierzających, do uświadomienia jak największej części społeczeństwa, że uzdrowiska świadczą także usługi turystyczne, które skupiają się wokół szeroko pojętej promocji zdrowia – od zabiegów zapobiegających różnym schorzeniom, po dbanie o sylwetkę. Warto wspomnieć, że w ustawodawstwie polskim nadal nie uznaje się usług spa&wellness jako uzdrowiskowego produktu leczniczego, co potwierdza obowiązująca ustawa uzdrowiskowa, która nie zawiera tych zagadnień [Królak 2021, s. 143].

3.3. Stan i uwarunkowania funkcjonowania turystyki w Polsce

Województwo zachodniopomorskie jako jedno z województw posiadających bezpośredni dostęp do linii Morza Bałtyckiego, stanowi piąty pod względem obszaru terytorialnego region w Polsce. Jego powierzchnia zajmowała 22 892 km^2, natomiast liczba mieszkańców według stanu na 31.12.2021 wynosiła 1 676 920 osób, co stanowiło jednocześnie 4,4% populacji całego kraju, jednocześnie zajmując 11 miejsce wśród województw [http://eregion.wzp.pl/obszary/demografia, dostęp 13. 04. 2022]. Jest to jeden z najbardziej rozwiniętych turystycznie regionów w Polsce poza województwem małopolskim i pomorskim.

Pierwszym etapem badań empirycznych w rozprawie jest scharakteryzowanie sektora turystycznego województwa zachodniopomorskiego na tle Polski w latach 2017-2020 i dla roku 2020, dzięki czemu określona zostanie pozycja turystyki w regionie na tle innych województw. Niezbędne do przeprowadzenia analizy informacje pochodzą ze źródeł wtórnych, tj. z danych statystycznych GUS. Badania te objęły wszystkie województwa i zostały przeprowadzone dla lat 2017-2020, natomiast dla roku 2020 dokonano charakterystyki wyłącznie województwa zachodniopomorskiego, uwzględniając strukturę przyjeżdżających (chcąc pokazać konsekwencje panującej pandemii i wprowadzenia lockdownu przedstawiono strukturę odwiedzających w lata 2019-2020). W celu oceny położenia sektora turystycznego województwa zachodniopomorskiego względem pozostałych regionów za pomocą wybranych cech diagnostycznych oraz miar dynamiki przeprowadzono analizę gospodarki turystycznej województwa

zachodniopomorskiego wraz z bazą turystyczną (noclegową) i zdrowotną (uwzględniającą działalność uzdrowiskową i spa&wellness). Dla uzyskania przejrzystego obrazu zmian w liczbie obiektów turystycznych ogółem zastosowano indywidualne indeksy łańcuchowe.

Do analizy turystyki w Polsce wykorzystano dane dotyczące liczby obiektów turystycznych ogółem w regionie [tab. 3.1.]. Z danych przedstawionych w formie tabelarycznej zauważalny jest w większości województw wzrost liczby obiektów w latach 2017-2019. Do regionów, w których odnotowano spadek liczby ośrodków turystycznych należy zaliczyć województwa: opolskie, łódzkie, dolnośląskie i kujawsko-pomorskie. Widoczny był spadek liczebności nowopowstałych podmiotów turystycznych w roku 2020 we wszystkich analizowanych województwach, co niewątpliwie związane było z ogłoszeniem stanu pandemii spowodowanym koronawirusem SARS-CoV-19 i wprowadzeniem lockdownu ograniczającego prowadzenie działalności gospodarczej. Ponadto w tabeli 3.1. zamieszczono dynamikę zmian i strukturę liczby obiektów turystycznych w Polsce. W prezentowanych badaniach [tab. 3.1.] wskaźnik struktury w poszczególnych latach kształtował się na zbliżonym poziomie. Najwyższy odsetek obiektów turystycznych w 2020 r. odnotowały województwa: pomorskie (14,56%), zachodniopomorskie (13,89%), małopolskie (12,75%) i dolnośląskie (9,47%), natomiast najniższe – opolskie (1,29%).

Tabela 3.1. Liczba, struktura i dynamika obiektów turystycznych w województwie zachodniopomorskim w latach 2017-2020

Region	Liczba obiektów turystycznych ogółem				Udział % obiektów turystycznych ogółem				Dynamika zmian (100=rok poprzedni)		
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Polska	10 681	11 076	11 251	10 291	100	100	100	100	104	102	91
dolnośląskie	951	1 046	1 031	1 012	8,90	9,79	9,65	9,47	110	99	98
kujawsko - pomorskie	406	414	407	374	3,80	3,88	3,81	3,50	102	98	92
lubelskie	445	472	478	429	4,17	4,42	4,48	4,02	106	101	90
lubuskie	290	300	302	281	2,72	2,81	2,83	2,63	103	101	93
łódzkie	337	340	329	277	3,16	3,18	3,08	2,59	101	97	84
małopolskie	1 532	1 510	1 546	1 362	14,34	14,14	14,47	12,75	99	102	88
mazowieckie	554	614	626	561	5,19	5,75	5,86	5,25	111	102	90
opolskie	168	173	165	138	1,57	1,62	1,54	1,29	103	95	84

Ciąg dalszy tabeli 3.1.

Region	Liczba obiektów turystycznych ogółem				Udział % obiektów turystycznych ogółem				Dynamika zmian (100=rok poprzedni)		
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020	2018	2019	2020
podkarpackie	582	642	652	609	5,45	6,01	6,10	5,70	110	102	93
podlaskie	259	281	286	270	2,42	2,63	2,68	2,53	108	102	94
pomorskie	1 629	1 637	1 658	1 555	15,25	15,33	15,52	14,56	100	101	94
śląskie	645	671	699	620	6,04	6,28	6,54	5,80	104	104	89
świętokrzyskie	248	251	251	235	2,32	2,35	2,35	2,20	101	100	94
warmińsko - mazurskie	499	507	541	490	4,67	4,75	5,07	4,59	102	107	91
wielkopolskie	687	665	676	594	6,43	6,23	6,33	5,56	97	102	88
zachodnio - pomorskie	1 449	1 553	1 604	1 484	13,57	14,54	15,02	13,89	107	103	93

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS, data dostępu 07.06.2021.

Przyjmując za podstawę porównań liczbę obiektów turystycznych w roku poprzednim, można zauważyć, że w latach 2018-2019, w Polsce odnotowano wzrost tej liczby odpowiednio o 4% i 2%. Z kolei w roku 2020, w stosunku do roku 2019, nastąpił spadek o 9%.

Analizując dynamikę liczby obiektów turystycznych w poszczególnych województwach, można zauważyć podobną tendencję. Z roku na rok występował wzrost liczby obiektów turystycznych w poszczególnych województwach Polski. Natomiast w roku 2020 w porównaniu z rokiem poprzednim zjawisko to charakteryzowało się spadkiem. Najwięcej obiektów turystycznych zamknięto w województwach łódzkim i opolskim, a najmniejszy spadek (o 2%) odnotowano w województwie dolnośląskim.

W przypadku województwa zachodniopomorskiego w roku 2018 liczba obiektów turystycznych była o 7% wyższa niż w 2017 roku i o 3% wyższa w 2019 r. w stosunku do roku poprzedniego oraz o 7% niższa w roku 2020 w porównaniu z rokiem poprzednim.

Oceniając stan turystyki w województwie zachodniopomorskim należy wziąć pod uwagę także stopień wykorzystania miejsc noclegowych względem innych regionów w kraju [tab. 3.2.]. W wyniku wzrostu liczby nowych obiektów turystycznych i ich struktury w Polsce [tab. 3.1.] w latach 2017-2019, większość regionów odnotowała zwiększenie stopnia wykorzystania miejsc noclegowych. Wyraźny spadek zauważono w roku 2020 jako dalsze konsekwencje ogłoszenia stanu epidemii

i obowiązujących restrykcji, nakazujących przedsiębiorcom między innymi ograniczenia w obłożeniu wszystkich miejsc noclegowych w obiektach.

Z przeprowadzonych badań wynika, że stopień wykorzystania miejsc noclegowych w poszczególnych latach kształtował się na zróżnicowanym poziomie, oscylując między 28,8% a 51,6% w latach 2017-2019 i między 20,4% a 37,8% w 2020 roku. Najwyższe wartości odnotowały województwa: mazowieckie, kujawsko-pomorskie, małopolskie i pomorskie, a najmniejsze – lubuskie.

Dokonując analizy dynamiki stopnia wykorzystania miejsc noclegowych można zauważyć, że spośród badanego okresu najlepszy okazał się rok 2018 w porównaniu do roku 2017, gdzie wykorzystanie miejsc noclegowych zwiększyło się nawet o 6,3% (łódzkie). Województwa podlaskie i mazowieckie odnotowały spadek względem roku 2017. W roku 2020 w stosunku do 2019 wyraźna jest tendencja spadkowa, nawet o 51,6% w przypadku województwa mazowieckiego. Najmniejszy spadek odnotowało województwo warmińsko-mazurskie – o 13,5%.

Jeśli chodzi o województwo zachodniopomorskie – jest to region, gdzie miejsca noclegowe, w badanym okresie, były wykorzystywane w ponad 50% [tab. 3.2.] i w wyniku wprowadzonych centralnie ograniczeń, spowodowanych rozprzestrzenianiem się koronawirusa SARS-CoV-19 wartość ta spadła do poziomu 37,8%, co dla wielu regionów było nieosiągalne jeszcze przed wybuchem pandemii. Mając na uwadze dynamikę zmian stopnia wykorzystania miejsc noclegowych w województwie zachodniopomorskim – w roku 2018 stopień wykorzystania zwiększył się o 1,2% w stosunku do roku 2017. W latach 2019 i 2020 w porównaniu do roku poprzedniego odnotowano spadek o 0,2% (2019 r. w stosunku do 2018 r.) i o 26,6% (2020 r. w stosunku do 2019 r.). Jest to istotny spadek, który ściśle wiązał się z restrykcjami, obejmującymi podmioty gospodarcze, w tym, między innymi: obiekty turystyczne.

Tabela 3.2. Stopień wykorzystania miejsc noclegowych w poszczególnych województwach w latach 2017-2020

Województwo	Stopień wykorzystania miejsc noclegowych [%]				Dynamika [100=rok poprzedni]		
	2017	2018	2019	2020	2018	2019	2020
dolnośląskie	36,9	38,4	39,4	26,3	104,1	102,6	66,8
kujawsko - pomorskie	43,7	44,6	45,7	29,9	102,1	102,5	65,4

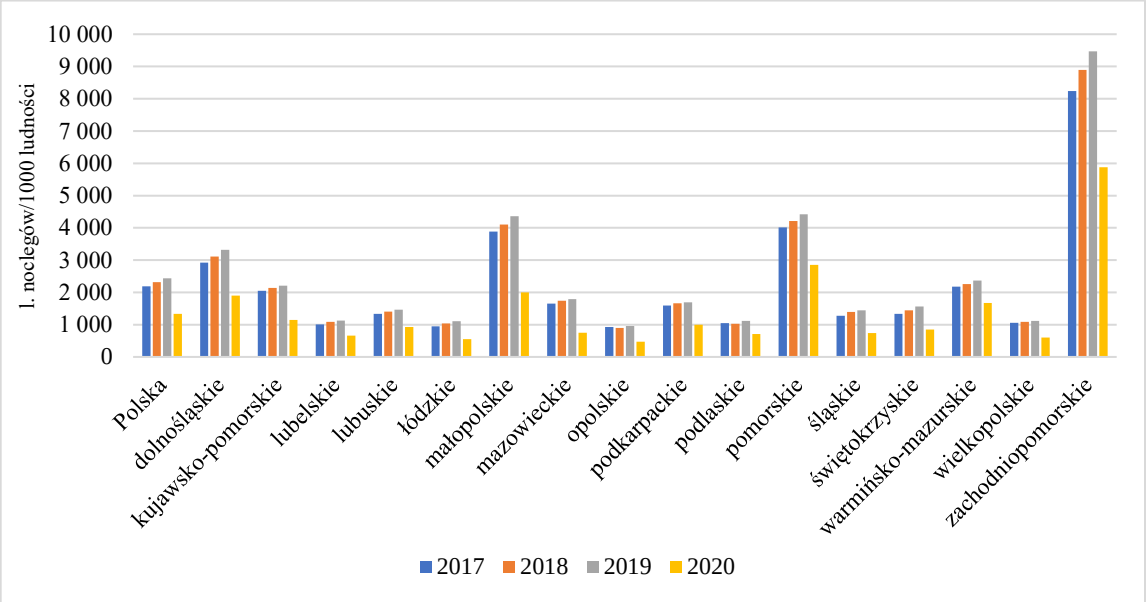
Ciąg dalszy tabeli 3.2.

Województwo	Stopień wykorzystania miejsc noclegowych [%]				Dynamika [100=rok poprzedni]		
	2017	2018	2019	2020	2018	2019	2020
lubelskie	31,7	31,8	31,8	21,1	100,3	100,0	66,4
lubuskie	28,8	29,8	29,7	21,1	103,5	99,7	71,0
łódzkie	32,0	34,0	35,1	21,9	106,3	103,2	62,4
małopolskie	40,8	41,7	43,0	25,7	102,2	103,1	59,8
mazowieckie	45,9	44,6	44,0	21,3	97,2	98,7	48,4
opolskie	31,1	31,9	32,5	22,2	102,6	101,9	68,3
podkarpackie	34,6	34,8	34,8	25,4	100,6	100,0	73,0
podlaskie	30,4	29,2	30,6	22,1	96,1	104,8	72,2
pomorskie	41,9	42,5	43,1	31,7	101,4	101,4	73,5
śląskie	36,0	38,2	38,0	23,3	106,1	99,5	61,3
świętokrzyskie	32,9	33,7	33,7	21,9	102,4	100,0	65,0
warmińsko - mazurskie	30,9	31,5	31,8	27,5	101,9	101,0	86,5
wielkopolskie	29,6	30,7	31,0	20,4	103,7	101,0	65,8
zachodnio - pomorskie	51,0	51,6	51,5	37,8	101,2	99,8	73,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS, data dostępu 07.06.2021.

Dokonując analizy rynku turystycznego w województwie zachodniopomorskim należy pamiętać o jego dużym potencjale. Jest to region odwiedzany przez turystów krajowych i zagranicznych, dlatego też na podstawie danych BDL GUS dokonano analizy liczby udzielonych noclegów w przeliczeniu na 1000 ludności [wykres 3.2.] zestawiając wszystkie województwa.

Wykres 3.2. Liczba udzielonych noclegów/1 000 ludności w Polsce w latach 2017-2020

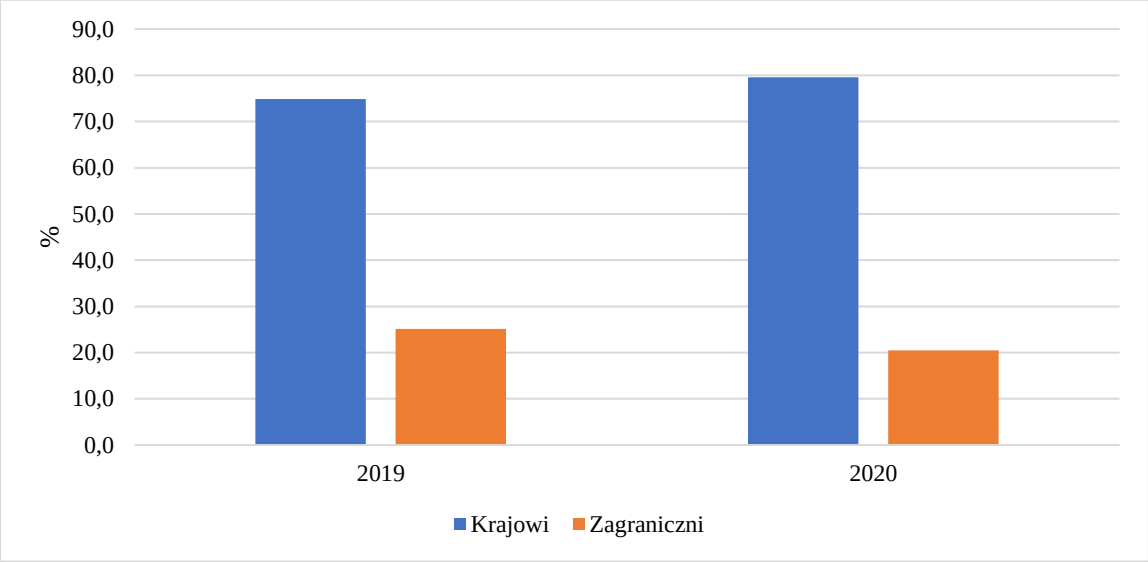


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS, data dostępu 07.06.2021.

Najwięcej noclegów w latach 2017-2020 w przeliczeniu na 1000 ludności udzielono w województwie zachodniopomorskim, pomorskim i małopolskim. Są to najbardziej rozwinięte turystycznie regiony kraju. Ponadto wartość tego miernika wzrastała w latach 2017-2019 we wszystkich województwach, z wyjątkiem podlaskiego i opolskiego. Należy zwrócić uwagę na dysproporcje między wartościami dla Polski, a niemal czterokrotnie wyższymi dla województwa zachodniopomorskiego. Podobnie jak w przypadku analizowanych poprzednich danych wtórnych, widoczny jest spadek wartości w roku 2020. Liczba udzielonych noclegów w województwie małopolskim zmniejszyła się o ponad 50%. Był to trudny ekonomicznie rok dla branży turystycznej, stąd też decyzje o zamknięciu działalności turystycznej, co spowodowało zmniejszenie bazy turystycznej w poszczególnych regionach.

Ze względu na stan pandemii i obowiązujące restrykcje nie tylko na arenie krajowej, ale i międzynarodowej zmniejszyła się liczba udzielonych noclegów turystom zagranicznym w roku 2020 w stosunku do roku 2019 [wykres 3.3.]. W województwie zachodniopomorskim w roku 2020 widoczny był wzrost udzielonych noclegów turystom krajowym i towarzyszące temu zmniejszenie noclegów udzielonych turystom zagranicznym, które stanowiły nieco ponad 1/5 całej populacji turystów odwiedzających region zachodniopomorski.

Wykres 3.3. Struktura turystów odwiedzających województwo zachodniopomorskie w latach 2019-2020



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS, data dostępu 07.06.2021.

Zmniejszenie liczby noclegów udzielonych turystom zagranicznym związane było między innymi z zamknięciem granic państw, obowiązkowymi izolacjami w postaci kwarantanny po przekroczeniu granicy państw. Szczegółowy udział turystów krajowych i zagranicznych w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców przedstawiono w tabeli 3.3.

Tabela 3.3. Udział turystów zagranicznych i krajowych w Polsce w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców

Województwo	Noclegi udzielone turystom krajowym w turystycznych obiektach noclegowych ogółem na 10 tys. mieszkańców				Noclegi udzielone turystom zagranicznym w turystycznych obiektach noclegowych na 10 tys. mieszkańców			
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
dolnośląskie	24 285	26 027	27 508	16 945	4 969	5 115	5 657	2 083
kujawsko - pomorskie	19 111	20 073	20 555	10 947	1 395	1 344	1 475	514
lubelskie	9 103	9 808	10 228	6 333	992	1 017	1 044	310
lubuskie	10 126	10 856	11 425	7 692	3 263	3 222	3 185	1 554
łódzkie	7 976	8 214	9 019	4 493	1 472	2 151	2 065	1 028
małopolskie	28 387	30 233	31 574	17 321	10 494	10 757	12 056	2 719
mazowieckie	10 914	11 601	12 154	5 869	5 614	5 831	5 790	1 607
opolskie	8 209	7 896	8 226	4 202	1 080	1 102	1 305	563
podkarpackie	14 482	15 261	15 620	9 484	1 427	1 370	1 312	458
podlaskie	8 646	8 559	9 397	6 521	1 861	1 684	1 756	534
pomorskie	33 865	35 537	37 102	26 201	6 255	6 624	7 100	2 354

Ciąg dalszy tabeli 3.3.

Województwo	Noclegi udzielone turystom krajowym w turystycznych obiektach noclegowych ogółem na 10 tys. mieszkańców				Noclegi udzielone turystom zagranicznym w turystycznych obiektach noclegowych na 10 tys. mieszkańców			
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
śląskie	10 940	11 779	12 277	6 615	1 823	2 131	2 135	798
świętokrzyskie	12 743	13 591	14 700	8 085	655	849	980	382
warmińsko - mazurskie	19 040	19 850	20 927	15 859	2 788	2 761	2 773	845
wielkopolskie	8 749	9 008	9 259	5 097	1 834	1 901	1 863	879
zachodnio - pomorskie	62 089	66 466	70 922	46 724	20 283	22 515	23 786	12 022

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS, data dostępu 07.06.2021.

W przypadku turystów krajowych w większości województw odnotowano tendencje wzrostową liczby udzielonych noclegów/ 10 tys. mieszkańców, z wyjątkiem opolskiego i podlaskiego, w których liczby noclegów była niższa w 2019.

Dynamika zmian udzielonych noclegów w roku 2020 w stosunku do roku poprzedniego była najniższa wśród turystów zagranicznych, ponieważ panująca sytuacja pandemiczna, konieczność respektowania przepisów i prawa dotyczącego wykonywania odpowiednich testów antywirusowych czy obowiązek odbycia kwarantanny po przyjeździe, znacząco ograniczył napływ turystów zagranicznych w roku 2020. Jednak najmniejszy spadek noclegów dla gości zagranicznych odnotowało województwo zachodniopomorskie, gdzie dynamika wyniosła 50,5% w stosunku do roku 2019 – oznaczało to spadek przyjazdów o niemal połowę, co było odczuwalne dla obiektów turystycznych. W wyniku zawieszenia działalności gospodarczej w całym kraju konieczne było ograniczenie funkcjonowania i zaniechanie przyjmowania turystów, nawet jeśli ich pobyt został opłacony z dużym wyprzedzeniem. Biorąc pod uwagę noclegi udzielone turystom zagranicznym w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców dynamika zmian była bardziej zróżnicowana. Przykładem są województwa lubuskie i podkarpackie, które w latach 2017-2020 odnotowały tendencje spadkową. Zmienną sytuację odnotowały również województwa kujawsko-pomorskie, podlaskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie i mazowieckie. W pozostałych województwach odnotowano wzrost noclegów udzielonych nierezydentom w latach 2017-2019. Podobnie jak w przypadku poprzednich zmiennych opisujących turystykę w Polsce – również dostrzeżona została różnica i załamanie liczbowe w ostatnim okresie badania.

W roku 2020 województwo zachodniopomorskie odwiedziło 58 746 osób/10 000 mieszkańców, z czego 12 022 osoby w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców stanowili turyści zagraniczni, a 46 724 os./10 000 mieszkańców stanowili turyści krajowi [GUS, 2021]. Obserwowany był wzrost noclegów udzielonych turystom krajowym i zagranicznym w województwie zachodniopomorskim w latach 2017-2019, a następnie wyraźny spadek w roku 2020.

Dokonując analizy nierezydentów odwiedzających badany region w tabeli 3.4. przedstawiono główne kraje, z których przyjeżdżali turyści oraz jaki odsetek turystów z danego kraju stanowią osoby odwiedzające województwo zachodniopomorskie. W roku 2020 było to 435 940 turystów zza granicy, co stanowiło 19,26% przyjazdów do Polski.

Tabela 3.4. Pochodzenie turystów zagranicznych odwiedzających województwo zachodniopomorskie w roku 2020

Nazwa	Liczba turystów zagranicznych [os.]		
	Polska	Województwo zachodniopomorskie	Udział % w liczbie turystów zagranicznych w Polsce
ogółem	2 263 761	435 940	19,26
Austria	19 151	1 254	6,55
Belgia	29 971	1 048	3,50
Białoruś	39 220	417	1,06
Cypr	1 467	19	1,30
Czechy	73 420	4 037	5,50
Dania	31 327	10 954	34,97
Estonia	14 886	176	1,18
Finlandia	14 166	295	2,08
Francja	64 699	1 103	1,70
Grecja	6 465	188	2,91
Hiszpania	33 347	488	1,46
Irlandia	17 085	247	1,45
Japonia	10 254	70	0,68
Kanada	5 134	127	2,47
Litwa	56 354	718	1,27
Luksemburg	1 964	75	3,82
Łotwa	17 609	119	0,68
Malta	1 855	7	0,38
Niderlandy (Holandia)	60 871	3 543	5,82
Niemcy	796 547	381 215	47,86
Norwegia	31 356	1 404	4,48
Portugalia	8 037	159	1,98
Rosja	75 204	1 210	1,61
Słowacja	35 953	296	0,82

Ciąg dalszy tabeli 3.4.

Nazwa	Liczba turystów zagranicznych [os.]		
	Polska	Województwo zachodniopomorskie	Udział % w liczbie turystów zagranicznych w Polsce
Słowenia	4 891	87	1,78
Stany Zjednoczone Ameryki	68 629	1 348	1,96
Szwajcaria	18 594	766	4,12
Szwecja	39 335	3 967	10,09
Ukraina	206 258	11 430	5,54
Węgry	21 485	1 556	7,24
Wielka Brytania	185 700	2 402	1,29
Włochy	64 023	944	1,47
pozostałe kraje	208 504	4 271	2,05

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS, data dostępu 07.06.2021.

Analizując udział procentowy turystów zagranicznych w województwie zachodniopomorskim – stanowili oni 19,26% wszystkich podróży do Polski. Najwięcej turystów przyjechało z Niemiec (796 547 osób), co związane jest często z bliskim położeniem granicy i otwartym przejściem granicznym. Na drugim miejscu zestawienia pod względem liczebności odwiedzających znalazła się w roku 2020 Ukraina (11 430 osób) i Dania (10 954 osoby). Warto dodać, że przyjazdy z tych trzech państw stanowiły 92,58% wszystkich mobilności turystów zagranicznych. Turyści pochodzący z Niemiec są narodowością, która najczęściej odwiedza Polskę. Najrzadziej województwo zachodniopomorskie odwiedzali turyści z Malty (7 osób), Cypru (19 osób), Japonii (70 osób), Luksemburga (75 osób).

Kolejnym elementem poddanym analizie w kontekście rozwoju turystyki w województwie zachodniopomorskim była liczba udzielonych noclegów i turystów korzystających z noclegów w obiektach noclegowych w roku 2020, co przedstawiono w tab. 3.5. W roku 2020 udzielono 9 947 125 noclegów, z których skorzystało 2 106 929 osób. Do dyspozycji gości w województwie zachodniopomorskim znajdowało się 141 148 miejsc noclegowych. Największa liczba gości korzystała z pobytów w obiektach noclegowych krótkotrwałego zakwaterowania, kempingach i polach biwakowych [tab. 3.5.]. Dużym zainteresowaniem cieszyły się pobyty w hotelach i innych obiektach hotelowych, których udzielono łącznie 5 844 613 noclegów. W obiektach noclegowych krótkotrwałego zakwaterowania i na polach biwakowych udzielono łącznie 6 585 707 noclegów.

Tabela 3.5. Udzielone noclegi i liczba turystów korzystających z noclegów w obiektach noclegowych w województwie zachodniopomorskim w roku 2020

Rodzaj obiektu	Nazwa zmiennej	[-]
ogółem	Liczba turystów korzystających ogółem	2 106 929
	Liczba udzielonych noclegów ogółem	9 947 125
55.1 Obiekty hotelowe ogółem	Liczba turystów korzystających ogółem	1 036 908
	Liczba udzielonych noclegów ogółem	3 361 418
hotele	Liczba turystów korzystających ogółem	785 135
	Liczba udzielonych noclegów ogółem	2 483 195
55.2 Obiekty noclegowe krótkotrwałego zakwaterowania i 55.3 Kempingi i pola biwakowe ogółem	Liczba turystów korzystających ogółem	1 070 021
	Liczba udzielonych noclegów ogółem	6 585 707
55.2 Obiekty noclegowe krótkotrwałego zakwaterowania	Liczba turystów korzystających ogółem	1 002 303
	Liczba udzielonych noclegów ogółem	6 291 157
schroniska (łącznie z młodzieżowymi i szkolnymi)	Liczba turystów korzystających ogółem	10 902
	Liczba udzielonych noclegów ogółem	50 359
ośrodki wczasowe	Liczba turystów korzystających ogółem	481 956
	Liczba udzielonych noclegów ogółem	2 994 086
ośrodki szkoleniowo-wypoczynkowe	Liczba turystów korzystających ogółem	68 648
	Liczba udzielonych noclegów ogółem	368 648
zespoły domków turystycznych	Liczba turystów korzystających ogółem	56 055
	Liczba udzielonych noclegów ogółem	296 231
55.3 Kempingi i pola biwakowe	Liczba turystów korzystających ogółem	67 718
	Liczba udzielonych noclegów ogółem	294 550

Ciąg dalszy tabeli 3.5.

Rodzaj obiektu	Nazwa zmiennej	[-]
zakłady uzdrowiskowe	Liczba turystów korzystających ogółem	177 493
	Liczba udzielonych noclegów ogółem	1 542 366
pokoje gościnne	Liczba turystów korzystających ogółem	125 301
	Liczba udzielonych noclegów ogółem	503 675
kwatery agroturystyczne	Liczba turystów korzystających ogółem	6 769
	Liczba udzielonych noclegów ogółem	25 262
pokoje gościnne i kwatery agroturystyczne	Liczba turystów korzystających ogółem	132 070
	Liczba udzielonych noclegów ogółem	528 937

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS, data dostępu 07.06.2021.

Najmniejszym zainteresowaniem wśród korzystających z pobytu w województwie zachodniopomorskim w 2020 roku cieszyły się kwatery agroturystyczne, w których udzielono 25 262 noclegi 6 769 turystom, schroniska łącznie z młodzieżowymi i szkolnymi – 50 359 noclegów. Biorąc pod uwagę rozbudowaną turystykę zdrowotną w województwie zachodniopomorskim należy zwrócić uwagę na obecność zakładów uzdrowiskowych, w których zatrzymało się 177 493 osoby i udzielono 1 542 366 noclegów. Dużym zainteresowaniem cieszyły się również pobyty w ośrodkach wczasowych, w których udzielono 2 994 086 noclegów.

Biorąc pod uwagę liczbę obiektów hotelowych w województwie zachodniopomorskim w roku 2020, zdecydowanie dominowały obiekty trzygwiazdkowe, których było 58 i 28 obiektów czterogwiazdkowych [http://eregion.wzp.pl/obszary/infrastruktura-turystyczna, data dostępu 03.07.2020].

Dla turystów odwiedzających północno-zachodni region Polski, dużym ułatwieniem jest różnorodność dojazdu do obiektów turystycznych, ponieważ region ten posiada na swoim obszarze nie tylko lotnisko obsługujące zarówno loty zagraniczne jak i krajowe, ale również drogi ekspresowe. Rozbudowana jest również sieć kolejowa, w związku z czym możliwy jest dojazd wieloma środkami lokomocji. Prawie wszyscy goście odwiedzający województwo zachodniopomorskie decydują się na własną

organizację wyjazdu. W związku z szerokim zakresem dostępności obiektów, turyści korzystają ze zróżnicowanej oferty i obserwuje się, że coraz częściej szukają oni atrakcyjnej ceny, dbając przy tym jednak o odpowiednią jakość usług [Sikora 2012].

Województwo zachodniopomorskie jest jednym z najatrakcyjniejszych regionów w Polsce, poza bezpośrednim dostępem do Morza Bałtyckiego, co jest ogromnym atutem dla rozwoju turystyki, ale także na jego terenie znajdują się puszcze, lasy, jeziora i rzeki sprzyjające uprawianiu między innymi turystyki wodnej, kajakarstwa. Jednak jednym z minusów jest występująca w sektorze turystycznym na wybrzeżu sezonowość, przez co pełnia atrakcji i największy ruch turystyczny skupia się na miesiącach wakacyjnych. Pozostałe pory roku są odpowiednie między innymi dla kuracjuszy, uczestników pobytów sanatoryjnych, leczniczych. Przez nadmorskie położenie regionu duże znaczenie przypisywane jest podmiotom gospodarczym związanym z działalnością morską, co wynika ze specyfiki województwa.

3.4. Charakterystyka turystyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim

Kolejnym etapem badawczym, po przeanalizowaniu sytuacji turystycznej w województwie zachodniopomorskim na tle całego kraju, było dokonanie analizy turystyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim ze szczególnym uwzględnieniem miejscowości uzdrowiskowych i ich specyfiki. Podczas analizy danych wtórnych pochodzących z zasobów GUS, skoncentrowano się na omówieniu turystyki uzdrowiskowej w badanym regionie, w latach 2017-2020 [tab. 3.8.] z uwzględnieniem między innymi: źródeł finansowania pobytów sanatoryjnych stacjonarnych. Dzięki walorom przyrodniczym, dostępności złóż borowin, solanek i odpowiedniemu mikroklimatowi, województwo zachodniopomorskie stanowi odpowiednie miejsce do rozwoju turystyki zdrowotnej, stąd też umiejscowienie na mapie regionu ośrodków, które świadczą usługi lecznicze, uzdrowisk i obiektów z zapleczem spa&wellness. Zachodzi jednak istotna różnica w lokalizacji obiektów odnowy biologicznej i obiektów uzdrowiskowych. W kwestii podmiotów spa&wellness nie ma ściśle wyznaczonych norm, które należy spełnić decydując się na miejsce powstania obiektu. Przeciwnie jest, jeśli chodzi o zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, do których zalicza się między innymi zakłady przyrodolecznicze, szpitale uzdrowiskowe,

sanatoria uzdrowiskowe. Obiekty te mogą powstawać jedynie w miejscach posiadających status uzdrowiska.

Dobrze rozwiniętej bazie turystyki uzdrowiskowej towarzyszy coraz prężniej rozwijająca się baza odnowy biologicznej. Działalność spa&wellness koncentruje się głównie w obiektach o najwyższym standardzie. Często są to hotele, gdzie poza odpoczynkiem, wyżywieniem i dostępem do siłowni czy basenu, do dyspozycji gości pozostaje rozbudowane zaplecze spa&wellness. Przykładami takich obiektów w województwie zachodniopomorskim są: Arka Medical SPA w Kołobrzegu, hotel Aqurius w Kołobrzegu, Health Resort Panorama Morska w Jarosławcu, Hotel SPA Medical Unitral w Mielnie.

Skupiając się na turystyce zdrowotnej w badanym regionie, ze względu na wieloletnią tradycję regionalną związaną z lecznictwem uzdrowiskowym, dominują zakłady lecznictwa uzdrowiskowego. Ośrodki te, wykorzystują w zabiegach dostępne zasoby naturalne, między innymi: solanki i borowiny, ale także inne metody leczenia, które służą rehabilitacji, poprawie kondycji psychicznej i fizycznej lub rekonwalescencji po przebytej chorobie. W tabeli 3.6. zgromadzono wykaz miejscowości posiadających status uzdrowiska. Przedsiębiorstwa turystyki uzdrowiskowej, szpitale i sanatoria uzdrowiskowe oraz inne obiekty świadczące usługi z tego zakresu znajdują się na obszarze: Świnoujścia, Kamienia Pomorskiego, Połczyna Zdrój, Kołobrzegu i Dąbek. Uzdrowisko Połczyn Zdrój zaliczane jest według Ministerstwa Zdrowia do polskich uzdrowisk nizinnych, natomiast pozostałe zaliczane są do uzdrowisk nadmorskich [MZ 2019].

Tabela 3.6. Charakterystyka uzdrowisk w województwie zachodniopomorskim

L.p.	Nazwa miejscowości	Podstawa prawna nadania statutu uzdrowiska	Naturalne surowce wykorzystywane w lecznictwie	Powierzchnia uzdrowisk (w ha)
1.	Dąbki	Rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 28 września 2007 r. w sprawie nadania statusu uzdrowiska miejscowości Dąbki (Dz. U. Nr 194, poz. 1401)	peloid leczniczy (borowina) ze złoża „Porzecze”	6109,11

Ciąg dalszy tabeli 3.6.

L.p.	Nazwa miejscowości	Podstawa prawna nadania statutu uzdrowiska	Naturalne surowce wykorzystywane w lecznictwie	Powierzchnia uzdrowisk (w ha)
2.	Połczyn Zdrój	Zarządzenie MZiOS z 1967 r.	1) woda lecznicza, mineralna, swoista, 7,96% chorkowo-sodowa (solanka), jodkowa z ujęcia „IG-1” 2) peloid leczniczy (borowina) ze złoża „Bronowo”	11903,76
3.	Kamień Pomorski	Zarządzenie MZiOS z 1967 r.	1) woda lecznicza, mineralna, swoista, 3,4% chlorkowo-sodowa (solanka), jodkowa z ujęcia Edward III 2) peloid leczniczy (borowina) ze złoża „Kamień Pomorski I”	1994,53
4.	Kołobrzeg	Zarządzenie MZiOS z 1967 r.	1) woda lecznicza, mineralna, swoista, 5,5% chlorkowo-sodowa (solanka), jodkowa, żelazista z ujęcia Podczela 1 „Anastazja” 2) woda lecznicza, mineralna, swoista, 5,3% chlorkowo-sodowa (solanka), jodkowa z ujęcia „Barnim” (B-1) 3) woda lecznicza, mineralna, swoista, 5,9% chlorkowo-sodowa (solanka), jodkowa z ujęcia B-2 „Bogusław” 4) woda lecznicza, mineralna, swoista, 5,1% chlorkowo-sodowa (solanka), jodkowa z ujęcia „Gustaw” 5) woda lecznicza, mineralna, swoista, 5,3% chlorkowo-sodowa (solanka), jodkowa z ujęcia Nr 6 „Emilia” 6) woda lecznicza, mineralna, swoista, 5,5% chlorkowo-sodowa (solanka), jodkowa z ujęcia Nr 7 „Warcisław” 7) peloid leczniczy (borowina) ze złoża „Kołobrzeg-Mirocice”	2570,23
5.	Świnoujście	"Zarządzenie MZiOS z 1967 r."	1) woda lecznicza, mineralna, swoista, 4,43% chorkowo-sodowa (solanka), jodkowa, żelazista z ujęcia „Jantar” V 2) woda lecznicza, mineralna, swoista, 4,40% chorkowo-sodowa (solanka), jodkowa, z ujęcia „Teresa” Nr VI 3) woda lecznicza, mineralna, swoista, 2,4% chorkowo-sodowa (solanka), jodkowa, żelazista z ujęcia „XXX-lecia” Nr IVa 4) peloid leczniczy (borowina) ze złoża „Świnoujście - Płachcin”	794,28

Źródło: zestawienie własne na podstawie: Ministerstwo Zdrowia: Rejestru uzdrowisk i obszarów ochrony uzdrowiskowej wraz z kierunkami leczniczymi [www.mz.gov.pl, dostęp 07.05.2020].

Największe złoża surowców naturalnych, które wykorzystywane są w lecznictwie uzdrowiskowym zlokalizowane są w gminie uzdrowiskowej Kołobrzeg. Najmniejszą powierzchnię zajmuje Świnoujście (794,28 ha), a największą Połczyn Zdrój (11 903,76 ha).

Każda z gmin ma przypisane kierunki lecznictwa, na podstawie których kierowani są kuracjusze i turyści, zarówno krajowi jak i zagraniczni. Na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia zdefiniowane są zakresy usług leczniczych, z których można skorzystać podczas pobytów w obiektach turystyki zdrowotnej (między innymi: sanatoria, szpitale uzdrowiskowe, itp.). W tabeli 3.7. zestawiono kierunków lecznictwa uzdrowiskowego w województwie zachodniopomorskim.

Tabela 3.7. Kierunki lecznictwa uzdrowiskowego w województwie zachodniopomorskim

L.p.	Nazwa miejscowości uzdrowiskowej	Kierunki lecznictwa uzdrowiskowego
1.	Świnoujście	Choroby ortopedyczno-urazowe Choroby górnych dróg oddechowych, Choroby dolnych dróg oddechowych, Otyłość Alergie Osteoporoza Choroby skóry Choroby endokrynologiczne Choroby reumatologiczne Choroby kardiologiczne i nadciśnienie Choroby układu nerwowego Choroby onkologiczne
2.	Kamień Pomorski	Choroby górnych dróg oddechowych Choroby dolnych dróg oddechowych Choroba tarczycy Choroby neurologiczne Otyłość Choroby ortopedyczno-urazowe Choroby kardiologiczne i nadciśnienie Choroby reumatologiczne Cukrzyca
3.	Połczyn Zdrój	Choroby górnych dróg oddechowych Choroby neurologiczne Choroby układu nerwowego Choroby kobiece Choroby ortopedyczno-urazowe Choroby reumatologiczne Osteoporoza Alergie Otyłość Cukrzyca

Ciąg dalszy tabeli 3.7.

L.p.	Nazwa miejscowości uzdrowiskowej	Kierunki lecznictwa uzdrowiskowego
4.	Kołobrzeg	Choroby kardiologiczne i nadciśnienie Choroby górnych dróg oddechowych Choroby dolnych dróg oddechowych Cukrzyca Osteoporoza Choroby endokrynologiczne Choroby ortopedyczno-urazowe Choroby reumatologiczne Otyłość Choroby skóry Choroby układu nerwowego Choroby kobiece Choroby onkologiczne
5.	Dąbki	Choroby tarczycy Otyłość Osteoporoza Cukrzyca Alergie Choroby ortopedyczno-urazowe Choroby reumatologiczne Choroby układu nerwowego Choroby kardiologiczne i nadciśnienie Choroby górnych dróg oddechowych Choroby dolnych dróg oddechowych Choroby układu trawienia Choroby endokrynologiczne

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [MZ 2020].

Wymienione gminy uzdrowiskowe [tab. 3.7.] mają szeroki zakres lecznictwa, co wynika między innymi z posiadanych zasobów naturalnych [tab. 3.6.], które wykorzystywane są w turystyce zdrowotnej (między innymi: jod) [Kaźmierczak 2019]. Wśród najczęściej występujących kierunków leczenia w uzdrowiskach na terenie województwa zachodniopomorskiego znalazły się głównie choroby górnych dróg oddechowych i reumatologiczne (występują w 5 gminach uzdrowiskowych), jak i choroby kardiologiczne, cukrzyca, choroby układu nerwowego. Podobnej analizy dokonała S. Królak [2021, s. 131], która przedstawiła w formie tabelarycznej profile lecznictwa we wszystkich miejscowościach uzdrowiskowych w Polsce, gdzie znalazły się także gminy województwa zachodniopomorskiego.

Na terenie województwa zachodniopomorskiego w roku 2020 znajdowały się 44 zakłady uzdrowiskowe. W latach 2017-2019 liczba ośrodków była na tym samym poziomie – 45 zakładów, natomiast liczba łóżek w obiektach wzrosła, co wskazuje na rozbudowę i rozwój istniejących obiektów uzdrowiskowych. W roku 2020 odnotowano

likwidację 407 łóżek. Średni czas pobytu wyniósł w badanym okresie ponad 5 dni [tab. 3.8.].

Tabela 3.8. Charakterystyka turystyki uzdrowiskowej w województwie zachodniopomorskim w latach 2017-2020

Nazwa	Rok			
	2017	2018	2019	2020
Liczba zakładów uzdrowiskowych	45	45	45	44
Liczba łóżek	10 412	10 643	10 994	10 587
Średni czas pobytu (dni)	5,3	5,2	5,3	5,3
Liczba kuracjuszy leczonych stacjonarnie	184 792	194 629	192 813	107 879
% cudzoziemców w liczbie kuracjuszy leczonych stacjonarnie	17,12%	16,15%	15,93%	12,67%
Liczba kuracjuszy ambulatoryjnych	13 295	10 595	8 064	5 478
Liczba kuracjuszy stacjonarnych pełnopłatnych	77 764	87 605	92 685	55 418
Liczba kuracjuszy stacjonarnych dofinansowanych przez NFZ	97 476	98 275	88 803	48 929
Liczba kuracjuszy stacjonarnych dofinansowanych przez ZUS	3 142	1 854	827	910
Liczba kuracjuszy stacjonarnych dofinansowanych przez KRUS	2 571	2 570	2 587	1 799
Liczba kuracjuszy stacjonarnych dofinansowanych przez PFRON	3 679	3 337	3 747	718
Liczba kuracjuszy stacjonarnych dofinansowanych przez inne instytucje	160	988	4 164	105

Źródło: opracowanie własne na podstawie: http://swaid.stat.gov.pl/ZdrowieOchronaZdrowia_dashboards/Raporty_predefiniowane/RAP_DBD_ZDR_4.asp, data dostępu 21.07.2021.

W analizowanym regionie obserwowany był wzrost liczby kuracjuszy leczonych stacjonarnie, jednak od roku 2019 zauważono spadek, podobnie jak w przypadku kuracjuszy ambulatoryjnych. W latach 2017-2020 zaobserwowano spadek liczby cudzoziemców przyjeżdżających do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego na lecznictwo stacjonarne. Liczba kuracjuszy leczonych w trybie stacjonarnym nieznacznie się różniła w poszczególnych latach, z wyjątkiem roku 2020, kiedy ich liczba zmniejszyła się o ponad 40%.

Rozpatrując źródła finansowania pobytów uzdrowiskowych w roku 2020, najczęściej były to pobyty pełnopłatne ze środków własnych (55 418 osób) i dofinansowane przez NFZ (48 929 osób). W roku 2020 pomimo ogłoszenia pandemii i znaczących czasowych ograniczeń w funkcjonowaniu gospodarki kraju wzrosła liczba

kuracjuszy, którzy otrzymali dofinansowanie z ZUS (z 827 w 2019 r., do 910 – 2020 r.). W konsekwencji zmian w funkcjonowaniu życia gospodarczego znacząco zmniejszyła się liczba pobytów dofinansowywanych przez inne instytucje, które wsparły w 2019 roku aż 4 164 osoby, a w roku 2020 było to tylko 105 kuracjuszy.

Turystyka zdrowotna w regionie zachodniopomorskim stanowi istotny element konkurencyjności na tle innych regionów, między innymi ze względu na duże zainteresowanie przyjazdami turystów i kuracjuszy z zagranicy, głównie z Niemiec, co wynika przede wszystkim z sąsiedztwa terytorialnego. W nawiązaniu do specyfiki lokalizowania uzdrowisk, jednym z warunków jest określenie specyfiki klimatu i walorów przyrodniczych. W każdym z zachodniopomorskich uzdrowisk leczone są inne schorzenia [tab. 3.7], jednak w większości przypadków zdarza się, że wybraną chorobę można leczyć w kilku uzdrowiskach, ponieważ posiadają one szeroki zakres specjalizacji leczniczych.

Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego nieco różnią się od innych ośrodków turystycznych na północno-zachodnim wybrzeżu, ponieważ obiekty są otwarte i funkcjonują poza ściśle przyjętym sezonem nadmorskim. Ze względu na rozwijający się trend dbania o kondycję fizyczną ciała i organizmu w przypadku kuracjuszy, którzy finansują swój pobyt w uzdrowisku ze środków prywatnych coraz atrakcyjniejsze stają się oferty obiektów świadczących usługi spa&wellness. Działalność spa&wellness w województwie zachodniopomorskim związana jest głównie z funkcjonowaniem obiektów hotelowych, najczęściej luksusowych. Wśród ośrodków rynku turystyki spa&wellness w badanym województwie można wymienić: Arka Medical SPA w Kołobrzegu, Aquarius w Kołobrzegu, Baltic Wellness&SPA w Kołobrzegu i Unitral w Mielnie.

W badaniu ankietowym przeprowadzonym w 2017 roku przez Urząd Marszałkowski w Szczecinie zapytano respondentów o cel przyjazdu do województwa zachodniopomorskiego. Uzyskany odsetek poszczególnych reakcji ankietowanych zamieszczono w tabeli 3.9.

Tabela 3.9. Cele przyjazdu turystów do województwa zachodniopomorskiego w roku 2017

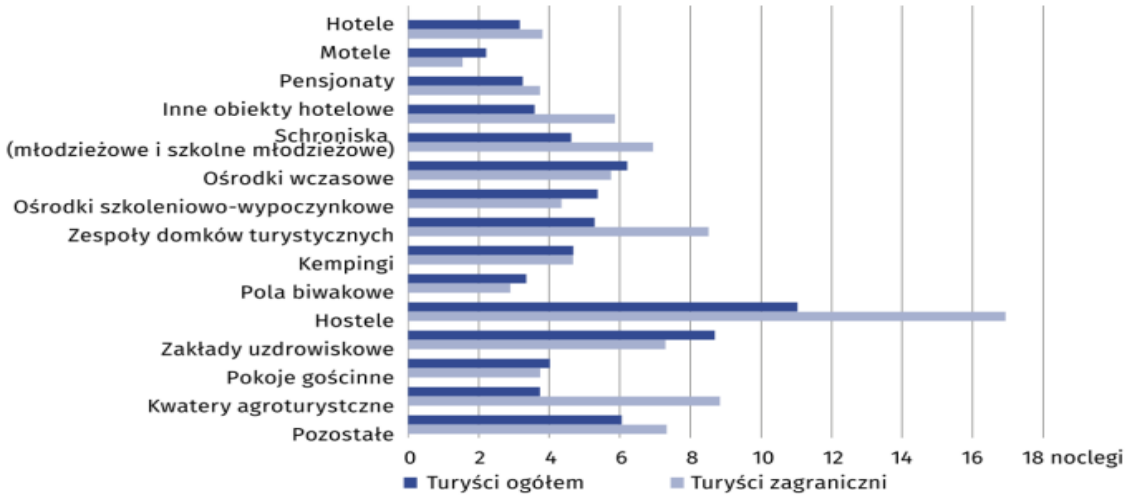
Główny cel przyjazdu	Struktura odpowiedzi respondentów
turystyka wypoczynkowa	51,25%
aktywna turystyka piesza, rowerowa, wodna, konna itp.	48,38%
turystyka uzdrowiskowa/zdrowotna	14,34%
turystyka sentymentalna	10,63%
imprezy kulturalne/rozrywkowe	5,41%
turystyka edukacyjno-szkoleniowa	4,14%
zwiedzanie miasta	1,32%
turystyka biznesowa	1,27%
brak danych	0,47%
Inne	0,19%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Raportu z badania ankietowego Badanie ruchu turystycznego w województwie zachodniopomorskim 2017, https://zrot.pl/333-badanie-ruchu-turystycznego-w-roku-2017-na-pomorzu-zachodnim, data dostępu 23.07.2020.

Z udzielonych przez respondentów odpowiedzi wynika, że przeważającym celem podróży były pobyty wypoczynkowe (51,25%) oraz chęć aktywnej turystyki (48,38%). Pomimo rosnącego znaczenia turystyki kongresowej i biznesowej, taki kierunek rekomendowało jedynie 27 osób. Natomiast 305 respondentów jako główny cel przyjazdu wskazało turystykę zdrowotną i uzdrowiskową. 14,34% ankietowanych wskazało, że głównym powodem przyjazdu była turystyka uzdrowiskowa i zdrowotna.

Na wykresie 3.4. przedstawiono średni czas pobytu w obiektach turystycznych z podziałem na turystów ogółem i zagranicznych w roku 2020 w województwie zachodniopomorskim. Turyści krajowi spędzili w hostelach średnio ponad 10 dni, a średni czas pobytu turystów zagranicznych wyniósł prawie 17 dni. Natomiast w przypadku zakładów uzdrowiskowych, było to ponad 8 dni. Zarówno hostele, jak i zakłady uzdrowiskowe odnotowały najdłuższy średni czas pobytu, przy czym średni czas spędzony w hotelach był czterokrotnie niższy niż w zakładach uzdrowiskowych, co świadczy o tym, że pobyty w ramach turystyki uzdrowiskowej trwają dłużej niż wyjazdy wypoczynkowe połączone z zabiegami spa&wellness. Najmniejszym zainteresowaniem cieszyły się motele, natomiast w przypadku kempingów niemal 100% odwiedzających stanowili turyści zagraniczni, gdzie średni czas pobytu wynosił powyżej 4 dni.

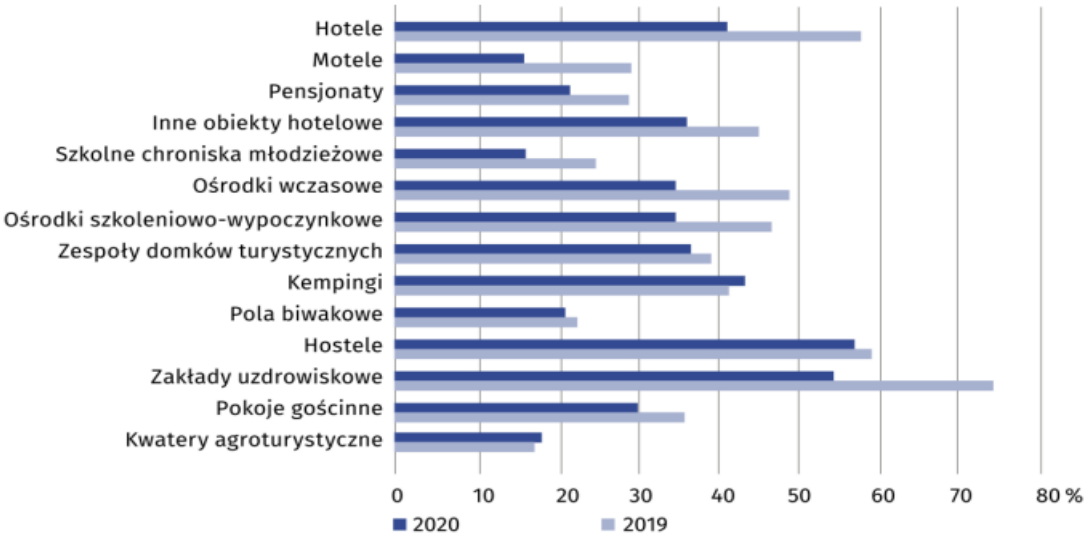
Wykres 3.4. Średni czas pobytu turystów w poszczególnych typach obiektów turystycznych w województwie zachodniopomorskim w roku 2020 [dni]



Źródło: Turystyka w województwie zachodniopomorskim w 2020 r. (dane dotyczą turystycznych obiektów noclegowych posiadających 10 i więcej miejsc noclegowych), Główny Urząd Statystyczny 2021.

Uwzględniając wykorzystanie miejsc noclegowych w poszczególnych obiektach w województwie zachodniopomorskim, stopień wykorzystania miejsc noclegowych w zakładach uzdrowiskowych w roku 2019 wyniósł około 75%, co przedstawiono na wykresie 3.5. Bliskie 60% wykorzystania miejsc noclegowych odnotowały w 2019 roku także hotele i hostele.

Wykres 3. 5. Stopień wykorzystania miejsc noclegowych w obiektach turystycznych



Źródło: Turystyka w województwie zachodniopomorskim w 2020 r., GUS 2021.

Poziom obłożenia miejsc noclegowych uległ zmianie w roku 2020, kiedy ograniczono czasowo funkcjonowanie podmiotów gospodarczych w kraju. W konsekwencji stopień wykorzystania zakładów uzrowiskowych zmniejszył się do około 54%, znacznie mniejszy spadek odnotowały natomiast hostele. Najmniejszym zainteresowaniem cieszyły się szkolne schroniska młodzieżowe.

Turystykę zdrowotną można rozpatrywać w ujęciu popytowym i podażowym. Zgodnie z pierwszym aspektem, podmiotami należącymi do rynku usług turystycznych są turyści, kuracjusze [Rab-Przybyłowicz 2014, s. 37-43] i turyści-kuracjusze, czyli społeczeństwo, które chce skorzystać z pobytów turystycznych we wskazanej destynacji, w celu na przykład: poprawy stanu zdrowia lub kondycji [Gaworecki 2010]. Natomiast w ujęciu podażowym, istotny element stanowi zagospodarowanie turystyczne, którego stan w dużym stopniu jest zależny od walorów środowiska naturalnego występującego na danym obszarze [Moskal 2013, s. 225-226]. Dążąc do rozwoju turystyki zdrowotnej konieczne są podejmowane działania, dzięki którym oferta, jak i zagospodarowanie turystyczne gmin będzie odpowiadało oczekiwaniom i potrzebom turystów oraz kuracjuszy.

Turystyka zdrowotna uznawana jest za jeden z najlepszych polskich markowych produktów, oferowanych klientom zagranicznym. W destynacjach uzdrowiskowych, poza turystyką spa&wellness, turystyką uzdrowiskową, oferowane są również inne formy turystyki takie jak: wypoczynkowa, biznesowa, kongresowa itp. Do dyspozycji gości są liczne rozrywki oraz usługi, jak na przykład: wypożyczalnie sprzętów rowerowych, motorowerowych, wodnych, salony gier, lokale gastronomiczne [Krupa, Wołowiec 2010, s. 20-23]. Możliwe jest uprawianie turystyki aktywnej, stąd też tak ważna jest odpowiednia infrastruktura turystyczna, bez której turyści nie mieliby możliwości skorzystania z tak wielu atrakcji podczas pobytów w miejscowości. Ponadto od lat obserwowana jest ekspansja turystyki biznesowej i kongresowej, która stanowi połączenie wyjazdów turystycznych wraz z działalnością biznesową, szkoleniową, konferencyjną.

Według A. Panasiuka turystyka zdrowotna jest produktem niejednorodnym. Jego zróżnicowanie wynika z funkcjonowania subrynku turystyki: medycznej, uzdrowiskowej oraz spa&wellness. Zgodnie z podejściem teoretycznym można analizować je kompleksowo jako jedność, natomiast zgodnie z podejściem rynkowym, analizy należy dokonywać indywidualnie, dla każdego z subrynków osobno. Każdy subrynek zaliczany do turystyki zdrowotnej posiada elementy wspólne

zagospodarowania turystycznego, natomiast elementy różnicujące poszczególne formy turystyki wynikają zazwyczaj z zasobów i usług o charakterze medycznym [Panasiuk 2018, s. 53]. Stąd też oferty wyjazdów turystycznych dopasowywane są indywidualnie do potrzeb i stanu zdrowia turysty bądź kuracjusza. Spowodowane jest to faktem, że część społeczeństwa korzysta z pobytów zaliczanych jako turystyka zdrowotna w celu regeneracji, relaksu, a inne osoby mogą zdecydować się na udział w wyniku przewlekłej choroby, bądź konieczności specjalistycznej rehabilitacji.

Z punktu widzenia turystyki uzdrowiskowej poza zagospodarowaniem turystycznym najistotniejsze są bogactwa naturalne, które wykorzystywane są w lecznictwie, jak na przykład złoża borowinowe [Dec, Krupa 2014, s. 166]. Jednak bez odpowiedniego sprzętu i odpowiedniej bazy noclegowej nie jest możliwe uprawianie turystyki uzdrowiskowej. Bogactwa naturalne stanowią kluczową rolę w rozwoju tej formy turystyki w miejscowościach, które wykorzystuje się nie tylko w lecznictwie uzdrowiskowym, ale również w działalności spa&wellness (na przykład: kąpiele borowinowe, kąpiele solankowe).

Według E. Moskal poprzez odpowiednie zagospodarowanie turystyczne możliwe jest generowanie dochodów dla społeczności lokalnej, co jest szczególnie ważne dla destynacji, które są ubogie ekonomicznie [Moskal 2013, s. 225]. Wpływ na to mają między innymi bazy: noclegowa, żywieniowa i komunikacyjna, oraz popularność miejscowości turystycznej, które przyciągają corocznie wielu turystów. Wszystkie elementy zaliczane jako zagospodarowanie turystyczne traktowane są jako bodźce przyczyniające się do prawidłowego funkcjonowania miejsca recepcji turystycznej, co istotnie przekłada się na rozwój wszelkich form turystyki, w tym także turystyki zdrowotnej.

Dobrze rozbudowana infrastruktura turystyki zdrowotnej nie tylko przyciąga więcej turystów. Poprzez doskonalenie, rozwój i inwestycje, w znacznym stopniu możliwe jest poszerzenie funkcji turystycznej regionu [Balińska, Zawadka 2013, s. 138-140]. Dodatkową korzyść stanowią towarzyszące inwestycjom, tworzone nowe miejsca pracy. Poza turystyką zdrowotną możliwe jest uprawianie innych form turystyki, tj. turystyki biznesowej, turystyki motywacyjnej.

ROZDZIAŁ IV. WPŁYW DZIAŁALNOŚCI SAMORZĄDU GMINNEGO NA TURYSTYKĘ ZDROWOTNĄ. POMIAR FUNKCJI TURYSTYCZNEJ

4.1. Zdefiniowanie wpływu samorządu gminnego na turystykę zdrowotną i gospodarkę lokalną

Według A. Karwińskiej gospodarowanie przestrzenią rozumiane jest jako czynności „*podejmowane po to by osiągnąć określone cele społeczne, gospodarcze, czy polityczne na poziomie lokalnym, regionalnym, (...)*" [Karwińska 2016, s. 48]. Dzięki decyzjom podejmowanym przez samorządy, możliwy jest rozwój turystyki, który prowadzi do osiągania celów gospodarczych i przyczynia się do zaspokajania społecznych potrzeb mieszkańców.

Chcąc usprawnić prowadzenie działalności gospodarczej związanej z turystyką zdrowotną należy przede wszystkim dostrzec działania samorządów terytorialnych, które znają specyfikę i rodzaj poszczególnych gmin. Władze samorządowe dysponują informacjami na temat ich atrakcyjności turystycznej, która dotyczy nie tylko walorów przyrodniczych, ale również walorów kulturowych i stopnia rozwinięcia bazy turystycznej [Solarska 2018, s. 289-291]. W pracy doktorskiej skoncentrowano się na analizie działalności turystyki zdrowotnej. Władze gminne posiadają informację o miejscach występowania złoży naturalnych, które wykorzystywane są między innymi w turystyce uzdrowiskowej, jak na przykład: złoża torfowe borowin, mineralne wody solankowe. Warto zwrócić uwagę, że uprawianie turystyki zdrowotnej (szczególnie działalności o charakterze uzdrowiskowym) nie jest możliwe w całej Polsce. Ograniczenia dotyczące funkcjonowania i świadczenia usług przez uzdrowiska wynikają przede wszystkim z Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach [Dz.U. z 2005 r., nr 167, poz. 1399 z późn. zm.]. Zgodnie z Ustawą, uzdrowiska są to wydzielone tereny, na których prowadzona jest działalność uzdrowiskowa. Celem ich jest wykorzystanie i ochrona naturalnych surowców leczniczych, znajdujących się na tym obszarze [Dz.U. z 2005 r., nr 167, poz. 1399 z późn. zm.].

Poza świadomością przedstawicieli samorządów na temat atrakcyjności turystycznej, w działaniach aktywizujących rozwój turystyki zdrowotnej należy uwzględniać także atrakcyjność inwestycyjną [Miśkiewicz 2016, s. 39-44]. Nie wszystkie gminy są przystosowane do ekspansji destynacji turystycznych,

ponieważ nie dysponują odpowiednio rozbudowaną infrastrukturą techniczną. Zarówno sieć drogowa, jak i stan nawierzchni drogowej może być nieodpowiedni oraz niewystarczający dla wzmożonego ruchu i wymaga remontu. Nadal nie wszystkie miejscowości posiadają podłączenie do sieci wodociągowej i gospodarki komunalnej, a gospodarstwa domowe pozyskują wodę z przydomowych studni głębinowych, które wybijane są na ich własny koszt. Brak odpowiedniej infrastruktury stanowi duże utrudnienie dla rozwoju nie tylko turystyki zdrowotnej, ale i dla innych form turystyki kwalifikowanej.

Działalność samorządów terytorialnych na rzecz sektora turystycznego jest zróżnicowana w poszczególnych gminach. Wynika to przede wszystkim z niejednorodnej struktury gospodarki lokalnej, na podstawie, której można ocenić rolę turystyki w gminie. W takim wypadku działania koncentrują się na zarządzaniu popytem turystycznym. Natomiast w przypadku destynacji, które nie są znane, lecz dostrzeżono w nich potencjał turystyczny, aktywność samorządów koncentruje się na promowaniu miejscowości i jej atrakcji, aby możliwe było ukształtowanie trwałego ruchu turystycznego, który będzie przyciągał między innymi uczestników turystyki zdrowotnej. Wybór instrumentów wykorzystywanych przez władze samorządów gminnych na rzecz rozwoju turystyki zdrowotnej może być zróżnicowany w poszczególnych gminach. Należy zauważyć, że kluczowy w tej kwestii może okazać się potencjał turystyczny gminy i określenie na jakim etapie rozwoju turystycznego znajduje się obszar lub czy w ogóle zauważalny jest popyt na turystykę zdrowotną na danym terenie [Marciszewska 2010, s. 13-17]. Dzięki ustaleniu tych kluczowych informacji, możliwe jest skuteczne dostosowanie narzędzi interwencji władz samorządowych, na rzecz rozwoju bądź pobudzenia turystyki. Według M. Kachniewskiej [2019], aby turystyka zdrowotna mogła się rozwijać istotne jest również wsparcie i promocja organów rządowych, jak i przedsiębiorstw. Dzięki współpracy organów publicznych i środowiska biznesu możliwe jest podejmowanie działań w celu zaspokajania kompleksowych potrzeb turystów i kuracjuszy, generując przy tym nadzwyczajne zyski.

Turystyka w wielu jednostkach samorządu terytorialnego postrzegana jest jako potencjalne narzędzie służące do kształtowania polityki lokalnej, ze względu na fakt, że w wielu gminach ma ona szansę stanowić determinantę rozwoju lokalnego. W związku z tym, że samorządy terytorialne czerpią korzyści z uprawiania na ich terenie turystyki w postaci rosnących dochodów budżetowych, wymaga to od nich dbałości

w zakresie prowadzenia odpowiedniej polityki lokalnej, ze szczególnym uwzględnieniem przemyślanej polityki rozwoju turystyki w gminie [Drążkiewicz 2009]. Według A. Panasiuka na szczeblu gminnym konieczne jest przekazanie samorządom wszelkich zadań w zakresie funkcjonowania sektora turystycznego. Wynikiem tego byłoby realizowanie zadań lokalnych organizacji turystycznych na rzecz gospodarki lokalnej i uczestników strony podażowej rynku turystycznego [Panasiuk 2019, s. 38].

Polityka turystyczna zaliczana jest do polityk sektorowych, stanowiących integralną część polityki społeczno-gospodarczej [Panasiuk, Szostak 2004, s. 143-144]. Należy podkreślić, że rozwój turystyki uwzględniany jest w zadaniach własnych już na poziomie samorządu gminnego, na podstawie ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym [Dz. U. z 2022 r., poz. 559 t.j.]. Podobnie jak w ustawie o samorządzie powiatowym i wojewódzkim.

Na podstawie znajomości specyfiki terytorialnej, samorządy gminne zwracają uwagę na deficyty, które występują w ofercie turystycznej gmin. Przeprowadzane analizy i obserwacje pozwalają ocenić sieć szlaków pieszych i rowerowych, dostępność komunikacyjną regionu. Ponadto dla rozwoju turystyki w regionie ważne jest również zapewnienie bezpieczeństwa na wysokim poziomie, aby przyjeżdzający turyści mogli czuć się bezpiecznie i spokojnie, spędzając czas na terenie danej gminy [Szpara i in. 2015, s. 132; Krupa, Glądała 2020, s. 84-85].

Dzięki wykorzystaniu turystyki możliwe jest osiągnięcie rozwoju gospodarczego gminy, co ma odzwierciedlenie w zwiększonej aktywności gospodarczej, a także sprzyja wzrostowi zatrudnienia w sektorach gospodarki lokalnej [Cudowska-Sojko 2015, s. 26]. Jest to spowodowane aktywizacją za pomocą turystyki i innych sektorów, które nie są bezpośrednio związane z obsługą ruchu turystycznego (na przykład: handlu, transportu, budownictwa, bankowości, itd.). Konsekwencjami działalności turystycznej są także napływy środków finansowych (także wpływy dewizowe), rosnące dochody jednostek samorządu terytorialnego, spowodowane przez wzrost wpływów z podatków, ale i wydatki na inwestycje turystyczne i paraturystyczne [Balińska 2018, s. 23].

Turystyka traktowana jest przez władze terytorialne jako jeden z głównych kierunków rozwoju społeczno-gospodarczego. Koncentrując się na szczeblu samorządowym turystyka jest jednym z najistotniejszych obszarów działalności, ponieważ jej rozwój stanowi szanse na aktywizację gospodarczą i zwiększenie wpływów do budżetu. Dzięki rozwojowi przedsiębiorczości sektora turystycznego tworzone są nowe możliwości

zatrudnienia, lecz często szanse te nie są w pełni wykorzystywane przez jednostki terytorialne [Kurek 2008 s. 410; Marzewski 2012, s. 31-32]. Gmina jako podstawowa jednostka samorządu terytorialnego w Polsce realizuje szereg zadań, wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych [Dz. U. z 2020 r. poz. 2211].

Tabela 4.1. Kompetencje gmin dotyczące turystyki

L.p.	Kompetencje samorządu gminnego
1.	Prowadzenie ewidencji pól biwakowych i innych obiektów, w których świadczone są usługi hotelarskie i prawo kontrolowania obiektów, w których są świadczone usługi hotelarskie.
2.	Utrzymanie, remont lub przebudowa i rozbudowa obiektów i urządzeń sportowych i turystycznych na terenie gminy.
3.	Tworzenie korzystnych warunków podejmowania działalności gospodarczej w sferze turystyki na terenie gminy.
4.	Prowadzenie instytucji kultury fizycznej, związków sportowych i stowarzyszeń turystycznych mających siedzibę na terenie gminy.
5.	Planowanie rozwoju przestrzennego i zagospodarowania terenu między innymi przez budowę obiektów sportowych, rekreacyjnych i turystycznych.
6.	Wspieranie organizacyjne i finansowe stowarzyszeń oraz organizacji działających na terenie gminy.
7.	Rozbudowywanie i utrzymywanie infrastruktury technicznej (na przykład: transportowej) i społecznej, o znaczeniu wojewódzkim.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych [Dz. U. z 2020 r. poz. 2211].

Władze samorządu gminnego oddziaływują na rozwój turystyki wykorzystując do tego między innymi instrumenty [Wolna-Samulak 2013, Noworól 2007]:

- planistyczne (zalicza się do nich: miejscowe plany zagospodarowań przestrzennych, strategie rozwoju gminy, plany inwestycyjne i finansowe, lokalne programy dotyczące rozwoju turystyki),
- ekonomiczno-finansowe (dotyczące zastosowania wobec podmiotów turystycznych na przykład: ulg lub zwolnień podatkowych, a także dofinansowania środkami pochodzącymi z funduszy strukturalnych z Unii Europejskiej),
- organizacyjno-prawne (obejmujące przepisy dotyczące konkretnej gminy lub dokumenty obowiązujące wszystkie gminy),
- informacyjne (jako przykład można uznać promocje turystyczną, foldery informacyjne, broszury promujące ofertę turystyczną gminy).

Poza stosowaniem przez władze samorządowe wymienionych instrumentów istotne jest, aby gminy podchodziły w sposób odpowiedni do rozwoju turystyki, oceniając obiektywnie potencjał turystyczny obszaru. Na tej podstawie w jednostkach charakteryzujących się dużym potencjałem turystycznym, konieczne jest tworzenie odrębnego stanowiska lub komórki w strukturach urzędów gminnych, które będą odpowiedzialne za rozwój turystyki na obszarze danej gminy. Jednak w rzeczywistości rzadko można znaleźć odrębne jednostki koncentrujące się na rozwoju turystyki, zazwyczaj działania z zakresu turystyki łączone są z innymi zadaniami, dotyczącymi na przykład kultury lub sportu. Ponadto poza jednostkami samorządu terytorialnego wpływ na rozwój turystyki mają także organizacje pozarządowe, partnerzy społeczni oraz gospodarczy [Kapera 2016]. Stąd też zasadne jest stwierdzenie, że sukces rozwoju turystyki zdrowotnej jest efektem współpracy wielopodmiotowej.

Jednym z istotnych narzędzi, stosowanym w kształtowaniu struktury przestrzennej i gospodarczej gminy jest strategia rozwoju turystyki, będąca instrumentem planistycznym. Posiadanie i realizacja założeń takiego dokumentu przez jednostki terytorialne nie jest obligatoryjna [Wiatrak 2020, s. 134]. Celem strategii rozwoju turystyki jest przede wszystkim podnoszenie konkurencyjności lokalnych jednostek terytorialnych [Tucki 2009, s. 4, Wiatrak 2018, s. 53-54, Kasprzak 2016, s. 66-68]. Dokument sporządzany jest na okres kilkunastu lat, zawiera analizę stanu obecnego gminy, kierunki oraz możliwości rozwoju na przestrzeni kolejnych lat [Domański 2000, Roman 2018]. Konstrukcja strategii rozwoju turystyki opiera się na trzech głównych założeniach [Więcław-Michniewska 2011, s. 185; Pawlak, Smoleń 2013, s. 54-55]:

- dokument musi być aktualny, obiektywnie definiujący sytuację społeczno-ekonomiczną, walory przyrodnicze i warunki do rozwoju turystyki,
- konstrukcja strategii złożona z misji i celów operacyjnych oraz strategicznych powinna określać rangę turystyki w możliwych kierunkach rozwoju gminy,
- stworzenie strategii powinno stanowić rezultat obiektywnej oceny specjalistów i opinii społecznej, która reprezentowana jest przez różne grupy interesariuszy gminnych. W wyniku określenia w dokumencie długookresowych kierunków i zakresu działania, odróżnia go to od działalności o charakterze operacyjnym i taktycznym [Foulkner, Johnson 2000, s. 27].

Analizy dotyczące turystyki, rekreacji i form spędzania czasu wolnego wraz z zaznaczeniem wpływu jednostek terytorialnych stanowią przedmiot wielu

publikacji, które różnią się na przykład zakresem opracowania problemu badawczego. Badania nad znaczeniem działalności samorządów i określeniem ich roli w rozwoju funkcji turystycznej regionu prowadzili oraz opisali między innymi: A. Panasiuk [2005], R. Gałecki [2004], A. Kornak i A. Rapacz [2001].

Władze samorządowe stanowią istotne ogniwo w rozwijaniu turystyki. W Polsce administrowanie ekspansji działalności turystycznej odbywa się na trzech szczeblach: wojewódzkim, powiatowym i gminnym, jednak kluczowe znaczenie przypisuje się samorządom niższych szczebli, ze względu na uzależnienie rozwoju turystyki nie tylko od walorów przyrodniczych, ale także od elementów zagospodarowania turystycznego [Rapacz 2009, s. 16; Banasik 2014, s. 21]. Działania podejmowane na szczeblu gminnym dotyczące turystyki, powinny być spójne z aktywnościami podejmowanymi na poziomie powiatowym i wojewódzkim. Skuteczność wspólnych działań władz samorządowych można ocenić na przykład odnotowując w jednostce terytorialnej poprawę rentowności podmiotów, które działają na rynku turystycznym lub przez wzrost znaczenia turystyki w strukturze gospodarki lokalnej lub regionalnej [Zontek 2014]. Efektem realizowanej strategii może być wzrost zainteresowania obszarem przez inwestorów zewnętrznych.

Duże znaczenie w kształtowaniu rozwoju turystyki w gminie ma także baza turystyczna i aktywność lokalnych przedsiębiorstw [Dyrda, Maciałek 2011]. Działania samorządu w kontekście turystyki powinny koncentrować się na wsparciu i promowaniu rozwoju produktów turystycznych o charakterze lokalnym. Gminy mają możliwość współpracować w zakresie turystyki z innymi jednostkami przestrzennymi, na przykład: w wyniku realizacji wspólnych przedsięwzięć [Ulfik 2013, s. 316-323, Szymańska 2017, s. 65-67].

Działalność samorządów terytorialnych ma istotne znaczenie w procesie rozwoju turystyki zdrowotnej i rozwoju lokalnego. Władze gmin dysponują cenną wiedzą, która dotyczy nie tylko walorów przyrodniczych, ale również bazy turystycznej i możliwości inwestycyjnych. Jednostki samorządu terytorialnego przyczyniają się do pobudzenia i rozwoju działalności turystycznej poprzez udzielanie wsparcia przedsiębiorstwom, promowanie podmiotów gospodarczych na stronach internetowych gminy. W konsekwencji przyczyniając się do wzrostu dochodów budżetu gmin (między innymi z opłat klimatycznych, które uiszczają turyści podczas pobytu).

4.2. Zalecenia i pomiar funkcji turystycznej w wybranych gminach

Według W. Kurka i M. Mika rozwój funkcji turystycznej rozumiany jest jako „*[…] wszelka działalność społeczno-ekonomiczna w miejscowości lub regionie, skierowana na obsługę turystów, z której wynika jej (jego) zdolność do zaspokajania określonych potrzeb turystycznych*" [Kurek, Mika 2007, s. 40]. W szerszym ujęciu uznaje się, że obszar charakteryzujący się w pełni wykształconą funkcją turystyczną jest to miejsce, gdzie występują walory i zagospodarowania turystyczne oraz odwiedzają je turyści [Derek 2008]. W gminach, w których funkcja turystyczna stanowi podstawowy aspekt działalności lokalnej, przyczynia się do licznych przekształceń w zakresie całej gospodarki [Hendel 2016]. Dzięki działalności sektora turystycznego w miejscach, gdzie pełni ona funkcję polaryzującą, rozwój poszczególnych dziedzin determinowany jest przez popyt i potrzeby turystów oraz kuracjuszy.

Zgodnie z przyjętą procedurą badawczą, w ramach zaprezentowanego w tej części badania empirycznego dokonano pomiaru funkcji turystycznej w 48 gminach turystycznych województwa zachodniopomorskiego i określono stopień jej rozwoju na tych obszarach z wykorzystaniem kilkustopniowej skali.

Po dokonaniu oceny stanu rynku turystycznego w Polsce i turystyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim, kolejny etap badań dotyczył analizy funkcji turystycznej w gminach turystycznych województwa zachodniopomorskiego w roku 2020. Analiza rynku turystycznego skłoniła do podjęcia decyzji o ograniczeniu liczby jednostek biorących udział w dalszych badaniach. Dobór jednostek do badania podyktowany był informacjami o przyjazdach turystów. Gminy, w których nie odnotowano przyjazdów turystycznych (według danych BDL GUS), nie były uwzględniane w badaniu. W związku z tym kryterium liczba badanych jednostek samorządu terytorialnego została ograniczona z 113 do 48 (obejmujących: gminy miejskie (1), wiejskie (2) i miejsko-wiejskie (3)). Źródłami informacji o badanych jednostkach były dane wtórne pochodzące z zasobów GUS [2020]. Dokonując pomiaru funkcji turystycznej gmin lub innych obszarów, wykorzystuje się różnorodne wskaźniki proste i złożone, określające między innymi [Szromek 2012, s. 54-55]:

- liczbę udzielonych noclegów,
- liczbę turystów przebywających w danej gminie w określonym czasie,
- udział działalności turystycznej w stosunku do wszystkich rodzajów działalności gospodarczej,

- udział dochodów z turystyki w dochodach gminy ogółem (zgodnie z Klasyfikacją Budżetową).

Szczegółowy opis miar funkcji turystycznej zamieszczono w rozdziale 1, gdzie przedstawiono konstrukcję wskaźników:

- Baretje'a-Deferta (W_{BD}),
- Deferta (W_D),
- Schneidera (W_S),
- Charvata (W_{CH}),
- gęstości bazy noclegowej (W_{GB}).

Według R. Baretje i P. Defert'a [1972] o istnieniu funkcji turystycznej [Bąk, Brelik 2022] w regionach lub miejscowościach można mówić jedynie w sytuacji, gdy liczba osób zatrudnionych w usługach i handlu dotyczącym obsługi turystów przekracza 50% całkowitego zatrudnienia na danym obszarze [Warszyńska, Jackowski 1979]. W praktyce jest to trudne do określenia ze względu na ograniczony zakres danych statystycznych i specyfikę szeroko pojętej turystyki. Rozgraniczenie zatrudnionych obsługujących turystów od osób zatrudnionych obsługujących wyłącznie mieszkańców gminy jest niemal niemożliwe[11]. Podejmując próbę zbadania funkcji turystycznej danego obszaru, dokonuje się także oceny wielkości i rodzaju bazy noclegowej, a także intensywności ruchu turystycznego na tym terenie [Szromek 2012, s. 56-57].

W literaturze występują także liczne przykłady zastosowania wskaźników syntetycznych rozwoju funkcji turystycznej [J. Warszyńska [1985], M. Derek [2008], A. Szromek [2012], E. Synówka-Bejenka [2017]]. Na potrzeby rozprawy doktorskiej w dalszej części badań wykorzystano podejście zaproponowane przez A. Szromka, które dotyczy dwuwymiarowego wskaźnika rozwoju funkcji turystycznej ($W_{W\text{-}Sz}$). Zaletą tej metody jest przede wszystkim kategoryzacja badanych jednostek – gmin, pod względem stopnia rozwoju funkcji turystycznej na ich obszarze.

[11] Dokonując jednak próby oszacowania tego zjawiska można wykorzystać dostępne w GUS dane statystyczne, obliczając na przykład udział pracujących w usługach rynkowych w liczbie zatrudnionych ogółem w gminie. Usługi rynkowe w świetle danych statystycznych GUS podzielone są na następujące sekcje: G – handel hurtowy i detaliczny, naprawa pojazdów mechanicznych, motocykli oraz artykułów użytku domowego, H – hotele i restauracje, I – transport, gospodarka magazynowa i łączność, J – pośrednictwo finansowe, K – obsługa nieruchomości, wynajem, nauka i usługi związane z prowadzeniem działalności gospodarczej, O – pozostała działalność usługowa komunalna, społeczna i indywidualna, P – usługi gospodarstw domowych, Q – usługi świadczone przez organizacje i zespoły eksterytorialne. Należy mieć jednak na uwadze, że dane te są uproszczeniem zjawiska, które pierwotnie próbowano zbadać, ponieważ ujęte są tutaj wszelki usługi rynkowe, a nie tylko te, które ściśle związane są z turystyką).

Miernik $W_{W\text{-}Sz}$ oparty jest na iloczynie dwóch zmiennych: P_{RFT}, wskazującego pozycję określającą stopień rozwoju funkcji turystycznej wyrażonej pięciostopniową skalą ocen, których kwantyfikacja ma związek z wartościami wskaźnika rozwoju funkcji turystycznej (W_{RFT}) i $D_{RFT,}$ który określa stopień zdefiniowania funkcji turystycznej wyrażonej w czterostopniowej skali ocen, których kwantyfikacja zależy od uzyskanych kombinacji wyników P_{BD}, P_{BGN}, P_{Sch} i P_D, przyjmujących wartości od 0 do 4. W tabeli 4.2. zamieszczono kryteria klasyfikacji wraz z określeniem stopnia rozwoju funkcji turystycznej dla poszczególnych pozycji stopnia realizacji według czterostopniowej skali.

Tabela 4.2. Kryteria funkcji turystycznej gmin z uwzględnieniem kryterium syntetycznego

Pozycja określająca stopień realizacji funkcji turystycznej (P_{RFT})	Poziom zagospodarowania turystycznego		Intensywność ruchu turystycznego		Wskaźnik rozwoju funkcji turystycznej (W_{RFT})	Stopień rozwoju funkcji turystycznej
	Wskaźnik Baretje'a-Deferta (W_{BD})	Wskaźnik gęstości bazy noclegowej (W_{GBN})	Wskaźnik Schneidera (W_{Sch})	Wskaźnik Deferta (W_D)		
	l. miejsc noclegowych na 100 mieszkańców	l. miejsc noclegowych na 1 km^2 powierzchni	l. turystów na 100 mieszkańców	l. turystów na 1 km^2 powierzchni	$(P_{BD}+P_{GBN}+P_{Sch}+P_D)/16$	
0	0,00-0,78	0,00-0,78	0,00-7,8	0,00-15,6	0,00-0,10	Zerowy
1	0,78-6,25	0,78-6,25	7,8-62,5	15,6-125	0,10-0,30	Niski
2	6,25-25,00	6,25-25,00	62,5-250	125-500	0,30-0,60	Umiarkowany
3	25,00-50,00	25,00-50,00	250-500	500-1000	0,60-0,80	Wysoki
4	> 50,00	> 50,00	> 500	> 1000	0,80-1,00	Bardzo wysoki

P_{BD} – pozycja, która określa poziom zagospodarowania przestrzennego (na podstawie wskaźnika Baretje'a-Deferta)

P_{GBN} – pozycja, która określa poziom zagospodarowania przestrzennego (na podstawie wskaźnika gęstości bazy noclegowej)

P_{Sch} – pozycja, która określa poziom intensywności ruchu turystycznego (na podstawie wskaźnika Schneidera)

P_D – pozycja, która określa poziom intensywności ruchu turystycznego (na podstawie wskaźnika Deferta)

Źródło: opracowanie własne na podstawie:A. Szromek [2012], E. Synówka-Bejenka [2017].

Na podstawie dokonania obliczeń iloczynu dwóch parametrów – P_{RFT} i D_{RFT} otrzymuje się wartości dwuwymiarowego wskaźnika rozwoju funkcji turystycznej [Synówka-Bejenka 2017, s. 65-66]. Wartość wskaźnika wynosząca 0 oznacza brak występowania rozwoju funkcji turystycznej w gminie, natomiast wartość 4 wskazuje na bardzo wysoki stopień rozwoju funkcji turystycznej. W tabeli 4.3. określono możliwe konfiguracje pozycji

i przypisanych im stopni zdefiniowania funkcji turystycznej według A. R. Szromka [2013, s. 95].

Tabela 4.3. Kombinacje możliwych pozycji i przypisany im stopień zdefiniowania funkcji

Kombinacja wyników stopnia rozwoju (K_{RFT})	xxxx	xxxo	xoxx	oxxx	xxoo	xoxo	oxox	ooxx	oxxo	xoox	Inne
Stopień zdefiniowania funkcji turystycznej (D_{RFT})	3	2	2	2	2	1	1	1	1	1	0

Gdzie:
X – powtarzający się stopień rozwoju funkcji turystycznej
O – inny niż X stopień rozwoju funkcji turystycznej
Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Szromek 2013, s. 95].

Dokonanie oceny stopnia rozwoju funkcji turystycznej wymaga wskazania oznak jego rozwoju. Najczęściej wykazywane jest to przez wielkość i rodzaj bazy noclegowej oraz intensywność ruchu turystycznego [Szromek 2012, s. 56-57]. W tabeli 4.4. zestawiono wartości wskaźników Baretje'a-Deferta, Deferta, Schneidera i Charvata dla 48 gmin województwa zachodniopomorskiego w roku 2020, w których prowadzona jest działalność turystyczna. Liczbę miejsc noclegowych przypadających na 100 mieszkańców (W_{BD}) w wybranych gminach województwa zachodniopomorskiego za rok 2020, uporządkowano malejąco. Z przedstawionych danych wynika, że najwyższe pozycje w zestawieniu [tab. 4.4.] zajmują gminy położone w linii brzegowej Morza Bałtyckiego. Według wartości wskaźnika Baretje'a-Deferta liderem zestawienia w roku 2020 była gmina Rewal, gdzie odnotowano 471,24 (472 miejsca) na 100 stałych mieszkańców. Na drugim miejscu zestawienia znalazła się gmina miejsko-wiejska Mielno, w której liczba noclegów przekroczyła 384 w przeliczeniu na 100 mieszkańców. Na kolejnych pozycjach odnotowano: Dziwnów (3), Ustronie Morskie (2) i Międzyzdroje (3). Wyniki, w przypadku, których wartość przekroczyła 100, oznaczają, że na danym obszarze znajduje się więcej miejsc noclegowych niż jest mieszkańców. Zdaniem I. Bąk o rozwiniętej funkcji turystycznej można mówić, jeśli wartości wskaźnika Baretje-a-Deferta osiągają 100-500 miejsc noclegowych na 100 mieszkańców. Natomiast gminy, które odnotowują wynik na poziomie 100 – wskazują na obszary, gdzie funkcja turystyczna dopiero zaczyna się kształtować [Bąk 2011, s. 11]. Nieco odmienną interpretację wartości prezentuje M. Boyer, uznając, że wartości mieszczące się w przedziale 10-40 charakteryzują gminy z „istotną, ale niedominującą funkcją

turystyczną", natomiast wartości od 40 do 100 wskazują, że funkcja turystyczna jest dominująca w gminie [Pearce 1995]. Zgodnie z podejściem I. Bąk spośród badanych gmin zaledwie cztery można uznać za obszary z dobrze rozwiniętą funkcją turystyczną (Rewal (2), Mielno (3), Ustronie Morskie (2). Natomiast stosując do interpretacji podejście M. Boyer jako „gminy z dominującą funkcją turystyczną" można uznać: Międzyzdroje (3), Darłowo (2), Postomino (2), Kołobrzeg (2) i Darłowo (2). Najmniejsze wartości wskaźnika Baretje'a-Deferta odnotowały gminy: Police (3), Borne Sulinowo (3) i Stargard (1), gdzie stosunek liczby miejsc noclegowych do liczby mieszkańców nie przekracza 1. Oznacza to, że gminy te nie są nastawione na działalność turystyczną, jak na przykład Police, dla których największym przedsiębiorstwem są Zakłady Chemiczne Police S.A., dostarczającym między innymi zatrudnienie społeczności lokalnej. Na podstawie pomiaru wskaźników: Baretje'a-Deferta (W_{BD}), Deferta (W_D), Schneidera (W_{Sch}), Charvata (W_{Ch}) widoczny jest rozwój funkcji turystycznej w gminach nadmorskich, co spowodowane jest przede wszystkim atrakcyjnym położeniem z bezpośrednim dostępem do Morza Bałtyckiego i bogatą ofertą obiektów noclegowych.

Tabela 4.4. Zestawienie wartości wskaźników Baretje'a-Deferta, Deferta, Schneidera

Gmina	Wskaźnik Baretje'a-Deferta (W_{BD})	Wskaźnik Deferta (W_D)	Wskaźnik Schneidera (W_{Sch})	Wskaźnik Charvata (W_{Ch})
Rewal (2)	471,24	4 116,12	4 594,83	23 051,51
Mielno (3)	384,43	2 684,40	3 409,81	18 398,22
Dziwnów (3)	242,32	2 184,03	2 217,85	12 395,38
Ustronie Morskie (2)	233,43	1 766,18	2 783,30	14 891,98
Międzyzdroje (3)	93,31	1 122,75	2 035,62	8 676,66
Darłowo (2)	74,29	197,91	668,40	5 155,88
Postomino (2)	72,98	186,68	618,90	3 743,11
Kołobrzeg (2)	61,47	637,53	837,32	4 211,83
Darłowo (1)	44,56	2 915,95	429,64	2 304,22
Kołobrzeg (1)	38,27	13 968,50	786,14	4 609,30
Trzebiatów (3)	31,28	145,37	206,30	1 315,00
Świnoujście (1)	28,22	1 384,25	682,86	3 005,24
Czaplinek (3)	10,60	49,38	153,53	495,02
Kobylanka (2)	7,19	72,80	151,96	417,60
Wolin (3)	6,91	19,67	53,25	317,16
Ińsko (3)	6,87	12,88	58,62	210,61
Złocieniec (3)	6,08	27,45	47,40	199,18
Moryń (3)	6,03	19,07	56,17	319,86

Ciąg dalszy tabeli 4.4.

Gmina	Wskaźnik Baretje'a-Deferta (W_{BD})	Wskaźnik Deferta (W_D)	Wskaźnik Schneidera (W_{Sch})	Wskaźnik Charvata (W_{Ch})
Drawno (3)	5,59	6,41	41,22	120,31
Kamień Pomorski (3)	5,09	93,02	136,74	625,29
Biały Bór (3)	3,64	4,24	21,69	97,76
Tuczno (3)	2,83	15,93	81,75	326,50
Połczyn-Zdrój (3)	2,71	13,49	30,95	245,27
Kalisz Pomorski (3)	2,44	13,62	89,40	284,16
Gościno (3)	2,22	5,46	12,33	62,07
Mirosławiec (3)	2,19	5,15	19,54	155,12
Wałcz (1)	2,04	314,92	47,97	249,34
Drawsko Pomorskie (3)	2,03	7,55	18,15	76,95
Wałcz (2)	1,97	2,40	10,88	64,12
Szczecin (1)	1,91	735,97	55,62	158,50
Myślibórz (3)	1,63	18,44	31,01	54,81
Szczecinek (2)	1,29	2,16	11,73	43,08
Golczewo (3)	1,15	4,81	14,39	62,25
Szczecinek (1)	1,14	259,98	31,33	81,88
Nowogard (3)	0,99	23,09	31,93	89,86
Człopa (3)	0,99	1,24	8,87	22,54
Malechowo (2)	0,95	6,70	24,53	86,12
Kołbaskowo (2)	0,92	47,20	35,96	62,39
Łobez (3)	0,91	25,92	42,59	88,04
Koszalin (1)	0,90	305,06	28,14	60,03
Gryfice (3)	0,80	12,61	13,92	30,74
Gryfino (3)	0,77	57,91	46,51	104,16
Goleniów (3)	0,73	18,69	22,91	82,07
Stepnica (3)	0,66	2,01	12,13	91,62
Stargard (2)	0,64	8,57	19,27	30,46
Police (3)	0,59	35,19	21,57	50,50
Borne Sulinowo (3)	0,50	1,95	9,57	44,43
Stargard (1)	0,40	287,06	20,39	42,03

Źródło: opracowanie własne.

Dokonując oceny zestawienia wartości wskaźnika Deferta należy zauważyć, że wysokie wartości odnotowały gminy odznaczające się niedużą powierzchnią: Kołobrzeg (1) – 26 km^2, Rewal (2) – 43 km^2, Darłowo (1) – 20 km^2, Mielno (3) – 62 km^2, Dziwnów (3) – 40 km^2. Zdarzają się także odstępstwa od tej reguły, ponieważ gmina o największej powierzchni znalazła się na 11 miejscu w zestawieniu wartości miary uszeregowanych malejąco (Wałcz (2) – 575 km^2). Najniższe wartości wskaźnika Deferta odnotowały gminy:

Stepnica (293 km^2), Borne Sulinowo (484 km^2) i Człopa (349 km^2), w których liczba korzystających z noclegów w przeliczeniu na km^2 była najniższa. Należy podkreślić, że nie stwierdzono występowania zależności między wartościami najwyższymi a najniższymi miernika w analizowanych jednostkach a liczbą turystów, którzy korzystają z noclegów. Brak wystąpienia powiązania spowodowany jest różnicą drugiej składowej, która jest wykorzystywana do obliczenia wskaźnika Deferta – powierzchnią badanych gmin.

Podobne uszeregowanie jak w przypadku wartości wskaźnika Baretje'a-Deferta uzyskano dla miary Schneidera, za pomocą której można dokonać oceny ruchu turystycznego w stosunku do liczby mieszkańców stałych gminy. Zgodnie z przyjętym kryterium uznano, że jeśli wartość wskaźnika Schneidera osiągnie liczbę 500, to będzie oznaką, że jest to obszar dobrze rozwinięty pod względem turystycznym [Warszyńska 1985, s. 88; Szromek 2012, s. 68]. Na podstawie wyników przedstawionych w tabeli 4.4 najwyższe wartości wskaźnika w roku 2020 odnotowały gminy województwa zachodniopomorskiego, cechujące się największą intensywnością ruchu turystycznego, z bezpośrednim dostępem do Morza Bałtyckiego. Przeprowadzone badania wykazały, że na zestawienie i uzyskane wyniki w znacznej mierze wpływ ma liczba mieszkańców poszczególnych gmin. Interesująca wydaje się pozycja gmin Czaplinek i Kobylanka, które także odnotowały wysokie wartości miernika oceniającego intensywność ruchu turystycznego. Lokata tych gmin w stosunku do pozostałych analizowanych jednostek wynika z przewagi liczby korzystających z noclegów w stosunku do liczby mieszkańców. Podobnie jak w przypadku wskaźników Baretje'a-Deferta i Deferta, najniższe wartości odnotowały gminy: Wałcz (2), Borne Sulinowo (3) i Człopa (3).

W przypadku wartości miernika Charvata, najwyższe wartości osiągnęły gminy nadmorskie. W gminie wiejskiej Rewal w roku 2020 udzielono 23 051,51 noclegów w przeliczeniu na 100 mieszkańców. Na drugiej pozycji znalazła się gmina miejsko-wiejska Mielno osiągając wartość 18 398,22 udzielonych noclegów na 100 mieszkańców. Tak wysoka wartość miernika Charvata spowodowana jest przede wszystkim liczbą udzielonych noclegów. Świadczy to o dużej popularności i atrakcyjności wśród turystów, a także o bogatej bazie noclegowej. Najniższą wartość nasycenia bazy turystycznej poza gminą Człopa, odnotowały również gminy Gryfice i Stargard, gdzie liczba udzielonych noclegów w przeliczeniu na 100 mieszkańców nie przekroczyła 31 w roku 2020.

Istotnym miernikiem funkcji turystycznej jest wskaźnik gęstości bazy noclegowej, który wyrażany jest przez liczbę miejsc noclegowych w przeliczeniu na km^2, którego wyniki dla gmin w województwie zachodniopomorskim w roku 2020 przedstawiono w tabeli 4.5. Największą gęstość bazy noclegowej wykazywały gminy nadmorskie, wśród których najwyższe wartości odnotowały: Kołobrzeg (1), Rewal (2), Mielno (3), Darłowo (1) i Dziwnów (3). Podobnie jak w przypadku wskaźnika Deferta widoczna była subiektywność miary, wynikająca z uwzględnienia w swojej konstrukcji powierzchni gminy. Najwyższe wartości wskaźnika Deferta i gęstości bazy noclegowej odnotowały te same gminy.

Tabela 4.5. Ranking wybranych gmin województwa zachodniopomorskiego z wartościami wskaźnika gęstości bazy noclegowej (W_{GB})

Gmina	Wskaźnik gęstości bazy noclegowej (W_{GB})
Kołobrzeg (1)	679,92
Rewal (2)	422,14
Mielno (3)	302,65
Darłowo (1)	302,45
Dziwnów (3)	238,63
Ustronie Morskie (2)	148,12
Świnoujście (1)	57,21
Międzyzdroje (3)	51,47
Kołobrzeg (2)	46,81
Szczecin (1)	25,22
Trzebiatów (3)	22,04
Postomino (2)	22,01
Darłowo (2)	22,00
Wałcz (1)	13,42
Koszalin (1)	9,78
Szczecinek (1)	9,44
Stargard (1)	5,65
Złocieniec (3)	3,52
Kamień Pomorski (3)	3,46
Kobylanka (2)	3,44
Czaplinek (3)	3,41
Wolin (3)	2,55
Moryń (3)	2,05
Ińsko (3)	1,51
Kołbaskowo (2)	1,21
Połczyn-Zdrój (3)	1,18
Gościno (3)	0,98
Myślibórz (3)	0,97
Gryfino (3)	0,96
Police (3)	0,96
Drawno (3)	0,87

Ciąg dalszy tabeli 4.5.

Gmina	Wskaźnik gęstości bazy noclegowej (W_{GB})
Drawsko Pomorskie (3)	0,85
Gryfice (3)	0,72
Nowogard (3)	0,72
Biały Bór (3)	0,71
Goleniów (3)	0,60
Mirosławiec (3)	0,58
Łobez (3)	0,56
Tuczno (3)	0,55
Wałcz (2)	0,43
Golczewo (3)	0,38
Kalisz Pomorski (3)	0,37
Stargard (2)	0,28
Malechowo (2)	0,26
Szczecinek (2)	0,24
Człopa (3)	0,14
Stepnica (3)	0,11
Borne Sulinowo (3)	0,10

Źródło: opracowanie własne.

Najniższe wartości pod względem ilości udzielonych noclegów w przeliczeniu na 1 km^2 odnotowały gminy: Borne Sulinowo (3), Stepnica (3) i Człopa (3). W tabeli 4.6. przedstawiono wyniki przeprowadzonej analizy określającej stopień rozwoju funkcji turystycznej w 48 wybranych gminach województwa zachodniopomorskiego.

Tabela 4.6. Zestawienie pozycji określających stopień i wartości rozwoju funkcji turystycznej wybranych gmin województwa zachodniopomorskiego w roku 2020

Rok 2020							
L.p.	Gmina	Poziomy, które określają wskaźniki zagospodarowania przestrzennego		Poziomy, które określają wskaźniki intensywności ruchu turystycznego		W_{RFT}	P_{RFT}
		P_{BD}	P_{GB}	P_{Sch}	P_D		
1.	Drawno (3)	1	1	1	0	0,19	1
2.	Czaplinek (3)	2	1	2	1	0,38	2
3.	Drawsko Pomorskie (3)	1	1	1	0	0,19	1
4.	Kalisz Pomorski (3)	1	0	2	0	0,19	1
5.	Złocieniec (3)	1	1	1	1	0,25	1
6.	Goleniów (3)	0	0	1	1	0,13	1
7.	Nowogard (3)	1	0	1	1	0,19	1
8.	Stepnica (3)	0	0	1	0	0,06	0
9.	Gryfice (3)	1	0	1	0	0,13	1
10.	Rewal (2)	4	4	4	4	1,00	4
11.	Trzebiatów (3)	3	2	2	2	0,56	2

Ciąg dalszy tabeli 4.6.

Rok 2020							
L.p.	Gmina	Poziomy, które określają wskaźniki zagospodarowania przestrzennego		Poziomy, które określają wskaźniki intensywności ruchu turystycznego		W_{RFT}	P_{RFT}
		P_{BD}	P_{GB}	P_{Sch}	P_D		
12.	Gryfino (3)	0	1	1	1	0,19	1
13.	Moryń (3)	1	1	1	1	0,25	1
14.	Dziwnów (3)	4	4	4	4	1,00	4
15.	Golczewo (3)	1	0	1	0	0,13	1
16.	Kamień Pomorski (3)	1	1	2	1	0,31	2
17.	Międzyzdroje (3)	4	4	4	4	1,00	4
18.	Wolin (3)	2	1	1	1	0,31	2
19.	Kołobrzeg (1)	3	4	4	4	0,94	4
20.	Gościno (3)	1	1	1	0	0,19	1
21.	Kołobrzeg (2)	4	3	4	3	0,88	4
22.	Ustronie Morskie (2)	4	4	4	4	1,00	4
23.	Mielno (3)	4	4	4	4	1,00	4
24.	Myślibórz (3)	1	1	1	1	0,25	1
25.	Kołbaskowo (2)	1	1	1	1	0,25	1
26.	Police (3)	0	1	1	1	0,19	1
27.	Darłowo (1)	3	4	3	4	0,88	4
28.	Darłowo (2)	4	2	4	1	0,69	3
29.	Malechowo (2)	1	0	1	0	0,13	1
30.	Postomino (2)	4	2	4	2	0,75	3
31.	Stargard (1)	0	1	1	2	0,25	1
32.	Ińsko (3)	2	1	1	0	0,25	1
33.	Kobylanka (2)	2	1	2	1	0,38	2
34.	Stargard (2)	0	1	1	0	0,13	1
35.	Szczecinek (1)	1	2	1	2	0,38	2
36.	Biały Bór (3)	1	0	1	0	0,13	1
37.	Borne Sulinowo (3)	0	0	1	0	0,06	0
38.	Szczecinek (2)	1	0	1	0	0,13	1
39.	Połczyn-Zdrój (3)	1	1	1	0	0,19	1
40.	Wałcz (1)	1	2	1	2	0,38	2

Ciąg dalszy tabeli 4.6.

Rok 2020							
L.p.	Gmina	Poziomy, które określają wskaźniki zagospodarowania przestrzennego		Poziomy, które określają wskaźniki intensywności ruchu turystycznego		W_{RFT}	P_{RFT}
		P_{BD}	P_{GB}	P_{Sch}	P_{D}		
41.	Człopa (3)	1	0	1	0	0,13	1
42.	Mirosławiec (3)	1	0	1	0	0,13	1
43.	Tuczno (3)	1	0	2	1	0,25	1
44.	Wałcz (2)	1	0	1	0	0,13	1
45.	Łobez (3)	1	0	1	1	0,19	1
46.	Koszalin (1)	1	2	1	2	0,38	2
47.	Szczecin (1)	1	3	1	3	0,50	2
48.	Świnoujście (1)	3	4	4	4	0,94	4

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane wyniki wskazały na znaczącą przewagę gmin, które charakteryzował niski poziom rozwoju. Spośród 48 jednostek terytorialnych poddanych badaniu, 26 osiągnęło wartość wskaźnika W_{RFT} zawierającą się w przedziale (0,10-0,30). Są to gminy bez bezpośredniego dostępu do Morza Bałtyckiego, jak na przykład: Szczecinek (2), Gryfino (3), Stargard (1), Kołbaskowo (2). W zestawieniu ujęto także dwie gminy, które odnotowały zerowy stopień rozwoju funkcji turystycznej w roku 2020 – Stepnica (3) i Borne Sulinowo (3). Bardzo wysoki poziom rozwoju przypisano gminom nadmorskim, osiągającym wartość W_{RFT} z przedziału (0,80-1,00). W grupie tej znalazły się: Rewal (2), Dziwnów (3), Międzyzdroje (3), Kołobrzeg (1), Kołobrzeg (2), Ustronie Morskie (2), Mielno (3), Darłowo (1) i Świnoujście (1).

Na podstawie materiału empirycznego zestawionego w tabeli 4.7. wyznaczono stopień zdefiniowania funkcji turystycznej, który wykorzystano do otrzymania iloczynu dwóch poddanych analizie parametrów, czyli D_{RFT} i P_{RFT}. Dzięki wykonanym obliczeniom uzyskano właściwą miarę syntetyczną oceniającą rozwój funkcji turystycznej w dwóch wymiarach, tj. dwuwymiarowy wskaźnik funkcji turystycznej. Miernik ten przedstawiono za pomocą czterostopniowej skali, co oznacza, że jeśli wartość $W_{W\text{-}Sz}$ zawiera się w przedziale od 0 do 3 to to dany region określany jest jako nieposiadający rozwiniętej funkcji turystycznej. Natomiast wyniki z przedziału między 4 a 6 określa się jako pierwszy stopień rozwoju funkcji turystycznej, a wartości od 7 do 9 jako drugi stopień rozwoju infrastruktury turystycznej. Z kolei wartości równe lub przekraczające 10 traktowane są jako najwyższy stopień rozwoju funkcji turystycznej gminy [Szromek 2013, s. 95].

Dzięki podejściu A. R. Szromka możliwe było dokładniejsze przeanalizowanie funkcji turystycznej w badanym regionie.

Tabela 4.7. Zestawienie wartości wskaźnika rozwoju ($W_{W\text{-}Sz}$) według skali w wybranych gminach województwa zachodniopomorskiego w roku 2020

Gmina	D_{RF} [1]	P_{RF} [2]	$W_{W\text{-}Sz}$ [1] x [2]	Skala rozwoju wskaźnika $W_{W\text{-}Sz}$
Drawno (3)	2	1	2	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Czaplinek (3)	1	2	2	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Drawsko Pomorskie (3)	2	1	2	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Kalisz Pomorski (3)	0	1	0	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Złocieniec (3)	3	1	3	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Goleniów (3)	1	1	1	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Nowogard (3)	2	1	2	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Stepnica (3)	0	0	0	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Gryfice (3)	1	1	1	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Rewal (2)	3	4	12	Najwyższy stopień rozwoju funkcji turystycznej
Trzebiatów (3)	2	2	4	Pierwszy stopień rozwoju funkcji turystycznej
Gryfino (3)	2	1	2	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Moryń (3)	3	1	3	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Dziwnów (3)	3	4	12	Najwyższy stopień rozwoju funkcji turystycznej
Golczewo (3)	1	1	1	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Kamień Pomorski (3)	0	2	0	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Międzyzdroje (3)	3	4	12	Najwyższy stopień rozwoju funkcji turystycznej
Wolin (3)	2	2	4	Pierwszy stopień rozwoju funkcji turystycznej
Kołobrzeg (1)	2	4	8	Drugi stopień rozwoju funkcji turystycznej

Ciąg dalszy tabeli 4.7.

Gmina	D_{RF} [1]	P_{RF} [2]	$W_{W\text{-}Sz}$ [1] x [2]	Skala rozwoju wskaźnika $W_{W\text{-}Sz}$
Gościno (3)	2	1	2	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Kołobrzeg (2)	1	4	4	Pierwszy stopień rozwoju funkcji turystycznej
Ustronie Morskie (2)	3	4	12	Najwyższy stopień rozwoju funkcji turystycznej
Mielno (3)	3	4	12	Najwyższy stopień rozwoju funkcji turystycznej
Myślibórz (3)	3	1	3	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Kołbaskowo (2)	3	1	3	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Police (3)	2	1	2	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Darłowo (1)	1	4	4	Pierwszy stopień rozwoju funkcji turystycznej
Darłowo (2)	0	3	0	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Malechowo (2)	1	1	1	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Postomino (2)	1	3	3	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Stargard (1)	0	1	0	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Ińsko (3)	0	1	0	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Kobylanka (2)	1	2	2	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Stargard (2)	1	1	1	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Szczecinek (1)	1	2	2	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Biały Bór (3)	1	1	1	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Borne Sulinowo (3)	0	0	0	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Szczecinek (2)	1	1	1	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Połczyn-Zdrój (3)	2	1	2	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Wałcz (1)	1	2	2	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Człopa (3)	1	1	1	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Mirosławiec (3)	1	1	1	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej

Ciąg dalszy tabeli 4.7.

Wałcz (2)	1	1	1	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Tuczno (3)	0	1	0	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Łobez (3)	2	1	2	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Koszalin (1)	1	2	2	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Szczecin (1)	1	2	2	Brak rozwiniętej funkcji turystycznej
Świnoujście (1)	2	4	8	Drugi stopień rozwoju funkcji turystycznej

Źródło: opracowanie własne.

W wyniku przeprowadzonych obliczeń uzyskano dwuwymiarowy wskaźnik funkcji turystycznej, który zamieszczono w tabeli 4.7. Podobnie jak w przypadku poszczególnych wskaźników wykorzystywanych podczas badania funkcji turystycznej w wybranych gminach województwa zachodniopomorskiego w roku 2020, najwyższy stopień rozwoju infrastruktury turystycznej osiągnęły gminy położone wzdłuż linii Morza Bałtyckiego. Zestawienie sporządzone według struktury stworzonej przez A.R. Szromka wskazuje, że tylko w wybranych gminach widoczny jest rozwój funkcji turystycznej. Należy jednak mieć na uwadze, że na obszarze województwa zachodniopomorskiego, znajdują się gminy, które charakteryzują się zróżnicowaną atrakcyjnością turystyczną i przestrzenną. Większość gmin nie posiada bezpośredniego dostępu do Morza Bałtyckiego, co w konsekwencji często ze względu na ograniczony potencjał turystyczny, skutkuje brakiem szerokiej oferty noclegów i brakiem rozbudowanej infrastruktury turystycznej. Przykładem może być gmina Police, dla której znaczącą działalnością na terenie gminy są Grupa Azoty Zakłady Chemiczne „Police" SA, zapewniające miejsca pracy dla wielu mieszkańców gminy Police i okolic. Podobnie jest w przypadku gminy Goleniów, gdzie duże znaczenie ma znajdujący się na jej obszarze Goleniowski Park Technologiczny [https://goleniow.biz/ [dostęp: 04.04.2022 r.]], zapewniający miejsca pracy, możliwości rozwoju społeczności lokalnej i absolwentom Uczelni Wyższych oraz specjalistom.

Podsumowując analizę funkcji turystycznej w wybranych gminach województwa zachodniopomorskiego należy zauważyć zdecydowany wpływ walorów naturalnych na poziom rozwoju działalności turystycznej w gminach. Najwyższe wartości charakteryzowały jednostki, które posiadają bezpośredni dostęp do linii brzegowej Morza

Bałtyckiego. Uzupełnieniem dla podstawowych funkcji turystyczny i wskaźnika gęstości bazy noclegowej była miara syntetyczna A. R. Szromka, za pomocą, której potwierdzono, że najbardziej rozwinięta funkcja turystyczna w charakteryzuje gminy nadmorskie, do których zalicza się między innymi: Kołobrzeg (1), Międzyzdroje (3), Rewal (2), Darłowo (1), Ustronie Morskie (2). Najmniejszy poziom rozwoju działalności turystycznej dotyczył gmin oddalonych od Morza Bałtyckiego i innych akwenów, gdzie gospodarka koncentruje się na innych sektorach, czego przykładem mogą być Police (3) lub Goleniów (3).

4.3. Czynniki wpływające na rozwój turystyki zdrowotnej na poziomie lokalnym

Jedną z klasyfikacji czynników rozwoju turystyki zaprezentowali E. Dziedzic i T. Skalska [2012], dzieląc tym samym determinanty na dwie kategorie: ekonomiczne i pozaekonomiczne. Pierwsze z nich zostały zróżnicowane jako cenowe i pozacenowe. Jeden z czynników pozacenowych stanowią dochody społeczeństwa i potencjalnych turystów. Autorzy wyróżnili także czynniki wpływające na podaż ruchu turystycznego, do których zaliczyli między innymi: działalność rządu i samorządów dotyczące polityki turystycznej, czynniki działające w mikrootoczeniu przedsiębiorstw turystycznych oraz czynniki, które występują w makrootoczeniu rynku turystycznego [Dziedzic, Skalska 2012, s. 29-30]. W wyniku działalności obu grup czynników możliwe jest efektywne oddziaływanie na zmiany w turystyce zdrowotnej, między innymi dzięki aktualizowaniu polityki turystycznej w stosunku do zmieniającej się sytuacji na rynku, dokonywaniu zmian w strategii rozwoju wraz ze zmieniającymi się trendami w społeczeństwie.

Turystyka zdrowotna definiowana przez M. Tabacchi [1997] oznacza każdą formę podróży, dzięki której podróżujący, osoby wyjeżdżające lub rodziny tych osób czują się zdrowsi, dostrzegając poprawę stanu zdrowia fizycznego lub psychicznego [Łęcka 2003, s. 173]. Jednym z najważniejszych czynników, które przyczyniają się do rozwoju turystyki zdrowotnej jest sytuacja demograficzna w Polsce. Od kilkudziesięciu lat obserwowany jest trend starzenia się społeczeństwa, któremu towarzyszy pogłębiający się ujemny przyrost naturalny [GUS 2018], wskazujący, że liczba zgonów jest większa od liczby urodzeń żywych. Poza starzeniem się społeczeństwa, rosną oczekiwania ludności dotyczące jakości i długości trwania życia.

W wyniku zmieniającej się sytuacji demograficznej wzrasta potrzeba korzystania z zabiegów, rehabilitacji i usług leczniczych, które mają przyczynić się do poprawy stanu zdrowia w innym miejscu niż szpital, na przykład podczas pobytu uzdrowiskowego lub rehabilitacyjnego w ośrodku nad Morzem Bałtyckim. Ze względu za zainteresowanie tego typu usługami zarówno przez turystów krajowych, jak i zagranicznych obiekty turystyczne i biura podróży dostosowują ofertę do potrzeb klientów, wychodząc naprzeciw ich oczekiwaniom [Łoś 2012, s. 573]. Coraz częściej można spotkać się z ofertami obiektów turystycznych, zawierających pakiety zabiegów spa&wellness lub usługi, z których korzystają kuracjusze podczas pobytów rehabilitacyjnych lub uzdrowiskowych (jak na przykład: krioterapia, okłady borowinowe, fizjoterapia).

Czynnikami wpływającymi na rozwój turystyki uzdrowiskowej, będącej jednocześnie częścią turystyki zdrowotnej według J. Górnej [2010] są zmienne o charakterze społeczno-gospodarczym. Poza wpływem władzy centralnej, odpowiedzialnej za politykę prozdrowotną kraju ważne w kształtowaniu polityki uzdrowiskowej są regulacje prawno-organizacyjne dotyczące turystyki zdrowotnej. Dokonując analizy determinant, które mają znaczący wpływ na rozwój turystyki zdrowotnej nie należy pomijać badań A. Garcia-Alte's, które szczególnie koncentrowały się na charakterze usługowym [Garcia-Alte's 2005, s. 262-266]. Dlatego też ważne jest, aby koncentrować się na monitorowaniu jakości świadczonych usług i ich ważności.

Według G. Gołembskiego [2005] jako główne czynniki rozwoju ruchu turystycznego na poziomie lokalnym uznaje się: wzrost ilości czasu wolnego mieszkańców, rosnący poziom dochodów realnych społeczeństwa, upowszechnienie oświaty i zmian w sferze obyczajów, rozwój środków transportu, trwające procesy o charakterze industrialno-urbanizacyjnym, infrastrukturę i walory turystyczne gospodarki lokalnej, a także politykę turystyczną.

Inną klasyfikację zmiennych wpływających na rozwój turystyki zdrowotnej opisała A. Lewandowska [2007], wykorzystując determinanty podane przez WTO [tabela 4.8.].

Tabela 4.8. Czynniki rozwoju turystyki zdrowotnej według WTO

Czynniki rozwoju turystyki zdrowotnej		
ekonomiczne	społeczno-psychologiczne	podażowe
Ogólnogospodarcze: • charakterystyka sytuacji ekonomicznej, • struktura społeczna, zmieniająca się pod wpływem sytuacji gospodarczej kraju.	*Demograficzne:* • rosnąca liczba osób w starszym wieku, • wielkość i model rodziny, • wykształcenie społeczeństwa, • struktura ludności według wieku • aktywność zawodowa	*Prawne i polityczne:* • umowy dotyczące międzynarodowej turystyki zdrowotnej, • regulacje prawne dotyczące turystyki, • krajowe plany rozwoju turystyki zdrowotnej.
Dochodowe: • kredyty i pożyczki, • realne dochody, • oszczędności, • środki przeznaczone na konsumpcję.	*Geograficzne:* • miejsce zamieszkania, • rozmieszczenie ośrodków turystyki zdrowotnej a ośrodków emisji, • wielkość destynacji turystyki zdrowotnej, • sytuacja etniczno-sentymentalna obszaru.	*Transportowe:* • dostosowanie transportu do potrzeb osób niepełnosprawnych, • udział poszczególnych gałęzi transportu w obsłudze ruchu turystyki zdrowotnej, • miernik motoryzacji indywidualnej.
Cenowe: • stosunek ceny do jakości świadczonych usług zdrowotnych, • użyteczność usług turystyki zdrowotnej.	*Czas wolny:* • znajomość kalendarza pobytów i urlopów różnych grup społecznych i wiekowych, • dostosowanie czasu pobytu w ośrodkach turystycznych do poszczególnych grup gości w zależności od wieku i grup zawodowych.	*Organizatorzy turystyki zdrowotnej*
	Industrializacyjne	**Infrastrukturalne**
	Kulturalne: • poziom wykształcenia ludności, • wykorzystanie czasu wolnego, • formy spędzania czasu wolnego.	*Przedsiębiorcze:* • udział przedsiębiorstw turystycznych w podaży turystycznej, • system podatkowy, • alternatywne możliwości inwestycyjne, • koszty siły roboczej.
	Motywacyjne: • poprawa zdrowia fizycznego i psychicznego, • rehabilitacja, • przyspieszenie rekonwalescencji po chorobie, • relaks, • odpoczynek.	*Państwowe:* • stosunki gospodarcze wpływające na turystykę, • stosunki międzynarodowe, • interwencjonizm państwa w rozwój gospodarki, • wpływ państwa na rozwój turystyki zdrowotnej.

Ciąg dalszy tabeli 4.8.

	Industrializacyjne	**Infrastrukturalne**
	Pozaekonomiczne: • efekt demonstracji, • rosnąca świadomość prozdrowotna, • rosnąca świadomość ekologiczna.	

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Lewandowska 2007].

Czynniki sklasyfikowane przez A. Lewandowską [2007] odnoszą się do rozwoju turystyki zdrowotnej w kraju, natomiast można również analizować je w odniesieniu do poziomu lokalnego, jak na przykład: czynniki demograficzne, gospodarcze, pozaekonomiczne, czy też dotyczące infrastruktury. Podobnej klasyfikacji, dzieląc czynniki na ekonomiczne i społeczno-psychologiczne, dokonał S. Wodejko [1998]. Autor wskazał, że istotnymi elementami wpływającymi na rozwój turystyki zdrowotnej po stronie podażowej są konieczność opracowywania innowacyjnych produktów i usług oraz kształtowanie kompleksowej oferty leczniczo-wypoczynkowej, co daje możliwość połączenia wyjazdów turystycznych z dbałością o kondycję fizyczną i psychiczną [Wodejko 1998].

Czynników wpływających na rozwój turystyki zdrowotnej można doszukiwać się wśród motywacji uczestników turystyki. Biorąc pod uwagę turystykę medyczną, jednym z najważniejszych elementów decydujących o wyborze destynacji turystycznej jest indywidualna opinia o ośrodku, lekarzu i stosowanej metodzie leczniczej, jednak istotnym aspektem jest także stosunek jakości do ceny świadczonych usług, a także poziom innowacyjności [Connell 2011]. Dlatego też istotna jest dbałość o infrastrukturę obiektów turystyki zdrowotnej i pozyskanie najlepszych specjalistów, co istotnie zwiększy renomę tych miejsc i przyczyni się do wzrostu atrakcyjności turystycznej.

Lokalizacja i otoczenie obiektów świadczących usługi z zakresu turystyki zdrowotnej są kluczowym aspektem rozwoju. Jednym z elementów, na które uczestnicy turystyki zwracają szczególną uwagę są warunki przyrodnicze, do których zalicza się głównie: świeże powietrze, bliskość parków i lasów, złoża surowców naturalnych, mikroklimat, indywidualną specyfikę poszczególnych obiektów turystycznych, atrakcyjność turystyczną destynacji, wpływającą na wzrost ruchu turystycznego na danym obszarze oraz ofertę usług świadczonych przez obiekty, dostosowaną do potrzeb rynku, pozwalającą na szybszą regenerację ciała i duszy [Czaja i in. 2018].

Ze względu na fakt, że do turystyki zdrowotnej zalicza się turystykę medyczną, kluczowe dla jej rozwoju jest: budowanie wykwalifikowanej kadry medycznej, wyposażanie ośrodków w najnowocześniejsze sprzęty i urządzenia medyczne, wykorzystywanie najnowocześniejszych zabiegów z zakresu medycyny, rehabilitacji, spa&wellness [Demków, Sulich 2019]. Wymienione innowacyjne rozwiązania traktowane są jako jedno z najistotniejszych źródeł budowania przewagi konkurencyjnej destynacji turystycznych [Pakulska, Rutkowska 1998]. Warto dodać, że innowacje w turystyce medycznej rozpowszechniają się w szybkim tempie, głównie chodzi o innowacje: techniczne, organizacyjne i marketingowe [Biernacka 2014, s. 263].

Według W. Alejziaka wpływ na kształtowanie turystyki zdrowotnej, jak i innych form mają czynniki ekologiczne. Autor uważa, że sektor turystyki jest całkowicie uzależniony od atrakcyjności lokalnych zasobów naturalnych, w związku z czym konieczna jest troska i dbałość o utrzymanie środowiska przyrodniczego w stanie nienaruszonym oraz bez ingerencji antropologicznej. Aspekty ekologiczne są priorytetem dla wielu państw na świecie, przez co wprowadzają zasady zrównoważonego rozwoju w swoich gospodarkach [Alejziak 2000]. Z punktu widzenia turystyki zdrowotnej aspekt ekologiczny i środowisko są szczególnie ważne, ponieważ wiąże się to między innymi z walorami przyrodniczymi, które są wykorzystywane w trakcie świadczonych usług (jak na przykład: jod, torf borowinowy, wody mineralne solankowe).

Jednym z celów uprawiania turystyki jest odpoczynek i rekreacja, oderwanie od codziennych obowiązków. Dlatego też w turystyce dostrzeżono znaczenie zdrowotne. Do rozwoju turystyki zdrowotnej przyczyniają się zmieniające trendy w społeczeństwie. Coraz częściej ludzie poszukują miejsc odpoczynku i regeneracji, dodatkowo korzystając z szerokiego zakresu zabiegów spa&wellness, przyczyniającymi się między innymi: do poprawy kondycji fizycznej skóry i ciała człowieka [Łobożewicz 1988, s. 8]. Turystyka zdrowotna rozwija się szczególnie na terenach, gdzie nie doszło jeszcze do wpływu szkodliwych czynników i niszczenia warunków naturalnych.

Światowa Organizacja Turystyki wyodrębniła około 130 czynników kształtujących rozwój branży turystycznej. Jednak z punktu widzenia aspektu zdrowotnego znaczenie ma przede wszystkim: rozwój środków przepływu informacji, który zapewnia społeczeństwu lepszy przekaz ofert destynacji turystycznych, rozwój środków transportu, który umożliwia dotarcie turystom zdrowotnym do obszarów, które jeszcze kilkanaście lat temu były trudno dostępne, ze względu na brak możliwości dojazdu komunikacją bądź samochodem

osobowym [Balińska 2009, s. 140]. Do rozwoju form turystyki zdrowotnej na poziomie lokalnym wpływ mają przede wszystkim zmiany psychospołeczne, spowodowane obserwowaną modą na całym świecie, dotyczącą dbania o swoje zdrowie i ciało, zdrowego odżywiania. Duże znaczenie ma też styl życia społeczeństwa, ponieważ ludzie stają się bardziej odpowiedzialni za swoje nawyki, zdrowie, styl życia, przez co szukają możliwości jego poprawy, polepszenia kondycji ciała fizycznego, korzystając z ofert turystyki zdrowotnej, łącząc na przykład wyjazd nad morze wraz z pobytem rehabilitacyjnym. Turyści uczą się w ten sposób jak poprawić swoje życie w kontekście ogólnego samopoczucia, zdrowia i urody [Sanjay, Ajmeri 2012, s. 11].

Wzrost mobilności społeczeństwa przyczynia się do konieczności rozbudowy infrastruktury drogowej. Jednak dzięki możliwemu połączeniu między destynacją turystyki zdrowotnej a lotniskiem wzrastają szanse uczestnictwa w turystyce osób z zagranicy. Głównym środkiem transportu wykorzystywanym przez turystów są samochody osobowe bądź połączenia komunikacji masowej – transport kolejowy lub transport autobusowy. Korzystnie na rozwój turystyki wpływa także odległość od dróg ekspresowych i autostrad. Coraz więcej obiektów jednak zawiera w swojej ofercie usługę odebrania swoich kuracjuszy/turystów z dworca PKP, PKS bądź lotniska za dodatkową opłatą, która nie jest uwzględniona w koszcie pobytu [Lubowiecki-Vikuk 2011, s. 128-130].

Duży wpływ na rozwój turystyki zdrowotnej ma stale rozwijająca się moda na korzystanie z coraz bardziej niekonwencjonalnej i jak najmniej inwazyjnej oferty profilaktyki zdrowotnej [Łęcka 2003, s. 175]. Rośnie liczba portali internetowych, które promują i rozpowszechniają informacje o ośrodkach medycznych. Dzięki wykorzystaniu Internetu możliwe jest dotarcie do jak największej grupy odbiorców. Chcąc zachęcić turystów zagranicznych, konieczne jest utrzymanie wysokiego standardu i jakości, a także profesjonalizm i doświadczenie personelu świadczącego zabiegi w ramach uczestnictwa w turystyce zdrowotnej.

Biorąc pod uwagę czynniki, które istotnie wpływają na rozwój turystyki zdrowotnej należy przede wszystkim uznać aspekt ekonomiczny, z którym związane są nie tylko płace społeczeństwa, ale również stopa bezrobocia, ceny i bilans płatniczy. Jeśli koniunktura gospodarcza ulegnie pogorszeniu popyt na usługi turystyki zdrowotnej może ulec obniżeniu. Z punktu widzenia demograficznego, trend związany ze starzeniem się społeczeństwa powoduje, że ilość potencjalnych klientów usług zdrowotnych wzrasta.

Na rozwój turystyki zdrowotnej wpływa także działalność samorządów terytorialnych, która nie tylko odpowiada za strategie rozwoju, ale i wpływa na ruch turystyczny, monitorując stan infrastruktury turystycznej. Szczególnie dotyczy to połączenia sieci komunalnej i wodociągowej oraz odpowiedniej infrastruktury dojazdowej do miejscowości turystycznej.

4.4. Wpływ turystyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim na rozwój lokalny

Podejmując próbę zbadania wpływu turystyki zdrowotnej na rozwój lokalny, dokonano analizy gmin uzdrowiskowych w województwie zachodniopomorskim, uwzględniając w niej takie parametry jak: liczbę obiektów świadczących usługi z tego zakresu i liczbę miejsc noclegowych oraz turystów. Zbiór gmin poddanych badaniu na tym etapie został ograniczony w sposób celowy do jednostek terytorialnych charakteryzujących się występowaniem na swoim obszarze działalnością turystyki zdrowotnej. Wyniki tego badania przedstawiono w tabeli 4.9. Analiza objęła lata: 2010, 2012, 2016, 2020. Najwięcej obiektów uzdrowiskowych zlokalizowanych jest na terenie powiatu kołobrzeskiego, który określa się jako stolicę turystyki uzdrowiskowej. Na drugim miejscu pod względem liczebności obiektów znajduje się Świnoujście. Łączna liczba ośrodków w Kołobrzegu i Świnoujściu stanowiła 80% wszystkich obiektów turystyki uzdrowiskowej w regionie w roku 2020.

Biorąc pod uwagę liczbę miejsc noclegowych ponownie najwięcej znajduje się na terenie powiatu kołobrzeskiego, ale na drugim miejscu przed miastem Świnoujście znalazł się powiat sławieński z gminą Postomino, na terenie której znajduje się Health Resort Panorama Morska w Jarosławcu. Jest to ośrodek, który poza pobytami wypoczynkowymi świadczy zarówno usługi rehabilitacyjne, jak i z zakresu spa&wellness. Liczba miejsc noclegowych uległa niewielkiemu obniżeniu w roku 2020 w stosunku do 2016 między innymi w powiacie kołobrzeskim, gdzie liczba miejsc noclegowych w Kołobrzegu wyniosła 6 319 i 1 236 w gminie Postomino. Warto zauważyć, że pomimo ogłoszonego stanu pandemii w Polsce w roku 2020 liczba noclegów w Kołobrzegu i Postominie wzrosła w stosunku do roku 2016, co wskazuje na rozbudowę istniejących już ośrodków, ponieważ liczba obiektów uzdrowiskach się nie zwiększyła. Najmniej miejsc noclegowych w 2020 oferował turystom: Kamień Pomorski (187 miejsc noclegowych), Ustronie Morskie (189 miejsc noclegowych) i Połczyn Zdrój (219 miejsc

noclegowych). Z kolei analizując liczbę turystów uzdrowiskowych widać istotny spadek w roku 2020 w stosunku do roku 2016. W powiecie kołobrzeskim był to spadek z 142 687 osób w 2016 roku do 59 451 osób w roku 2020, natomiast w Świnoujściu liczba kuracjuszy zmniejszyła się w 2020 roku o około 50% w stosunku do 2016. Dane liczbowe dotyczące liczby turystów uzdrowiskowych gromadzone są w odstępie kilkuletnim, stąd trudność w ocenie sytuacji w roku 2019, ze względu na brak dostępnych danych. Należy jednak zaznaczyć, że rok 2020 był okresem wielu zmian w gospodarce, spowodowanych pandemią COVID-19. Skutkowało to ograniczeniem funkcjonowania działalności między innymi podmiotów turystycznych, do których zaliczają się również podmioty uzdrowiskowe czy hotelowe (w tym przypadku wprowadzono ścisłe restrykcje, dotyczące na przykład możliwości korzystania z noclegów, jeśli przebywa się w podróży służbowej). Szczególnie widoczne wpływ tych ograniczeń funkcjonowania w roku 2020 w porównaniu do 2016. Wartość udzielonych noclegów ogółem zmniejszyła się z 209 318 noclegów do 87 873, z czego ponownie najwięcej udzielono w Kołobrzegu (52 911), Świnoujściu (9 769) i Postominie (6 682). Miejscowości, w których znajdowały się obiekty uzdrowiskowe odnotowały spadek liczby udzielonych noclegów w stosunku do roku 2016 przekraczający nawet 60%.

Sytuacja pandemiczna nie tylko w Polsce, ale i w Europie spowodowała również spadek liczby przyjazdów kuracjuszy z zagranicy do analizowanych miejscowości. Był to spadek z 45 783 turystów zagranicznych w 2016 do 14 561 osób w 2020. W samym Kołobrzegu liczba ta zmniejszyła się prawie 5 – krotnie. W latach 2010-2020 widoczne było zwiększenie atrakcyjności turystycznej wśród turystów spoza kraju, o czym świadczył wzrost udzielonych noclegów z 15 (2012 r.) do 481 (2016 r.). Wśród turystów zagranicznych, największą popularnością ponownie cieszył się Kołobrzeg i Świnoujście. Liczba noclegów udzielonych ogółem w województwie zachodniopomorskim w 2020 roku wyniosła 987 649, z czego 610 209 noclegów zrealizowano w Kołobrzegu, co potwierdza, że jest stolicą turystyki zdrowotnej w północnej części kraju. Najmniej noclegów udzielono w gminie Postomino, należącej do powiatu sławieńskiego. Rok 2020 odnotował znaczne ograniczenie mobilności kuracjuszy uzdrowiskowych z zagranicy spowodowanych koniecznością wykonywania testów, odbywaniem kwarantanny, jak i czasowym zawieszeniem możliwości wyjazdów do poszczególnych krajów. Świadczy o tym przede wszystkim duży spadek udzielonych noclegów, w 2016 było ich 2 553 218 miejsc, a w 2020 liczba ta nie przekroczyłam 1 mln.

Zarówno liczba udzielonych noclegów ogółem, jak i liczba udzielonych noclegów turystom zagranicznym, ukazała podobną zmianę, ponieważ ponownie zauważony został znaczący spadek udzielonych noclegów w roku 2020. W przypadku noclegów udzielonych w Kołobrzegu, był to spadek z 1 636 268 noclegów do 685 629.

Uwzględniając zmiany, jakie zachodziły w latach 2010-2020 w poszczególnych miejscowościach, w których występują obiekty turystyki uzdrowiskowej należy zauważyć, że największe zmiany widoczne były w roku 2020. Był to rok specyficzny w wyniku wystąpienia wirusa COVID-19. Skutkowało to ograniczeniem funkcjonowania podmiotów gospodarczych, co w konsekwencji zaburzyło i ograniczyło system działalności między innymi podmiotów uzdrowiskowych, co odzwierciedla liczba udzielonych noclegów, liczba turystów ogółem, czy liczba turystów zagranicznych. W pozostałym analizowanym okresie 2010-2016 widać niewielkie zmiany wartości, jednak mimo to największe różnice zaobserwowano w 2020.

Tabela 4.9. Charakterystyka turystyki uzdrowiskowej w województwie zachodniopomorskim

	L. obiektów uzdrowiskowych				Miejsca noclegowe				Liczba turystów zakładów uzdrowiskowych ogółem				Liczba turystów zagranicznych w zakładach uzdrowiskowych				Udzielone noclegi ogółem				Udzielone noclegi turystom zagranicznym			
Powiat/ miejscowość	2010	2012	2016	2020	2010	2012	2016	2020	2010	2012	2016	2020	2010	2012	2016	2020	2010	2012	2016	2020	2010	2012	2016	2020
OGÓŁEM	*47*	*40*	*48*	*45*	*11890*	*9 266*	*10 620*	*9 748*	*213469*	*165 234*	*209 318*	*87 873*	*49995*	*25 407*	*45 783*	*14 561*	*2 470 210*	*2 202 544*	*2 553 218*	*987 649*	*545692*	*276 878*	*419 647*	*103 467*
Powiat Kamieński	1	2	2	1	287	1 101	825	293	4 552	11 460	14 045	5 588	654	649	592	397	40 882	192 448	164 313	39 826	7 087	5 988	6 139	4 927
Kamień Pomorski*	0	1	2	1	287*	831	541	187	4 552	5 406	7 349	5 532	654	649	592	397	40 882	145 891	124 685	35 769	7 087	5 988	6 139	4 927
Powiat Kołobrzeski	24	21	25	24	8 111	5 282	6 794	6 508	151 422	106 992	142 687	59 451	39 145	22 626	36 572	7 325	1 736 597	1 394 387	1 759 428	685 629	439 382	254 722	386 917	84 392
Kołobrzeg	23	20	24	24	7 951	5 117	6 218	6 319	148 821	103 457	138 406	52 911	39 115	22 611	36 091	6 879	1 707 166	1 357 302	1 636 268	610 209	439 108	254 530	385 429	
Ustronie Morskie	1	1	1	1	160	165	576	189	2 601	3 535	4 281	2 540	30	15	481	446	29 431	37 085	123 160	75 420	274	192	1 488	
Powiat Koszaliński	2	0	1	2	214	-	-	-	4 082	-	-	-	88	-	-	-	38 635	-	-	-	1 218	-	-	-
Mielno	2	0	1	2	214	-	-	-	4 082	-	-	-	88	-	-	-	38 635	-	-	-	1 218	-	-	-
Powiat Sławieński	2	3	4	3	1 619	1 816	1 812	1 768	24 221	25 070	28 136	10 331	98	320	104	36	279 920	307 109	270 442	46 613	473	2 807	892	743
Darłowo	1	2	3	2	419	616	634	530	12 084	14 201	12 662	3 649	98	320	104	36	124 911	169 937	162 385	39 121	473	2 807	892	743
Postomino	1	1	1	1	1 200	1 200	1 178	1 236	12 137	10 869	15 474	6 682	-	-	-	-	155 009	137 172	108 057	7 492	-	-	-	
Powiat Świdwiński	3	3	3	3	175	182	247	219	4 214	4 667	6 108	2 734	894	508	912	276	52 533	56 656	61 519	25 734	9 915	5 384	6 327	4 698
Połczyn Zdrój	3	3	3	3	175	182	247	219	4 214	4 667	6 108	2 734	894	508	912	276	52 533	56 656	61 519	25 734	9 915	5 384	6 327	
Świnoujście	15	11	13	12	1 484	885	942	975	24 978	17 045	18 342	9 769	9 116	1 304	7 603	6 527	321 643	251 944	297 516	189 847	87 617	7 977	19 372	13 491

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS [2021].

Podobne badania w roku 2016 przeprowadzili T. Zienkiewicz, K. Gruszczyńska i E. Zienkiewicz, którzy dokonali analizy turystyki uzdrowiskowej w województwie lubelskim, wykorzystując dane statystyczne pochodzące z GUS. W swojej pracy przedstawili charakterystykę sektora uzdrowiskowego w Polsce z podziałem na województwa, zamieszczając między innymi dane dotyczące liczby: zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, łóżek, kuracjuszy stacjonarnych, cudzoziemców [Zienkiewicz, Gruszczyńska, Zienkiewicz 2016, s. 141-144]. Otrzymane wyniki wskazywały na zmianę trendów dotyczących liczby pełnopłatnych kuracjuszy, wskazując tym samym na wzrost świadomego dbania o zdrowie. Zaobserwowano zmiany w ilości realizowanych zabiegów, w których zaczęto wykorzystywać postęp technologiczny (szczególnie w medycynie rehabilitacyjnej lub uzdrowiskowej), co przyczyniło się między innymi do spadku realizowanych zabiegów wodolecznictwa.

Dokonując próby oceny roli turystyki zdrowotnej w rozwoju lokalnym wybrano w sposób celowy gminy województwa zachodniopomorskiego, w których znajdują się obiekty hotelowe z zapleczem rehabilitacyjnym i/lub spa&wellness oraz obszary posiadające status uzdrowiska. W badaniu posłużono się analizą zmiennych o charakterze społeczno-gospodarczym i turystycznym. Według badań, które przeprowadzono w Finlandii i Norwegii na szczeblu gminnym i regionalnym wykazano, że działalność turystyczna znacznie korzystniej wpływa na rozwój społeczno-gospodarczy w większych destynacjach w porównaniu do małych obszarów. Zdaniem badaczy, spowodowane jest to niejednorodną strukturą gospodarki lub wyższym potencjałem kapitału [Gałecki 2004].
Problem oceny roli działalności turystycznej w kontekście rozwoju społeczno-ekonomicznego nie jest zagadnieniem prostym do zweryfikowania. Działania skupiają się na wybranych czynnikach z zastosowaniem wybranych metod przetwarzania danych. Zakres doboru zmiennych, które najlepiej zobrazują wpływ turystyki i turystyki zdrowotnej na sytuację społeczno-gospodarczą i wybrania najbardziej odpowiedniej metody stanowi kwestię dyskusyjną w świetle nauki. W zależności od przyjętych w badaniu założeń badawczych i celu, zmianie ulega nie tylko liczba i rodzaj przyjętych elementów do badania, ale również wybór właściwej metody do przetworzenia danych [Januszewska, Nawrocka 2015, s. 25].

Na potrzeby realizacji założonych badań, analizę przeprowadzono w oparciu o wybrane czynniki, które następnie poddano normalizacji. Otrzymane dane zastosowano do obliczeń Taksonomicznego Miernika Rozwoju. Przebieg procedury opisano w rozdziale 1 rozprawy. Zbiór obiektów do badania zawierał 32 gminy województwa zachodniopomorskiego, które opisano za pomocą zmiennych zamieszczonych w tabeli 4.10.

Przy doborze cech wykorzystano metodą doboru celowego, dzięki której wybrano 12 zmiennych [tab. 4.10.]. W badaniu nad znaczeniem turystyki zdrowotnej w rozwoju lokalnym uwzględniono czynniki związane z: finansami publicznymi – dochody ogółem na 1 mieszkańca, ruchem turystycznym – Turyści krajowi korzystający z noclegów w wybranych obiektach turystyki zdrowotnej, Turyści zagraniczni korzystający z noclegów w wybranych obiektach turystyki zdrowotnej, infrastrukturą turystyczną – liczba obiektów hotelowych, które świadczą zabiegi rehabilitacyjne i usługi spa&wellness. Wydatki gminy na turystykę według działu 630 – Turystyka Klasyfikacji Budżetowej. Następnie określono charakter zmiennych diagnostycznych, które poddano analizie współczynnika zmienności [tab. 4.10.].

Tabela 4.10. Zmienne diagnostyczne wybrane do badania wpływu turystyki zdrowotnej na rozwój lokalny

Oznaczenie zmiennej diagnostycznej	Zmienna diagnostyczna	Charakter zmiennej diagnostycznej	Współczynnik zmienności
X_1	Dochody ogółem na 1 mieszkańca	Stymulanta	34,49
X_2	Wydatki gminy na turystykę według działu 630-Turystyka Klasyfikacji Budżetowej	Stymulanta	326,17
X_3	Liczba podmiotów gospodarczych na 1000 ludności	Stymulanta	44,95
X_4	Udział wydatków inwestycyjnych w wydatkach ogółem gminy	Stymulanta	64,06
X_5	Udział bezrobotnych w liczbie osób w wieku produkcyjnym	Destymulanta	39,61
X_6	Liczba pracujących na 1000 ludności	Stymulanta	38,24
X_7	Liczba obiektów hotelowych, które świadczą zabiegi rehabilitacyjne	Stymulanta	169,50
X_8	Liczba obiektów hotelowych, które świadczą usługi spa&wellness	Stymulanta	204,14
X_9	Powierzchnia lasów	Stymulanta	102,17
X_{10}	Powierzchnia obszarów prawnie chronionych	Stymulanta	134,94
X_{11}	Turyści krajowi korzystający z noclegów w wybranych obiektach turystyki zdrowotnej	Stymulanta	305,22
X_{12}	Turyści zagraniczni korzystający z noclegów w wybranych obiektach turystyki zdrowotnej	Stymulanta	297,87

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 4.10. zamieszczono również oznaczenia poszczególnych zmiennych, wśród których znalazła się jedna destymulanta (X_5 – Udział bezrobotnych w liczbie osób w wieku produkcyjnym). Dokonano obliczeń wartości współczynnika zmienności wszystkich cech diagnostycznych, z którego wynika, że dla przeważającej części zmiennych, wartość dla poszczególnych gmin jest większa niż 100, co wskazuje na silnie zróżnicowanie

[https://obliczeniastatystyczne.pl/wspolczynnik-zmiennosci/ [dostęp: 16.05.2022]] lub przeciętnie zróżnicowana. Największy współczynnik zmienności wykazała zmienna x_2 – Wydatki gminy na turystykę według działu 630-Turystyka Klasyfikacji Budżetowej, oznaczająca silną dysproporcje wynikającą z nierównomiernego wydatkowania środków na działalność turystyczną zgodnie z Klasyfikacją Budżetową. Najmniejsze zróżnicowanie wykazała zmienna X_1 – Dochody ogółem na 1 mieszkańca, dla której współczynnik zmienności wyniósł w 2020 roku 34,49, co wskazuje na przeciętne różnice w dochodach pomiędzy gminami. Około 10-krotnie wyższe wartości współczynnika odnotowały zmienne dotyczące turystów krajowych i zagraniczny, korzystających z obiektów turystyki zdrowotnej.

W wyniku przeprowadzonego badania, dotyczącego konstrukcji Taksonomicznego Miernika Rozwoju otrzymano wyniki uporządkowania wybranych gmin województwa zachodniopomorskiego według wpływu turystyki na rozwój lokalny [tab. 4.11.].

Tabela 4.11. Wyniki uporządkowania gmin według wartości TMR - z_i

L.p.	Nazwa	Z_i
1.	Kołobrzeg (1)	0,7171
2.	Świnoujście (1)	0,6884
3.	Rewal (2)	0,6174
4.	Szczecin (1)	0,5129
5.	Ustronie Morskie (2)	0,5053
6.	Goleniów (3)	0,4935
7.	Drawsko Pomorskie (3)	0,4381
8.	Dobra (Szczecińska) (2)	0,4358
9.	Międzyzdroje (3)	0,3914
10.	Mielno (3)	0,3869
11.	Darłowo (2)	0,3009
12.	Kołobrzeg (2)	0,2677
13.	Kołbaskowo (2)	0,2664
14.	Barlinek (3)	0,2385
15.	Myślibórz (3)	0,2309
16.	Dziwnów (3)	0,2202
17.	Postomino (2)	0,2147
18.	Koszalin (1)	0,2038
19.	Police (3)	0,2025
20.	Połczyn-Zdrój (3)	0,1725
21.	Cedynia (3)	0,1668
22.	Nowogard (3)	0,1607
23.	Świeszyno (2)	0,1549
24.	Polanów (3)	0,1500
25.	Rymań (2)	0,1479
26.	Biesiekierz (2)	0,1363

Ciąg dalszy tabeli 4.11.

L.p.	Nazwa	Z_i
27.	Stargard (1)	0,1326
28.	Pyrzyce (3)	0,1108
29.	Łobez (3)	0,1078
30.	Darłowo (1)	0,1074
31.	Szczecinek (1)	0,1038
32.	Kamień Pomorski (3)	0,0719

Źródło: opracowanie własne.

Zbiór wybranych do badania gmin został podzielony pomiędzy 4 grupy klasyfikacyjne, z których 1 oznaczała najlepsze gminy, 2 – dobre gminy, 3 – przeciętne, a 4 – najgorsze [tab. 4.12.]. W wyniku przeprowadzonej metody klasyfikacji opartej na odchyleniu standardowym ($s_z = 0{,}229$) i średniej arytmetycznej ($\bar{z} = 0{,}425$) otrzymano następujące grupy:

Tabela 4.12. Wyniki grupowania gmin po zastosowaniu TMR

Numer grupy	Nazwa gminy
Grupa 1 (najlepsza)	Kołobrzeg (1), Świnoujście (1)
Grupa 2 (dobra)	Drawsko Pomorskie (3), Dobra (Szczecińska) (2), Rewal (2), Ustronie Morskie (2), Goleniów (3), Szczecin (1)
Grupa 3 (przeciętna)	Międzyzdroje (3), Mielno (3), Kołobrzeg (2), Kołbaskowo (2), Barlinek (3), Myślibórz (3), Dziwnów (3), Postomino (2), Koszalin (1), Police (3), Darłowo (2)
Grupa 4 (słaba)	Połczyn Zdrój (3), Cedynia (3), Nowogard (3), Świeszyno (2), Polanów (2), Rymań (2), Stargard (1), Pyrzyce (3), Łobez (3), Darłowo (1), Szczecinek (1), Kamień Pomorski (3)

Źródło: opracowanie własne.

Z przeprowadzonych badań wynika, że spośród 32 badanych gmin województwa zachodniopomorskiego na podstawie zestawu dobranych cech diagnostycznych, w roku 2020 największą rolę turystyki zdrowotnej w sytuacji społeczno-gospodarczej gospodarki lokalnej odgrywały dwie gminy uzdrowiskowe – Kołobrzeg (1) i Świnoujście (1), które znalazły się w grupie pierwszej (charakteryzującej się największym wpływem turystyki zdrowotnej na rozwój lokalny) [tab. 4.12.]. Kamień Pomorski i Połczyn Zdrój znalazły się w czwartej grupie klasyfikacyjnej – charakteryzującej się najniższym wpływem turystyki zdrowotnej na rozwój lokalny. Spowodowane było to przede wszystkim niskim poziomem dochodów ogółem na 1 mieszkańca i minimalnymi wydatkami gminy na turystykę według Klasyfikacji Budżetowej. Warto jednak wspomnieć, że wśród analizowanych obszarów, nie wszystkie posiadają bezpośredni dostęp do linii Morza Bałtyckiego, natomiast gmina

Rewal (2), znajdująca się w drugiej grupie, jest to popularna wśród turystów destynacja turystyczna, w której działalność nie koncentruje się na usługach uzdrowiskowych. Można natomiast skorzystać z oferty ośrodków, które posiadają w ofercie zabiegi spa&wellness. Mimo sezonowości w regionie nadmorskim, turystyka w gminie Rewal (2) jest uprawiana w niektórych obiektach przez cały rok (na przykład: Hotel Sandra SPA w Pogorzelicy, który oferuje zabiegi spa&wellness i rozbudowane centrum odnowy biologicznej oraz aquapark.

W grupie drugiej, znalazło się również Drawsko Pomorskie (3), którego wysoka wartość TMR spowodowana była przez dużą powierzchnię lasów i obszarów prawnie chronionych. Najwyższy wpływ turystyki zdrowotnej na rozwój lokalny widoczny jest w gminie Kołobrzeg i Świnoujście, które to gminy, znalazły się w pierwszej grupie klasyfikacyjnej. Turystyka zdrowotna, a szczególnie turystyka uzdrowiskowa jest istotna dla rozwoju lokalnego szczególnie w gminach posiadających status uzdrowiska, czyli: Kołobrzeg, Świnoujście, Połczyn Zdrój, Kamień Pomorski i Dąbki. Kołobrzeg ze względu na największą liczbę obiektów uzdrowiskowych stanowi stolicę uzdrowiskową północno-zachodniej części Polski, jednak na jego terenie poza obiektami uzdrowiskowymi funkcjonują również hotele z zapleczem odnowy biologicznej (na przykład: Hotel Aquarius, Hotel Diva), stanowiące jeden z elementów turystyki zdrowotnej. Warto dodać, że dokonując analizy podstawowych parametrów turystyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim widoczny był wyraźny spadek w roku 2020, co związane było z pandemią i wprowadzonym lockdownem, w wyniku którego zakłady uzdrowiskowe były zamknięte przez 210 dni.

ROZDZIAŁ V. SYSTEMATYZACJA GMIN WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO Z WYKORZYSTANIEM WSKAŹNIKÓW SPOŁECZNO-GOSPODARCZYCH I TURYSTYCZNYCH

5.1. Społeczno-gospodarcze uwarunkowania funkcjonowania województwa zachodniopomorskiego

Województwo zachodniopomorskie położone jest w północno-zachodniej części Polski. Posiada bezpośredni dostęp do linii brzegowej Morza Bałtyckiego i Zalewu Szczecińskiego. Na terenie województwa, które zajmuje 22 902 km^2 znajduje się 113 gmin, z czego 47 stanowią gminy wiejskie, 55 – gminy miejsko-wiejskie i 11 – gminy miejskie.

Rys. 5.1. Mapa administracyjna gmin województwa zachodniopomorskiego

Źródło: Wydawnictwo Edukacyjne Wiking, licencja: CC BY 3.0.

Na terenie województwa znajdują się trzy miasta na prawach powiatu – Szczecin, Świnoujście i Kołobrzeg. Gminy stanowią podstawową jednostkę podziału terytorium, zamieszkiwanych przez wspólnotę samorządową [Milczarek 1999, s. 11]. Samo zdefiniowanie celów samorządów terytorialnych, jakimi są gminy, skierowane jest na zapewnienie społeczności lokalnej jak najwyższego standardu życia. Jakość życia mieszkańców zależna jest od oferowanych i dostarczanych usług publicznych. Czynniki te dzielą się na zależne i niezależne. Jednym z czynników niezależnych jest na przykład: dostęp do zasobów naturalnych lub ukształtowanie terenu [Waśniewska 2015, s. 276].

Kolejnym etap badawczy poświęcono ocenie zróżnicowania warunków społeczno-gospodarczych wybranych gmin w województwie zachodniopomorskim w roku 2020. Badanie poprzedzono opisem sytuacji społeczno-gospodarczej województwa na tle całego kraju. Dane wtórne wykorzystane do badania pochodziły z GUS. Na potrzeby badania wybrano 11 zmiennych, które ułatwiły określenie kondycji regionów [Parysek 2018, s. 41; Czyżycki 2018, s. 102-103]:

- urodzenia żywe na 1000 ludności,
- przyrost naturalny na 1000 ludności,
- saldo migracji ogółem,
- współczynnik obciążenia demograficznego (liczba osób starszych przypadająca na 100 osób w wieku produkcyjnym),
- wskaźnik obciążenia demograficznego – ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym,
- wydatki budżetu województw w przeliczeniu na 1 mieszkańca,
- nakłady na środki trwałe służące ochronie środowiska i gospodarki wodnej,
- PKB per capita,
- podmioty z udziałem kapitału zagranicznego na 10 tys. mieszkańców,
- liczba podmiotów gospodarczych według rejestru REGON na 1000 mieszkańców,
- udział bezrobotnych zarejestrowanych w liczbie ludności w wieku produkcyjnym.

Na podstawie analizy wartości zmiennych diagnostycznych, które opisują sytuacje społeczno-gospodarczą wszystkich województw w Polsce w roku 2020 [tab. 5.1.] można stwierdzić, że najwyższy poziom rozwoju uzyskały województwa: mazowieckie, małopolskie, wielkopolskie i pomorskie. Województwo mazowieckie przewyższyło parametry sytuacji społeczno-gospodarczej pozostałych województw, co wynika między innymi z braku wyłączenia miasta stołecznego, stąd też przez

województwo mazowieckie rozumie się region mazowiecki wraz z uwzględnieniem regionu warszawskiego. Wymienione województwa są częstymi kierunkami migracji części społeczeństwa, która chce studiować, mieszkać i pracować w obrębie Warszawy, Krakowa, Poznania i Trójmiasta.

W województwie lubuskim największy wpływ na niską pozycję w zestawieniu miał niewielki udział bezrobotnych zarejestrowanych w liczbie ludności w wieku produkcyjnym oraz współczynnik obciążenia demograficznego. Z punktu widzenia sytuacji demograficznej niepokojąca była także sytuacja województwa łódzkiego, w którym przypadało w roku 2020 – 31,8 osób starszych na 100 osób w wieku produkcyjnym i 71,6 osób w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym. Najniższy przyrost naturalny poza województwem łódzkim odnotowało województwo świętokrzyskie.

Tabela 5.1. Wartości zmiennych diagnostycznych wykorzystanych do oceny poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego województw w 2020 r.

	Urodzenia żywe na 1000 osób	Przyrost naturalny na 1000 osób	Saldo migracji ogółem	Współczynnik obciążenia demograficznego*	Wskaźnik obciążenia demograficznego**	Wydatki budżetu województw na 1 mieszkańca	Nakłady na środki trwałe służące ochronie środowiska i gospodarki wodnej	PKB per capita	podmioty z udziałem kapitału zagranicznego na 1000 mieszkańców	podmioty gospodarcze według rejestru REGON na 1000 ludności	udział bezrobotnych zarejestrowanych w liczbie ludności w wieku produkcyjnym
dolnośląskie	8,87	-4,09	1 659	29,9	69	382,22	822 730,8	65 392	7,4	137,0	4,0
kujawsko-pomorskie	8,70	-3,60	-764	27,5	67	512,43	460 768,2	47 558	2,2	101,7	6,0
lubelskie	8,57	-4,38	-3 596	28,8	67,6	431,22	611 274,9	40 771	2,4	92,0	6,1
lubuskie	8,55	-3,95	-90	27,4	67,2	616,44	280 114,9	48 499	4,6	120,0	3,9
łódzkie	8,53	-6,09	-1 579	31,8	71,6	422,44	988 536,8	56 209	3,6	107,3	4,8
małopolskie	10,36	-1,01	4 019	26,2	66,2	589,10	857 860,3	54 678	5,8	125,0	4,0
mazowieckie	10,45	-1,99	7 859	28,6	70,7	611,32	1 626 792,3	96 725	18,2	163,6	4,6
opolskie	8,11	-4,86	-100	28,8	64,5	557,67	292 053,9	47 272	3,5	108,2	4,2
podkarpackie	9,21	-2,15	-1 084	25,7	63,7	566,02	609 757,8	42 225	2,8	88,8	6,7
podlaskie	8,97	-3,45	-915	27,2	65,1	731,82	298 730,6	43 128	2,0	93,3	5,3
pomorskie	10,44	-0,50	1 798	26,5	68,7	452,85	780 306,1	58 202	4,9	135,7	4,0
śląskie	8,46	-4,86	-4 001	30,1	69,3	428,81	1 528 219,2	61 234	4,6	110,0	3,4
świętokrzyskie	7,71	-6,36	-1 577	30,7	68,3	482,87	453 950,0	42 608	1,4	98,0	6,2
warmińsko-mazurskie	8,52	-3,27	-2 386	25,5	64,7	591,58	256 546,6	40 883	1,1	96,3	6,0
wielkopolskie	10,25	-1,18	1 009	26,1	67,5	468,72	1 028 606,2	64 763	5,7	131,9	2,9
zachodniopomorskie	8,11	-4,31	-252	28,9	67,9	569,37	543 610,7	49 496	5,9	138,7	5,2

*- liczba osób starszych przypadająca na 100 osób w wieku produkcyjnym,

**- ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pochodzących z Banku Danych Lokalnych [GUS].

Wyniki przeprowadzonej analizy pokazały duże zróżnicowanie w sytuacji społeczno-ekonomicznej, co przedstawiają dobrane do badania zmienne diagnostyczne. Nie zmienia to jednak faktu, że najwyższy poziom rozwoju osiągnęło województwo mazowieckie, które w przypadku: urodzeń żywych na 1000 osób, salda migracji ogółem, PKB per capita, liczby podmiotów z kapitałem zagranicznym na 1000 mieszkańców i liczby podmiotów gospodarczych według rejestru REGON na 1000 ludności odnotowało najwyższe wyniki spośród wszystkich badanych obszarów. Ponadto województwo mazowieckie odnotowało w roku 2020 najwyższe nakłady na środki trwałe, które służą do ochrony środowiska i gospodarki wodnej.

Województwo zachodniopomorskie wyróżniło się w 2020 roku jedną z najwyższych liczb podmiotów gospodarczych zarejestrowanych w rejestrze REGON w przeliczeniu na 1000 mieszkańców (wyższy wynik zarejestrowało województwo mazowieckie), co świadczy o wzroście przedsiębiorczości, któremu towarzyszy spadek bezrobocia. Wydatki budżetu województwa w przeliczeniu na mieszkańca wynosiły 569,37 zł. Ujemny przyrost naturalny, ujemne saldo migracji i wskaźniki obciążenia demograficznego wskazują na problemy ze strukturą populacji w regionie, czemu towarzyszy niemal najniższa (poza województwem świętokrzyskim) liczba urodzeń żywych w przeliczeniu na 100 osób. Podsumowując, poziom rozwoju społeczno-gospodarczego w województwie zachodniopomorskim w roku 2020, utrzymuje się poniżej średniego poziomu wszystkich w Polsce, jednak liczba podmiotów gospodarczych według rejestru REGON na 1000 mieszkańców oraz wydatki budżetu w przeliczeniu na 1 mieszkańca są jednymi z najwyższych w Polsce.

Sytuacja demograficzna w kraju jest niepokojąca, o czym świadczy ujemny przyrost naturalny w roku 2020. Żadne z województw nie odnotowało dodatniego przyrostu, jednak najbliżej znalazło się województwo pomorskie. Ponadto najwięcej urodzeń żywych na 1000 osób odnotowują województwa mazowieckie, pomorskie i małopolskie, gdzie województwo zachodniopomorskie zajmuje jedno z ostatnich miejsc.

5.2. Dysproporcje warunków społeczno-gospodarczych w funkcjonowaniu gmin województwa zachodniopomorskiego

Zróżnicowanie gospodarcze gmin w województwie zachodniopomorskim wynika między innymi z warunków naturalnych i położenia geograficznego, ponieważ na terenie województwa zlokalizowane są liczne obiekty noclegowe, które skoncentrowane są głównie na obszarze z najbliższym dostępem do Morza Bałtyckiego. Poza dostępem do linii brzegowej, na terenach o statusie uzdrowiskowym znajdują się między innymi złoża borowin, co sprzyja uprawianiu turystyki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem turystyki uzdrowiskowej oraz spa&wellness.

Po przeanalizowaniu sytuacji społeczno-gospodarczej województw w roku 2020, kolejnym krokiem było zbadanie gmin województwa zachodniopomorskiego dzięki wybranym zmiennym. Celem tego badania było wskazanie gmin, które charakteryzowały się najlepszą sytuacją społeczno-gospodarczą oraz gmin o najgorszej kondycji. W tym celu wykorzystano dane wtórne pochodzące z Banku Danych Lokalnych GUS. Chcąc ocenić ogólną dysproporcje w sytuacji społeczno-gospodarczej gmin w województwie zachodniopomorskim. Posłużono się pięcioma zmiennymi, które umożliwią wstępną ocenę potencjału lokalnego rynku pracy, poziomu przedsiębiorczości i strukturę gospodarki lokalnej:

- liczba osób w wieku produkcyjnym (niemobilni i ogółem),
- gęstość zaludnienia (os./km^2),
- liczba pracujących ogółem na 1000 ludności,
- liczba prywatnych podmiotów gospodarczych,
- liczba podmiotów gospodarczych według rejestru REGON na 1000 ludności.

Tabela 5.2. Wykaz gmin, które charakteryzowały się największą liczbą niemobilnych mieszkańców w wieku produkcyjnym i ogółem w województwie zachodniopomorskim w roku 2020

Gmina	Liczba mieszkańców w wieku produkcyjnym[12]		
	Niemobilnych	Ogółem	% niemobilnych
Szczecin (1)	87 238	229 608	37,99
Koszalin (1)	22 540	59 752	37,72

[12] Zestawienie stworzono dla danych roku 2020.

Ciąg dalszy tabeli 5.2.

Gmina	Liczba mieszkańców w wieku produkcyjnym[13]		
	Niemobilnych	Ogółem	% niemobilnych
Stargard (1)	14 755	39 004	37,83
Kołobrzeg (1)	10 780	26 417	40,81
Police (3)	9 416	24 839	37,91
Świnoujście (1)	9 781	23 898	40,93
Szczecinek (1)	8 942	23 189	38,56
Goleniów (3)	8 103	21 657	37,42
Police - miasto (4)	7 218	19 340	37,32
Gryfino (3)	6 940	18 662	37,19
Dobra (Szczecińska) (2)	6 472	15 816	40,92

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL [GUS].

Największa liczba mieszkańców w wieku produkcyjnym pochodziła z gmin miejskich [tab. 5.2.]. W 2020 r. w województwie zachodniopomorskim najwięcej osób w wieku produkcyjnym znajdowało się w Szczecinie (229 608 osób), na drugim miejscu rankingu znalazł się Koszalin, gdzie liczba mieszkańców w wieku produkcyjnym była o około 170 tys. niższa niż w Szczecinie, co wynika głównie z obszaru i zaludnienia gminy miejskiej Szczecin, będącego również siedzibą województwa. Wśród obszarów wiejskich z najwyższą liczbą osób znalazła się również gmina miejsko-wiejska Police, gdzie liczba w wieku produkcyjnym nie przekracza 25 tys. osób. Poniżej Polic w zestawieniu znajdują się dwie gminy miejskie: Świnoujście i Szczecinek. Do grupy jednostek terytorialnych, których liczba osób w wieku produkcyjnym przekracza 20 tys. zalicza się również gmina miejsko-wiejska Goleniów (21 657 osób).

Biorąc pod uwagę udział osób mobilnych w jednostkach samorządu terytorialnego o największej liczbie osób w wieku produkcyjnym, wynosi on około 37-40% [tab. 5.3.]. Najwyższy odsetek ludności niemobilnej odnotowano w 2020 r. w gminach miejskich: Kołobrzeg, Świnoujście i gminie wiejskiej Dobra Szczecińska. Materiał badawczy wskazuje, że około 40% populacji w wieku produkcyjnym nie jest w stanie dojeżdżać do pracy poza miejsce swojego stałego zamieszkania, co przekłada się na spadek szans w znalezieniu zatrudnienia, które będzie odpowiadało oczekiwaniom społeczeństwa w wieku produkcyjnym.

[13] Zestawienie stworzono dla danych roku 2020.

Tabela 5.3. Wykaz gmin, które charakteryzowały się najmniejszą liczbą niemobilnych mieszkańców w wieku produkcyjnym i ogółem w województwie zachodniopomorskim w roku 2020

Gmina	L. mieszkańców w wieku produkcyjnym[14]		
	Niemobilnych	Ogółem	% niemobilnych
Kozielice (2)	603	1 550	38,90
Brzeżno (2)	643	1 648	39,02
Boleszkowice (2)	653	1 802	36,24
Osina (2)	707	1 923	36,77
Marianowo (2)	758	1 964	38,59
Bielice (2)	797	2 025	39,36
Ińsko (3)	802	2 055	39,03
Nowogródek Pomorski (2)	746	2 116	35,26
Radowo Małe (2)	840	2 150	39,07
Warnice (2)	792	2 150	36,84
Rąbino (2)	879	2 179	40,34

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

Porównując zestawienie jednostek samorządu terytorialnego o najmniejszej liczbie osób w wieku produkcyjnym, zawiera ono głównie gminy wiejskie, gdzie liczba ta wacha się w przedziale od 1 550 do 2 179 osób. Są to gminy, które nie mają bezpośredniego dostępu do linii Morza Bałtyckiego.

Natomiast jeśli chodzi o mobilność w tych gminach, ponad 60% społeczności w wieku produkcyjnym jest mobilna i ma możliwość dojazdu do pracy poza miejscowością, w której zamieszkują.

Tabela 5.4. Zestawienie gmin o najwyższej gęstości zaludnienia w województwie zachodniopomorskim w latach 2012-2020

Gmina	gęstość zaludnienia (os./km^2)								
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Kołobrzeg (1)	1 829	1 827	1 820	1 818	1 810	1 814	1 806	1 802	1 800
Stargard (1)	1 450	1 442	1 433	1 428	1 424	1 418	1 413	1 411	1 406
Szczecin (1)	1 361	1 358	1 355	1 350	1 347	1 344	1 339	1 337	1 325
Koszalin (1)	1 112	1 110	1 104	1 098	1 095	1 095	1 091	1 089	1 080
Białogard (1)	964	961	955	950	947	947	946	938	931
Szczecinek (1)	840	838	836	834	833	831	827	826	822
Sławno (1)	821	815	810	802	801	795	791	788	781

[14] Zestawienie stworzono dla danych roku 2020.

Ciąg dalszy tabeli 5.4.

Gmina	gęstość zaludnienia (os./km^2)								
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Świdwin (1)	706	703	697	695	694	703	697	691	685
Darłowo (1)	708	704	696	693	690	689	681	678	672
Wałcz (1)	692	687	682	678	675	669	664	660	654
Dobra (Szczecińska) (2)	166	175	183	189	196	204	213	220	227
Świnoujście (1)	210	210	209	209	208	208	202	202	203
Police (3)	167	167	166	165	165	165	164	164	163
Kołbaskowo (2)	107	110	112	115	117	120	123	127	131
Gryfino (3)	127	127	127	126	127	126	126	125	125

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL [GUS].

Największa gęstość zaludnienia widoczna jest w 4 gminach miejskich województwa zachodniopomorskiego [tab. 5.4.], gdzie wartość ta przekracza 1 000 os./km^2: Kołobrzeg (1 800 os./km^2), Stargard (1 406 os./km^2), Szczecin (1 325 os./km^2) i Koszalin (1 080 os./km^2). Na przestrzeni lat 2010-2020 można zauważyć malejącą gęstość zaludnienia w gminach miejskich i rosnącą gęstość w gminach wiejskich. Coraz częściej społeczeństwo przenosi się z miast na obszary podmiejskie, wsie. Szczególnie docenione zostało przez mieszkańców, posiadanie własnych podwórek lub ogródków działkowych po ogłoszeniu pandemii SARS-COV2.

Tabela 5.5. Zestawienie gmin o najniższej gęstości zaludnienia w województwie zachodniopomorskim w latach 2012-2020

Gmina	gęstość zaludnienia (os./km^2)								
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sławoborze (2)	22	22	23	22	22	22	21	21	21
Bierzwnik (2)	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Biały Bór (3)	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Borne Sulinowo (3)	20	20	20	20	20	21	21	21	20
Tuczno (3)	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Radowo Małe (2)	21	21	20	20	20	20	20	20	20
Tychowo (3)	20	20	20	20	20	19	19	19	19
Rąbino (2)	21	21	21	21	21	20	20	20	19
Wierzchowo (2)	19	19	19	19	19	19	19	19	18
Szczecinek (2)	19	19	19	19	19	19	19	18	18
Stepnica (3)	-	-	17	17	17	17	17	17	17

Ciąg dalszy tabeli 5.5.

Gmina	gęstość zaludnienia (os./km^2)								
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Drawno (3)	17	16	16	16	16	16	16	16	16
Kalisz Pomorski (3)	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Człopa (3)	14	15	14	14	14	14	14	14	14
Nowe Warpno (3)	9	8	8	8	8	8	8	8	8

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL [GUS].

Ranking gmin pod względem gęstości zaludnienia [tab. 5.5.] w województwie zachodniopomorskim zamykają gminy miejsko-wiejskie, z których najmniejszą gęstość odnotowano w gminie Nowe Warpno (8 os./km^2). W gminach: Bierzwnik, Biały Bór, Tuczno, Stepnica i Kalisz Pomorski gęstość zaludnienia w latach 2012-2020 nie uległa zmianie i utrzymała się na poziomie, który nie przekroczył 20 os./km^2.

Porównując dynamikę zmian w gminach o największej i najmniejszej gęstości zaludnia, należy zauważyć, że tendencja zmian w gminach miejskich [tab. 5.3.] była znacznie wyższa.

Tabela 5.6. Zestawienie gmin o najwyższej liczbie pracujących na 1 000 mieszkańców w województwie zachodniopomorskim w latach 2010-2020

Gmina	Liczba pracujących na 1 000 ludności (os.)										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Kołbaskowo (2)	159	155	155	149	156	162	176	488	522	381	389
Goleniów (3)	253	273	290	309	302	322	355	367	388	394	385
Koszalin (1)	292	293	281	285	291	300	311	312	322	329	328
Szczecin (1)	266	261	261	265	266	268	274	287	295	302	302
Gryfino (3)	197	195	199	198	193	190	201	200	209	280	289
Ustronie Morskie (2)	205	234	191	229	233	245	335	267	252	251	277
Kalisz Pomorski (3)	140	127	113	125	127	128	142	138	157	280	275
Rewal (2)	284	270	255	226	222	218	223	263	275	284	273
Szczecinek (1)	239	234	226	236	245	249	253	259	257	269	258
Kołobrzeg (1)	258	253	251	250	244	247	258	268	265	264	251
Stargard (1)	206	204	202	207	214	214	227	242	250	248	243

Ciąg dalszy tabeli 5.6.

Gmina	Liczba pracujących na 1 000 ludności (os.)										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Czaplinek (3)	238	244	277	316	241	265	284	267	240	238	240
Police (3)	217	209	209	209	213	208	215	231	242	241	237
Sławno (1)	241	229	234	241	245	256	261	259	249	238	236

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL [GUS].

Najwyższą liczbę osób pracujących na 1 000 ludności odnotowała gmina wiejska Kołbaskowo, w roku 2020 było to 389 osób na 1 000 ludności. Należy zauważyć, że najwięcej pracujących odnotowują obszary miejskie, takie jak Koszalin, Szczecin, Szczecinek, Kołobrzeg, Stargard i Sławno. Poza tym wśród liderów rankingu znajdują się również gminy miejsko-wiejskie, gdzie liczba pracujących na 1 000 ludności w roku 2020 wahała się od 237 os. do 385 os.: Goleniów (385 os.), Kalisz Pomorski (275 os.), Czaplinek (240 os.), Police (237 os.).

W zestawieniu [tab. 5.6.] zauważalny jest spadek liczby pracujących w roku 2020, w stosunku do roku poprzedniego, co spowodowane było wybuchem pandemii i wprowadzeniem lockdownu w gospodarce całego kraju, czego konsekwencje szczególnie odczuwalne były dla branż: fitness, beauty, gastronomicznej, turystycznej i innych segmentów gospodarki naszego państwa. Jednak kilka gmin odnotowało wzrost w 2020 roku w stosunku do roku 2019, między innymi: gmina miejsko-wiejska Gryfino, gmina wiejska Kołbaskowo, gmina wiejska Ustronie Morskie. W wyniku ogłoszonej pandemii wprowadzono regulacje dotyczące między innymi handlu, w związku z czym sklepy były czynne dłużej, liczba osób zatrudnionych w tym segmencie rynku wzrosła. Społeczeństwo jednak coraz częściej korzysta z usług zakupów internetowych, co dla niektórych mieszkańców było oszczędnością czasu, natomiast dla innych – jedyną możliwością zrobienia zakupów, ponieważ odbywali kilkunastodniową kwarantannę i nie mieli możliwości samodzielnie udać się do sklepu.

Tabela 5.7. Zestawienie gmin z najniższą liczbą pracujących na 1000 ludności w województwie zachodniopomorskim w latach 2010-2020

Gmina	liczba pracujących na 1000 ludności (os.)										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Suchań (3)	77	55	62	67	61	56	64	68	62	68	60
Przelewice (2)	64	58	57	52	55	62	63	62	67	63	59
Białogard (2)	48	48	53	51	60	59	57	63	60	69	57
Pełczyce (3)	87	80	76	77	76	68	68	66	57	59	57
Kozielice (2)	97	87	75	77	89	62	60	59	62	58	52
Nowe Warpno (3)	72	66	67	73	76	73	71	70	70	64	52
Karnice (2)	66	70	65	66	57	57	53	53	56	53	50
Brzeżno (2)	47	62	71	69	64	57	63	60	52	57	48
Banie (2)	57	57	54	54	51	55	55	54	59	56	48
Widuchowa (2)	52	45	37	34	38	43	43	45	39	40	47
Szczecinek (2)	49	50	44	44	42	42	44	54	51	47	44
Bielice (2)	43	39	51	50	52	51	45	41	44	47	43
Marianowo (2)	52	46	45	53	61	60	56	54	42	39	41

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL [GUS].

Analizując gminy, z najmniejszą liczbą pracujących na 1 000 ludności [tab. 5.7.] w większości przypadków są to gminy wiejskie i miejsko-wiejskie. Mała liczba pracujących wynika głównie z braku dużych przedsiębiorstw znajdujących się na obszarze gmin, co stanowiłoby szansę na obniżenie bezrobocia i zwiększenie liczby osób pracujących. Są to miejscowości niewielkie, przez co ograniczeniem w możliwości zatrudnienia jest również mobilność mieszkańców, gdyż najczęściej muszą oni dojeżdżać do innej miejscowości. Najmniejszą wartość mają gminy wiejskie: Szczecinek (44 os./1 000 ludności), Bielice (43 os./1 000 ludności) i Marianowo (41 os./1000 ludności).

Trwająca w roku 2020 pandemia spowodowała niewielkie dysproporcje i spadki na rynku pracy spowodowane między innymi lockdownem i ograniczeniem funkcjonowania gospodarki, jednak kilka gmin odnotowało wzrost zatrudnienia w 2020: Boleszkowice, Brojce, Widuchowa i Marianowo.

Tabela 5.8. Zestawienie gmin z najwyższą liczbą prywatnych podmiotów gospodarczych ogółem w województwie zachodniopomorskim w latach 2010-2020

Gminy	Liczba podmiotów prywatnych podmiotów gospodarczych ogółem										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Szczecin (1)	63 965	63 331	64 275	65 471	65 482	65 602	66 286	67 015	66 345	66 285	67 762
Koszalin (1)	18 225	17 560	17 772	17 719	17 679	17 651	17 504	17 389	17 104	16 894	17 215
Kołobrzeg (1)	8 905	8 401	8 208	8 161	8 037	7 932	7 888	7 894	7 936	8 135	8 248
Stargard (1)	8 069	7 860	7 981	7 974	7 782	7 738	7 623	7 602	7 515	7 634	7 749
Świnoujście (1)	6 855	6 538	6 524	6 410	6 359	6 271	6 151	6 092	6 077	6 370	6 453
Dobra (Szczecińska) (2)	2 906	3 126	3 391	3 556	3 762	3 930	4 084	4 301	4 586	4 837	5 097
Szczecinek (1)	5 557	5 287	5 135	5 002	4 972	4 963	4 902	4 862	4 757	4 814	4 882
Goleniów (3)	4 148	4 130	4 200	4 289	4 338	4 311	4 375	4 469	4 551	4 640	4 816
Police (3)	4 485	4 352	4 369	4 404	4 424	4 496	4 466	4 423	4 447	4 506	4 605
Gryfino (3)	3 818	3 646	3 649	3 698	3 672	3 667	3 638	3 626	3 584	3 697	3 716
Wałcz (1)	3 756	3 421	3 393	3 396	3 379	3 328	3 231	3 226	3 159	3 186	3 241
Gryfice (3)	3 018	2 825	2 905	2 924	2 881	2 886	2 857	2 842	2 871	2 921	2 995
Białogard (1)	3 014	2 806	2 840	2 863	2 810	2 761	2 750	2 800	2 806	2 876	2 907
Nowogard (3)	2 707	2 501	2 543	2 536	2 499	2 500	2 524	2 543	2 559	2 643	2 707

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Danych Lokalnych [GUS].

Uwzględniając sytuację epidemiologiczną w Polsce w roku 2020 zwiększyła się liczba prywatnych podmiotów gospodarczych. Najwięcej podmiotów prywatnych zlokalizowanych jest w gminie Szczecin (2020: 67 762 podmioty). Na drugim miejscu, z liczbą podmiotów o niemal 50 tys. mniejszą jest gmina Koszalin. Ponadto pierwsze miejsca w rankingu należą do gmin miejskich, gminy wiejskiej (Dobra Szczecińska) i kilku gmin miejsko-wiejskich (między innymi: Goleniów, Police, Gryfino).

Tabela 5.9. Zestawienie gmin o najniższej liczbie prywatnych podmiotów gospodarczych w województwie zachodniopomorskim w latach 2010-2020

Gminy	sektor prywatny ogółem (l. podmiotów gospodarczych)										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Boleszkowice (2)	176	170	196	201	211	236	230	244	249	273	290
Brojce (2)	261	239	230	234	232	239	236	243	247	264	282
Rąbino (2)	226	209	225	243	260	248	235	241	246	269	281
Nowogródek Pomorski (2)	235	237	253	259	253	245	241	243	259	263	278
Radowo Małe (2)	213	198	208	234	241	257	257	234	235	248	272
Bielice (2)	233	202	210	212	213	227	237	241	247	260	266
Stara Dąbrowa (2)	217	206	200	207	213	217	236	233	234	247	259
Osina (2)	207	209	209	210	211	210	209	225	243	245	251
Warnice (2)	217	214	204	204	212	208	222	214	226	238	245
Kozielice (2)	174	169	173	171	228	223	223	226	217	223	234
Krzęcin (2)	167	167	175	196	204	203	195	205	205	210	226
Marianowo (2)	192	198	199	194	196	204	193	195	190	203	209
Nowe Warpno (3)	167	179	168	174	168	175	181	176	174	183	192
Brzeżno (2)	122	119	120	147	136	134	129	144	152	161	172

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL [GUS].

Biorąc pod uwagę listę gmin z najmniejszą liczbą podmiotów prywatnych należy dostrzec, że są to gminy wiejskie oraz jedna gmina miejsko-wiejska – Nowe Warpno. Analizując przedział czasowy od 2010 do 2020 widoczny jest rozwój przedsiębiorczości, który przyczynia się do powstawania nowych miejsc pracy, a tym samym zmniejszenia stopy bezrobocia. Gminy te nie mają na swoim obszarze bezpośredniego dostępu do Morza Bałtyckiego.

Tabela 5.10. Zestawienie gmin o najwyższej liczbie podmiotów gospodarczych według rejestru REGON na 1000 ludności w województwie zachodniopomorskim w latach 2010-2020

Gmina	Liczba podmiotów gospodarczych na 1000 ludności										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Rewal (2)	371,6	343,4	357,3	363,1	352,6	352,9	360,6	359,8	371,1	375,7	379,0
Mielno (2)	313,6	290,4	299,7	282,6	285,5	290,1	295,1	-	-	-	-
Mielno (3)	-	-	-	-	-	-	-	295,3	306,4	313,0	323,7
Dziwnów (3)	234,6	220,1	223,1	232,6	231,8	232,8	237,6	239,6	249,6	265,4	292,2
Ustronie Morskie (2)	288,2	285,3	280,5	276,1	271,8	271,9	268,9	274,2	277,8	278,2	282,6
Międzyzdroje (3)	275,6	266,2	269,0	273,3	269,9	269,4	271,2	270,1	274,9	279,4	284,9
Dobra (Szczecińska) (2)	176,3	179,5	185,8	185,3	187,8	190,2	191,2	193,9	198,3	202,5	206,7
Kołobrzeg (2)	171,9	170,2	171,2	174,2	172,3	172,6	178,2	184,5	186,3	193,3	197,0
Kołobrzeg (1)	193,7	183,2	179,5	178,7	177,0	175,5	175,4	175,1	176,8	181,7	184,9
Szczecin (1)	160,3	159,0	161,7	164,9	165,3	167,6	170,0	172,7	171,6	172,1	177,7
Kołbaskowo (2)	140,5	143,4	145,3	147,7	149,0	149,6	154,4	156,3	160,7	165,3	168,6
Koszalin (1)	172,1	166,1	168,0	167,7	168,2	169,5	168,7	168,0	165,4	164,0	168,6
Świnoujście (1)	168,5	160,7	160,4	158,1	157,3	155,9	153,1	151,9	152,0	159,2	161,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL [GUS].

Zupełnie inaczej w porównaniu do danych zawartych w tabeli 5.10. prezentuje się zestawienie gmin z najwyższą liczba podmiotów gospodarczych na 1 000 ludności [tab. 5.10.]. Na szczycie zestawienia znajduje się gmina wiejska Rewal, w której dominującym kierunkiem rozwoju jest turystyka. Należy zwrócić uwagę także na Mielno, które do roku 2016 włącznie, klasyfikowane było jako gmina wiejska, a od roku 2017 uznawana jest jako miejsko-wiejska. Dokonując analizy gmin [tabela 5.10.] dostrzegalna jest dominacja obszarów z dostępem do Morza Bałtyckiego (z wyjątkiem: Dobrej (Szczecińskiej), Kołbaskowa, Szczecina, Koszalina), co zwiększa możliwości rozwoju działalności turystycznej, w tym turystyki zdrowotnej.

Znacząca różnica między tabelami 5.9. i 5.10. wynika z przeliczenia liczby podmiotów gospodarczych na 1 000 mieszkańców, przez co obszary z mniejszą liczbą

ludności znalazły się w górnej części zestawienia. Niemniej, widoczna jest przewaga gmin wiejskich, które najczęściej są mało zaludnione, miejscowości są oddalone od siebie, natomiast w przypadku gmin miejskich, takich jak Kołobrzeg czy Szczecin, liczba mieszkańców jest znacznie większa niż w gminach wiejskich, stąd też pozycja w rankingu jest niższa. Analizując ilość podmiotów gospodarczych w przeliczeniu na 1 000 ludności w badanym okresie, wyraźnie widać wzrost przedsiębiorczości. Każdego roku powstają nowe podmioty gospodarcze, które przyczyniają się do wzrostu gospodarczego w ujęciu lokalnym.

Tabela 5.11. Zestawienie gmin o najmniejszej liczbie podmiotów gospodarczych według rejestru REGON na 1 000 ludności w województwie zachodniopomorskim w latach 2010-2020

Gmina	Liczba podmiotów gospodarczych na 1000 ludności										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Węgorzyno (3)	67,7	65,9	70,7	71,6	71,0	71,9	70,5	69,8	74,7	79,0	79,1
Człopa (3)	68,5	64,6	66,1	65,9	66,8	70,7	70,2	71,3	73,3	75,2	78,4
Świdwin (2)	55,8	55,9	55,7	55,6	57,1	61,8	62,9	64,7	68,2	73,0	77,9
Suchań (3)	75,2	69,6	70,5	72,2	72,2	71,7	68,3	71,2	74,1	73,1	77,8
Dobra (3)	69,7	64,6	65,1	66,0	67,0	66,4	66,5	65,3	70,0	72,2	76,3
Warnice (2)	62,1	61,0	59,0	58,5	61,1	61,0	66,1	63,2	66,6	71,0	74,4
Szczecinek (2)	58,4	56,0	56,7	57,9	57,4	62,3	63,2	66,1	68,8	71,5	73,9
Grzmiąca (2)	57,7	58,9	59,7	62,9	65,7	65,8	67,6	70,3	69,3	72,0	73,1
Stara Dąbrowa (2)	61,0	57,5	55,7	57,7	58,9	60,3	65,3	65,0	65,6	69,1	72,4
Dolice (2)	55,2	56,1	57,7	59,5	60,1	60,5	58,5	57,9	63,5	67,4	70,6
Marianowo (2)	61,8	63,3	63,4	62,3	63,6	66,3	62,6	63,1	61,4	66,8	69,3
Tychowo (3)	65,1	64,7	65,3	65,0	61,9	63,0	62,1	63,0	64,0	67,3	67,7
Krzęcin (2)	45,2	45,4	48,0	53,8	56,3	55,6	53,9	56,2	56,9	59,2	64,3
Brzeżno (2)	44,1	43,4	43,7	53,5	50,2	49,5	48,0	53,4	56,2	60,0	63,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL [GUS].

Najmniej podmiotów gospodarczych znajduje się na obszarze gmin wiejskich, co potwierdzają dane zawarte w tabeli 5.11., choć należy zwrócić uwagę na gminy miejsko-wiejskie, które również znalazły się w zestawieniu: Węgorzyno, Człopa, Suchań, Tychowo. Nie mają one bezpośredniego dostępu do Morza Bałtyckiego, przez co nie jest możliwy rozwój turystyki na tak dużą skalę, jak w przypadku na przykład: gminy Rewal czy Kołobrzeg.

Należy podkreślić, iż celem przeprowadzonej analizy było zarówno ukazanie dynamiki zmian zachodzących w poszczególnych gminach na przestrzeni lat 2010-2020, jak również wskazanie zróżnicowania analizowanych parametrów w poszczególnych gminach w województwie zachodniopomorskim. Prezentację wyników przeprowadzonego badania ograniczono do przedstawienia zestawień gmin z najwyższymi i najniższymi wartościami dobranych zmiennych cech diagnostycznych.

Podsumowując sytuację gospodarczą w województwie zachodniopomorskim, w oparciu o dane zamieszczone w zestawieniach tabelarycznych, widać duże zróżnicowanie w sytuacji społeczno-gospodarczej gmin. W najlepszej kondycji zarówno pod względem ludności w wieku produkcyjnym, jak i liczby podmiotów prywatnych, czy liczby podmiotów gospodarczych ogółem, dominują gminy miejskie. Wśród zestawień na szczycie rankingu wyróżnia się gmina miejska Szczecin, której wartość parametrów jest znacznie wyższa niż pozostałych gmin miejskich, takich jak: Kołobrzeg, Świnoujście, Koszalin.

Na podstawie danych dotyczących gęstości zaludnienia, widoczne są kierunki migracji ludności z miast na wieś, o czym świadczy rosnąca gęstość zaludnienia w gminach wiejskich i jednocześnie malejąca w gminach miejskich.

Najsłabszą kondycję gospodarczą, zarówno pod względem liczby podmiotów gospodarczych, liczby osób w wieku produkcyjnym wykazują głównie gminy wiejskie, jednak warto zauważyć różnicę w zestawieniu gmin z najwyższą liczbą podmiotów prywatnych i liczbą podmiotów gospodarczych na 1 000 ludności, gdzie widać dużą rozbieżność spowodowaną między innymi zaludnieniem tych obszarów. W przypadku ostatniego wskaźnika, który został przeliczony na 1 000 osób, najwyższe wartości przypisano gminom wiejskim, gdzie liczba ludności jest znacznie niższa niż w przypadku gmin miejskich, a nawet miejsko-wiejskich.

5.3. Klasyfikacja i typologia gmin województwa zachodniopomorskiego

5.3.1. Zakres przestrzenny i czasowy

Do badań empirycznych z wykorzystaniem metody klasyfikacji k-średnich wybrano celowo gminy w województwie zachodniopomorskim. W oparciu o dane statystyczne pochodzące z Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego wyróżniono gminy miejskie (1), wiejskie (2) i miejsko-wiejskie (3). Podjęto decyzję o wyłączeniu z badania miasta w gminie miejsko-wiejskiej (4) i obszary wiejskie w gminie miejsko-wiejskiej (5), ograniczając się do pierwszych trzech typów gmin. W badaniu uwzględniono również trzy miasta na prawach powiatu – Szczecin, Świnoujście i Koszalin.

Klasyfikację gmin w badaniu empirycznym przeprowadzono przy zastosowaniu kryterium rodzajowego. Na podstawie dobranej metody badawczej (metoda k-średnich) wytypowano gminy o najwyższym poziomie rozwoju lokalnego, wysokich dochodach budżetowych w przeliczeniu na osobę, malejącej liczbie bezrobotnych. Zwrócono uwagę na występujące względne zróżnicowanie wybranych gmin z punktu widzenia dobranych kryteriów i przydzielono je do odpowiednich grup typologicznych, które charakteryzowały się podobnym poziomem rozwoju gospodarczego i turystycznego (ze szczególnym uwzględnieniem turystyki zdrowotnej).

W rozważaniach empirycznych poświęconych ocenie wpływu turystyki zdrowotnej na poziom rozwoju lokalnego w wybranych gminach skoncentrowano uwagę na województwie zachodniopomorskim. Wyłonione gminy na swoim obszarze kształtują funkcję turystyczną, większość z nich posiada dostęp do Morza Bałtyckiego. Są to jednostki samorządu terytorialnego, które generują ruch turystyczny na obszary wypoczynku, ale również wykorzystują walory przyrodnicze do rozwoju turystyki zdrowotnej, jak na przykład: złoża borowin, solanki czy mikroklimat w gminach uzdrowiskowych. Na podstawie tematu i założeń rozprawy doktorskiej zasadnym było wskazanie w/w województwa, które spełnia kryteria regionu oferującego usługi z zakresu turystyki zdrowotnej.

Zakres czasowy obejmuje rok 2020 oraz rok 2017 – będący porównaniem uzyskanych wyników. Uzasadnieniem przyjęcia punktowego okresu badawczego było sporządzenie klasyfikacji jednostek samorządu terytorialnego dla jednego okresu i porównanie względem innego roku. Jednocześnie odrzucono lata wcześniejsze, ze względu na założenia sporządzanej typologii, których okres nie mógł być dłuższy niż rok. Dane statystyczne na przestrzeni lat 2010-2020 nie były kompletne w przypadku

większości dobranych zmiennych, co sprawiło, że ich porównywalność z późniejszymi okresami była utrudniona. Dlatego analiza zmiennych diagnostycznych, wybranych do przeprowadzenia typologii wybranych gmin w województwie zachodniopomorskim w kontekście poziomu rozwoju lokalnego została przeprowadzona dla danych za rok 2020 i 2017.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że analizowany zestaw zmiennych diagnostycznych został wybrany na podstawie dostępności danych i podyktowany był brakiem kompletności informacji w przypadku innych zmiennych. Dostępność danych statystycznych dostępnych w Banku Danych Lokalnych GUS jest znacznie bardziej ograniczona na poziomie gminnym niż na poziomie powiatów, województw czy regionów. W wielu przypadkach na poziomie gminy, dane statystyczne, które można byłoby wykorzystać były całkowicie niedostępne, co uniemożliwiło ich wykorzystanie do dalszych szczegółowych analiz. Dane prezentowane są często jedynie na poziomie powiatu bądź występują na poziomie gminnym, jednak dotyczą tylko kilku gmin w województwie, a pozostałe pozostają bez informacji, co uniemożliwia wykorzystanie ich do dalszych badań. Powodem braku danych jest także objęcie informacji tajemnicą statystyczną.

Należy jednak zaznaczyć, że w rozprawie doktorskiej przyjęto szereg zmiennych diagnostycznych, które przyczyniły się do określenia występowania bądź wykluczenia zależności między występowaniem turystyki zdrowotnej, a jej wpływem na rozwój lokalny. Szczegółowe badania turystyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim na poziomie gminnym będą stanowiły obszar dalszych badań, ponieważ zakres prac na tym poziomie jest ograniczony w porównaniu do szczebla powiatów lub województw.

5.3.2. Dobór zmiennych do badania

Na potrzeby klasyfikacji gmin województwa zachodniopomorskiego wskazano łącznie 14 zmiennych – 7 z nich opisywało sytuację społeczno-gospodarczą i 7, które charakteryzowało turystykę. Dane wtórne wykorzystane do badania pochodziły z Banku Danych Lokalnych GUS. Do zmiennych opisujących sytuację społeczno-gospodarczą wytypowano:

X_1 – dochód gminy ogółem/mieszkańca,

X_2 – wydatki gminy ogółem/mieszkańca,

X_3 – bezrobocie zarejestrowane,

X_4 – liczbę osób pobierających świadczenia pomocy społecznej/ 1 000 mieszkańców,
X_5 – liczbę przedsiębiorstw wpisanych do rejestru REGON/ 10 tys. mieszkańców,
X_6 – gęstość zaludnienia,
X_7 – liczbę beneficjentów środowiskowej pomocy społecznej/ 10 tys. ludności.
Natomiast do opisu sektora turystyki zdrowotnej wykorzystano:
X_1 – liczbę obiektów z zapleczem spa&wellness/km^2,
X_2 – liczbę obiektów świadczących usługi rehabilitacyjne/km^2,
X_3 – liczbę miejsc noclegowych w obiektach turystycznych ogółem/km^2,
X_4 – liczbę udzielonych noclegów w turystycznych obiektach noclegowych ogółem/km^2,
X_5 – liczbę łóżek w szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach uzdrowiskowych/km^2,
X_6 – powierzchnię parków spacerowo-wypoczynkowych,
X_7 – powierzchnię obszarów chronionych ogółem.

Przyjęta w ramach rozprawy doktorskiej procedura badawcza miała za zadanie wyselekcjonowanie gmin województwa zachodniopomorskiego pod względem poziomu rozwoju lokalnego (dynamicznie się rozwijające i ograniczające bezrobocie jednostki samorządu terytorialnego) na podstawie analizy skupień (z zastosowaniem metody k-średnich [Gatnar 1995, s.69-70]), której procedurę badawczą opisano w rozdziale 1 rozprawy. Kolejnym krokiem było uszeregowanie wybranych do badania gmin w grupach typologicznych, które charakteryzował kolejno malejący poziom rozwoju lokalnego. Zgodnie z tym założeniem, w wyniku przeprowadzonej typologii gmin z perspektywy poziomu rozwoju lokalnego uzyskano sześć grup jednostek samorządu terytorialnego o zróżnicowanym poziomie rozwoju.

Na podstawie dokonanego celowo doboru zmiennych diagnostycznych zastosowano jedną z metod normowania cech diagnostycznych. Na potrzeby pracy posłużonosię opisaną w rozdziale 1 metodą unitaryzacji zerowanej K. Kukuły [2000].

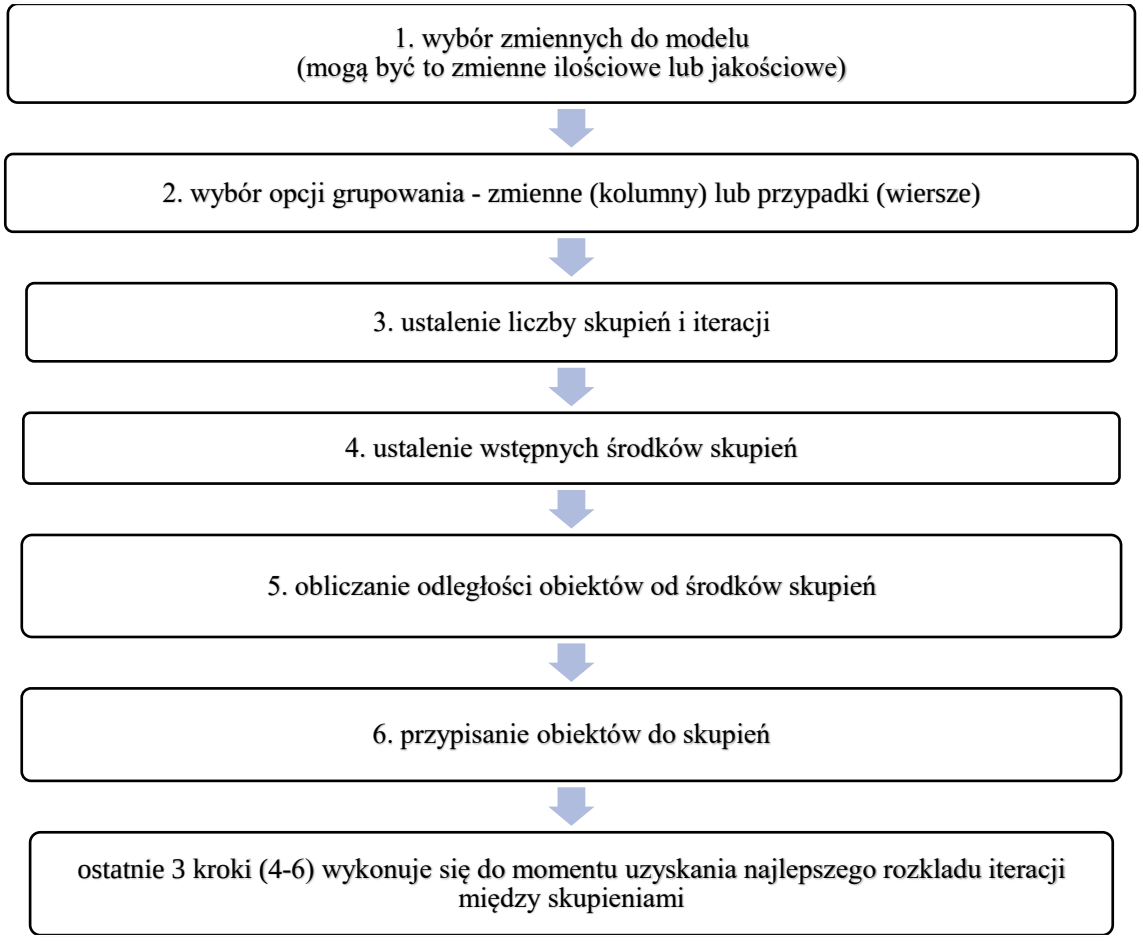
5.3.3. Badania klasyfikacyjne obszarów i wydzielenie grup typologicznych

Na podstawie opisanej procedury badawczej w rozdziale 1 pominięto opis teoretyczny zastosowanej metody iteracyjnej. Metody klasyfikacyjnej dokonano z wykorzystaniem programu Statistica. Dzięki dobranemu zestawowi zmiennych wyodrębniono 3 grupy typologiczne, z których odpowiednio grupa I stanowiła grupę najlepszą, natomiast grupa II – stanowi grupę o przeciętnym poziomie rozwoju, ostatnia – III grupa oznaczała gminy najsłabsze. Celem przeprowadzenia operacji wydzielającej grupy typologiczne było wyselekcjonowanie gmin w województwie

zachodniopomorskim, o podobnych parametrach określających sytuację turystyki zdrowotnej i społeczno-gospodarczą.

Badanie klasyfikacyjne gmin zostało przeprowadzone zgodnie ze schematem przedstawionym na rysunku 5.2. Po wybraniu zmiennych, które zostały wykorzystane do obliczeń, podjęto decyzję w jaki sposób dokonane zostanie grupowanie iteracji. Na potrzeby przeprowadzanego badania, podjęto decyzję o grupowaniu przypadków, w związku z czym analizie poddane będą kolejno gminy, dla których przypisana będzie inna wartość zmiennej zastosowanej w metodzie.

Na potrzeby rozprawy badanie klasyfikacyjne dla 3 grup przeprowadzono sześć razy – 3 badania dla roku 2020 i 3 badania dla roku 2017. Pierwsze badanie bazowało jedynie na czynnikach społeczno-gospodarczych, w trakcie drugiego działania zastosowano wyłącznie parametry opisujące turystykę zdrowotną, a ostatnie badanie zawierało wszystkie parametry z dwóch pierwszych analiz.



Rys. 5.2. Etapy przebiegu metody k-średnich
Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie badania przeprowadzonego na bazie parametrów społeczno-gospodarczych uzyskano nieregularne 3 klasy, z których najliczniejsza okazała się środkowa – umiarkowana [tab. 5.12.].

Tabela 5.12. Wyniki klasyfikacji na podstawie parametrów rozwoju społeczno-gospodarczego w roku 2020

L.p.	Klasa typologiczna	Nazwy gmin
1.	I – najlepsza	Rewal (2), Dziwnów (3), Międzyzdroje (3), Ustronie Morskie (2), Mielno (3), Świnoujście (1)
2.	II – umiarkowana	Drawsko Pomorskie (3), Goleniów (3), Nowogard (3), Trzebiatów (3), Gryfino (3), Golczewo (3), Kamień Pomorski (3), Wolin (3), Kołobrzeg (1), Kołobrzeg (2), Myślibórz (3), Kołbaskowo (2), Police (3), Stargard (1), Ińsko (3), Kobylanka (2), Szczecinek (1), Wałcz (1), Wałcz (2), Łobez (3), Koszalin (1), Szczecin (1), Darłowo (1)
3.	III - najgorsza	Drawno (3), Czaplinek (3), Kalisz Pomorski (3), Złocieniec (3), Stepnica (3), Gryfice (3), Moryń (3), Darłowo (2), Malechowo (2), Postomino (2), Stargard (2), Biały Bór (3), Borne Sulinowo (3), Szczecinek (2), Połczyn-Zdrój (3), Barlinek (3), Mirosławiec (3), Barwice (3), Przelewice (2)

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie pierwszej klasyfikacji należy dostrzec, że zgodnie z przyjętymi hipotezami i celem głównym rozprawy wstępnie nie potwierdzono istotnego wpływu turystyki zdrowotnej na rozwój lokalny w wybranych gminach, ponieważ jedna z gmin turystyki zdrowotnej znalazła się w najgorszej grupie jednostek terytorialnych, natomiast Kołobrzeg będący stolicą turystyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim oraz Kamień Pomorski znalazły się w drugiej grupie. Wśród jednostek o najlepszych parametrach rozwoju lokalnego w 2020 znalazły się między innymi: Rewal, Świnoujście, Mielno – gdzie realizowane są formy turystyki zdrowotnej tj. zarówno działalność lecznicza, rehabilitacyjna, ale również spa&wellness.

Podobnie sytuacja wyglądała w roku 2017, który stanowi punkt odniesienia sprzed ogłoszenia pandemii w Polsce [tab. 5.13.]. Należy pamiętać, że w roku 2020 w Polsce był to już czas ograniczeń, restrykcji i głębokiego lockdownu, co skutkowało ograniczeniem działalności wielu sfer życia gospodarczego.

Tabela 5.13. Wyniki klasyfikacji na podstawie parametrów rozwoju społeczno-gospodarczego w roku 2017

L.p.	Klasa typologiczna	Nazwy gmin
1.	I – najlepsza	Rewal (2), Dziwnów (3), Międzyzdroje (3), Kołobrzeg (1), Ustronie Morskie (2), Mielno (3), Koszalin (1), Szczecin (1), Świnoujście (1)
2.	II – umiarkowana	Drawsko Pomorskie (3), Złocieniec (3), Goleniów (3), Nowogard (3), Trzebiatów (3), Gryfino (3), Golczewo (3), Kamień Pomorski (3), Wolin (3), Kołobrzeg (2), Myślibórz (3), Kołbaskowo (2), Police (3), Stargard (1), Kobylanka (2), Stargard (2), Szczecinek (1), Wałcz (1), Łobez (3), Darłowo (1)
3.	III - najgorsza	Drawno (3), Czaplinek (3), Kalisz Pomorski (3), Stepnica (3), Gryfice (3), Moryń (3), Darłowo (2), Malechowo (2), Postomino (2), Ińsko (3), Biały Bór (3), Borne Sulinowo (3), Szczecinek (2), Połczyn-Zdrój (3), Mirosławiec (3), Barwice (3), Wałcz (2), Przelewice (2)

Źródło: opracowanie własne.

Różnice w klasach typologicznych były niewielkie, jednak wskazały na pogorszenie sytuacji społeczno-gospodarczej między innymi Koszalina i Szczecina w roku 2020 względem 2017, ponieważ znalazły się w klasie II, a nie I. W roku 2017 wśród najlepszych gmin znalazł się również uzdrowiskowy Kołobrzeg. Najliczniejszą grupą ponownie okazała się klasa średnia – o umiarkowanym poziomie rozwoju społeczno-gospodarczego.

Kolejna typologia została przeprowadzona w oparciu o parametry turystyczne związane z turystyką zdrowotną dla roku 2020 [tab. 5.14.] i 2017 [tab. 5.13.].

Tabela 5.14. Wyniki klasyfikacji na podstawie parametrów turystycznych w roku 2020

L.p.	Klasa typologiczna	Nazwy gmin
1.	I – najlepsza	Kołobrzeg (1)
2.	II – umiarkowana	Drawno (3), Czaplinek (3), Drawsko Pomorskie (3), Złocieniec (3), Myślibórz (3), Borne Sulinowo (3), Szczecinek (2), Połczyn Zdrój (3), Wałcz (2)
3.	III - najgorsza	Stepnica (3), Gryfice (3), Rewal (2), Trzebiatów (3), Gryfino (3), Moryń (3), Dziwnów (3), Golczewo (3), Kamień Pomorski (3), Międzyzdroje (3), Wolin (3), Kołobrzeg (2), Ustronie Morskie (2), Mielno (3), Kołbaskowo (2), Police (3), Darłowo (2), Malechowo (2), Postomino (2), Stargard (1), Ińsko (3), Kobylanka (2), Stragard (2), Szczecinek (1), Biały Bór (3), Wałcz (1), Barlinek (3), Mirosławiec (3), Barwice (3), Łobez (3), Koszalin (1), Szczecin (1), Świnoujście (1), Darłowo (1), Przelewice (2)

Źródło: opracowanie własne.

W tym wypadku najlepsza okazała się gmina miejska Kołobrzeg, kolejna gmina uzdrowiskowa – Połczyn Zdrój znalazła się w grupie drugiej, a pozostałe badane gminy trafiły do ostatniej - III grupy typologicznej, która określona została jako najgorsza. Oceniając parametry turystyczne na równi z gminami nadmorskimi znalazły się takie gminy jak: Kobylanka, Wałcz, Łobez czy Stargard. Pomimo zróżnicowanego dostępu do Morza Bałtyckiego oraz innych walorów przyrodniczych, nie wszystkie gminy, na obszarze których uprawiana jest turystyka zdrowotna znalazły się w najlepszej klasie.

Podobnie sytuacja przedstawiła się dla danych z roku 2017 [tab. 5.15.], jednak tutaj dostrzeżono niewielkie zmiany, jak na przykład: znacznie lepsze położenie kurortów turystycznych w wyższych klasach w roku 2017 w porównaniu z rokiem 2020. Stan epidemii, lockdown gospodarki w kraju oraz ograniczenia w przemieszczaniu skutkowały pogorszeniem parametrów turystycznych, które uwzględniono do badania.

Tabela 5.15. Wyniki klasyfikacji na podstawie parametrów turystycznych w roku 2017

L.p.	Klasa typologiczna	Nazwy gmin
1.	I – najlepsza	Kołobrzeg (1)
2.	II – umiarkowana	Wolin (3), Kołobrzeg (2), Ustronie Morskie (2), Mielno (3), Kołbaskowo (2), Police (3), Darłowo (2), Malechowo (2), Postomino (2), Stargard (1), Ińsko (3), Kobylanka (2), Stragard (2), Szczecinek (1), Biały Bór (3), Wałcz (1), Barlinek (3), Mirosławiec (3), Barwice (3), Łobez (3), Koszalin (1), Szczecin (1), Świnoujście (1), Darłowo (1), Przelewice (2)
3.	III - najgorsza	Drawno (3), Czaplinek (3), Drawsko Pomorskie (3), Złocieniec (3), Nowogard (3), Myślibórz (3), Borne Sulinowo (3), Szczecinek (2), Połczyn Zdrój (3), Wałcz (2)

Źródło: opracowanie własne.

Ostatnim etapem było zbadanie wybranych gmin województwa zachodniopomorskiego na podstawie całego zestawu zmiennych – tj. obejmującego parametry charakteryzujące turystykę zdrowotną i rozwój lokalny, czego rezultat zamieszczono w tabelach 5.15. i 5.16. Klasyfikacja prezentowała się na poziomie silnie zbliżonym do zestawienia bazującego wyłącznie na parametrach społeczno-gospodarczych.

Tabela 5.16. Wyniki klasyfikacji na podstawie parametrów rozwoju lokalnego i turystycznych w roku 2020

L.p.	Klasa typologiczna	Nazwy gmin
1.	I – najlepsza	Rewal (2), Dziwnów (3), Międzyzdroje (3), Kołobrzeg (1), Ustronie Morskie (2), Mielno (3), Świnoujście (1)
2.	II – umiarkowana	Drawsko Pomorskie (3), Goleniów (3), Nowogard (3), Gryfice (3), Trzebiatów (3), Gryfino (3), Golczewo (3), Kamień Pomorski (3), Wolin (3), Kołobrzeg (2), Myślibórz (3), Kołbaskowo (2), Police (3), Darłowo (2), Stargard (1), Ińsko (3), Kobylanka (2), Stargard (2), Szczecinek (1), Wałcz (1), Łobez (3), Koszalin (1), Szczecin (1), Darłowo (1), Przelewice (2)
3.	III - najgorsza	Drawno (3), Czaplinek (3), Kalisz Pomorski (3), Złocieniec (3), Stepnica (3), Moryń (3), Malechowo (2), Postomino (2), Biały Bór (3), Borne Sulinowo (3), Szczecinek (2), Połczyn-Zdrój (3), Mirosławiec (3), Barwice (3), Wałcz (2)

Źródło: opracowanie własne.

Zarówno w roku 2017 jak i 2020 w klasie najlepszej znalazły się gminy nadmorskie, jednak nie znalazły się tam wszystkie jednostki przestrzenne, specjalizujące się w turystyce zdrowotnej.

Tabela 5.17. Wyniki klasyfikacji na podstawie parametrów rozwoju lokalnego i turystycznych w roku 2017

L.p.	Klasa typologiczna	Nazwy gmin
1.	I – najlepsza	Rewal (2), Dziwnów (3), Międzyzdroje (3), Kołobrzeg (1), Ustronie Morskie (2), Mielno (3), Świnoujście (1)
2.	II – umiarkowana	Drawsko Pomorskie (3), Goleniów (3), Nowogard (3), Gryfice (3), Trzebiatów (3), Gryfino (3), Golczewo (3), Kamień Pomorski (3), Wolin (3), Kołobrzeg (2), Myślibórz (3), Kołbaskowo (2), Police (3), Darłowo (2), Stargard (1), Ińsko (3), Kobylanka (2), Stargard (2), Szczecinek (1), Wałcz (1), Łobez (3), Koszalin (1), Szczecin (1), Darłowo (1)
3.	III - najgorsza	Drawno (3), Czaplinek (3), Kalisz Pomorski (3), Złocieniec (3), Stepnica (3), Moryń (3), Malechowo (2), Postomino (2), Biały Bór (3), Borne Sulinowo (3), Szczecinek (2), Połczyn-Zdrój (3), Mirosławiec (3), Barwice (3), Wałcz (2), Przelewice (2)

Źródło: opracowanie własne.

Różnice między 2017 a 2020 dotyczyły między innymi gminy Przelewice, które z klasy najlepszej zostały przeniesione do klasy umiarkowanej.

Podsumowując uzyskane wyniki należy uznać, że turystyka zdrowotna nie wpływa istotnie na poziom rozwoju lokalnego, czego dowodzi przeprowadzone z wykorzystaniem metody k-średnich badanie klasyfikacyjne. W wyniku przeprowadzonych analiz w latach

2017 i 2020 widoczne są niewielkie przesunięcia w trójstopniowej skali określających poziom rozwoju gmin w województwie zachodniopomorskim. Należy jednak podkreślić raz jeszcze, że w celu dokładniejszego zbadania problemu badawczego za jaki uznano wpływ turystyki zdrowotnej na rozwój lokalny zaplanowano szereg szczegółowych badań, które zostaną przeprowadzone w dalszych etapach prac badawczych, czego wnioski zostaną zawarte w publikacjach naukowych.

ROZDZIAŁ VI. SPECYFIKA OFERTY TURYSTYKI ZDROWOTNEJ REALIZOWANEJ W WYBRANYCH GMINACH WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

6.1. Uwarunkowania funkcjonowania obiektów hotelowych świadczących usługi z zakresu turystyki zdrowotnej

W celu poszerzenia wiedzy dotyczącej podmiotów turystyki zdrowotnej, jakimi są obiekty hotelowe oferujące usługi spa&wellness wykorzystano jedno z narzędzi badawczych, jakim był kwestionariusz ankiety. Pierwszym etapem było skonstruowanie kwestionariusza ankiety i przeprowadzenie badania pilotażowego. Został on stworzony w celu pogłębienia wiedzy nt. oferty wybranych obiektów hotelowych, świadczących usługi turystyki zdrowotnej. Informacje zebrane stanowiły dane pierwotne. Analizy podmiotów turystyki zdrowotnej dokonali także P. Cuka i B. Gregorova [2020]. Jednak badanie przeprowadzone przez autorów dotyczyło zbadania z wykorzystaniem kwestionariusza – satysfakcji klientów, którzy odwiedzili wybrane słowackie uzdrowiska. Miało ono na celu wskazanie subiektywizmu badań jakościowych w zakresie jakości świadczonych usług.

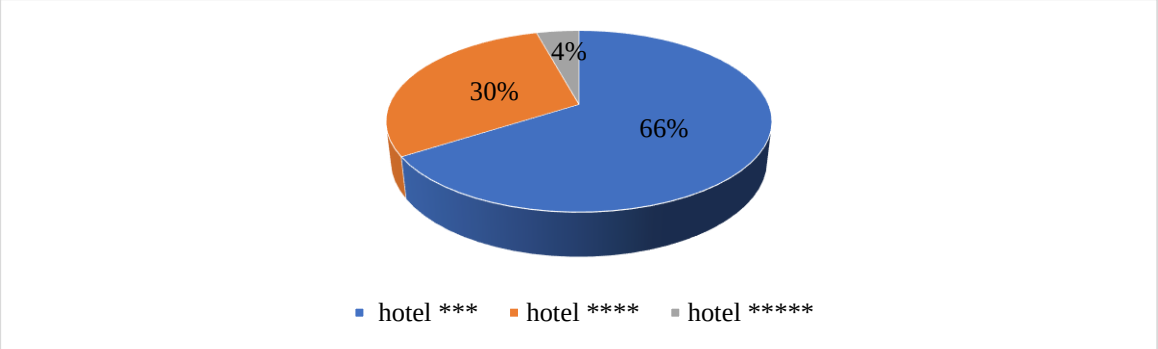
Wśród badaczy obiektów świadczących spa&wellness znaleźli się także I. Cichocka i J. Krupa [2016], którzy dokonali oceny standardów jakości usług i oferty obiektów spa&wellness w porównaniu z oczekiwaniami klientów. Do badania, które przeprowadzono na dwóch grupach – studentów i uczniów technikum hotelarskiego wykorzystano kwestionariusz ankietowy. Podobnie jak w przypadku autorskiego kwestionariusza zamieszczonego w dysertacji – znalazły się tam pytania dotyczące obsługi w obiekcie, ofertą usług, kompetencjami personelu, znajomością języków obcych, itp. Według uczniów i studentów biorących udział w badaniu, popyt na usługi spa&wellness wzrasta wraz ze zwiększającymi się dochodami konsumentów oraz sezonowością tego typu usług. Dla osób, które wybierają hotel pod względem zaplecza spa&wellness, istotny był dostęp do basenu, sauny i różnego rodzaju zabiegów [Cichocka, Krupa 2016, s. 83-85].

Badanie właściwie – z użyciem kwestionariusza ankiety zostało przeprowadzone w okresie od sierpnia do października 2019 roku na celowo wybranej grupie reprezentatywnej, która objęła 94 obiekty hotelowe trzy-, cztero- i pięciogwiazdkowych na terenie województwa zachodniopomorskiego, świadczących usługi dla turystyki zdrowotnej. Pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety skierowane były do menadżerów tych obiektów lub osób przez nich wyznaczonych, w celu uzyskania

bardziej wiarygodnych informacji dotyczących między innymi: źródeł finansowania pobytu czy najczęstszych motywów przyjazdów. Ankieta była anonimowa. Dla każdego pracownika reprezentującego badany obiekt turystyczny przekazywany był jeden egzemplarz kwestionariusza ankiety.

Część właściwa formularza została poprzedzona krótką metryczką, która zawierała pytania dotyczące między innymi: wskazania kategorii hotelu (trzy-, cztero- i pięciogwiazdkowego), miejscowości, w której znajduje się obiekt i liczby miejsc noclegowych. Jedno z pytań dotyczyło konieczności określenia rodzaju gminy, na terenie której znajduje się hotel (miejska, wiejska lub miejsko-wiejska). Druga część formularza, która stanowiła część właściwą zawierała 22 pytania półotwarte i zamknięte.

Wykres 6.1. Struktura menadżerów reprezentujących obiekty hotelowe, które wzięły udział w badaniu ankietowym



Źródło: opracowanie własne.

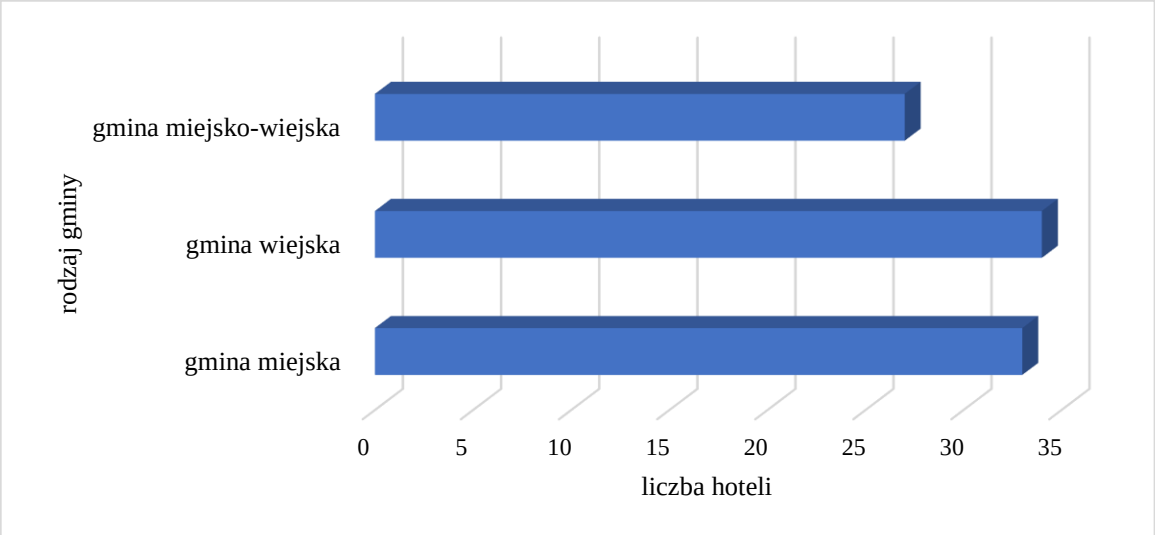
Na wykresie 6.1. przedstawiono strukturę obiektów, biorących udział w badaniu. Spośród ankietowanych osób najliczniejszą grupę byli menadżerowie obiektów trzygwiazdkowych, którzy stanowili 66% wszystkich respondentów. Niemal co trzeci badany hotel posiadał cztery gwiazdki. Najniższy odsetek uczestników badania reprezentowali pracownicy z obiektów pięciogwiazdkowych (4% respondentów).

Podobnych badań dotyczących podmiotów noclegowych w Polsce dokonały J. Jabłońska i D. Kopczyk [2016], które poprzez wyniki badań ankietowych (kwestionariusz dostępny była dla wszystkich osób powyżej 18 roku życia) określiły preferencje użytkowników hoteli w zakresie produktu i usług. Badanie wykazało, że najważniejsze dla klientów hoteli w Polsce poza opiniami na portalach (69,2% odpowiedzi) istotny był koszt noclegu (62,4% odpowiedzi). Natomiast przy wyborze standardu – ankietowani najczęściej preferują hotele: trzygwiazdkowe

(29,3% odpowiedzi), czterogwiazdkowe (25,6% odpowiedzi) i pięciogwiazdkowe (6,0% odpowiedzi) [Jabłońska, Kopczyk 2015, s. 125-128]. Podobnie jak w przypadku badania ankietowego, które wyniki zaprezentowano w rozprawie – najliczniejsza okazała się grupa osób wybierająca ośrodki trzygwiazdkowe.

Podział terytorialny hoteli świadczących usługi spa&wellness w województwie zachodniopomorskim wskazuje na stosunkowo proporcjonalne rozmieszczenie między gminy miejskie, wiejskie i miejsko-wiejskie [wykres 6.2.]. Najwięcej hoteli spośród całej próby badawczej znajdowało się na terenie gmin wiejskich (34 obiekty), a najmniej na terenie gmin miejsko-wiejskich (32 obiekty).

Wykres 6.2. Rozmieszczenie badanych hoteli w województwie zachodniopomorskim według rodzaju

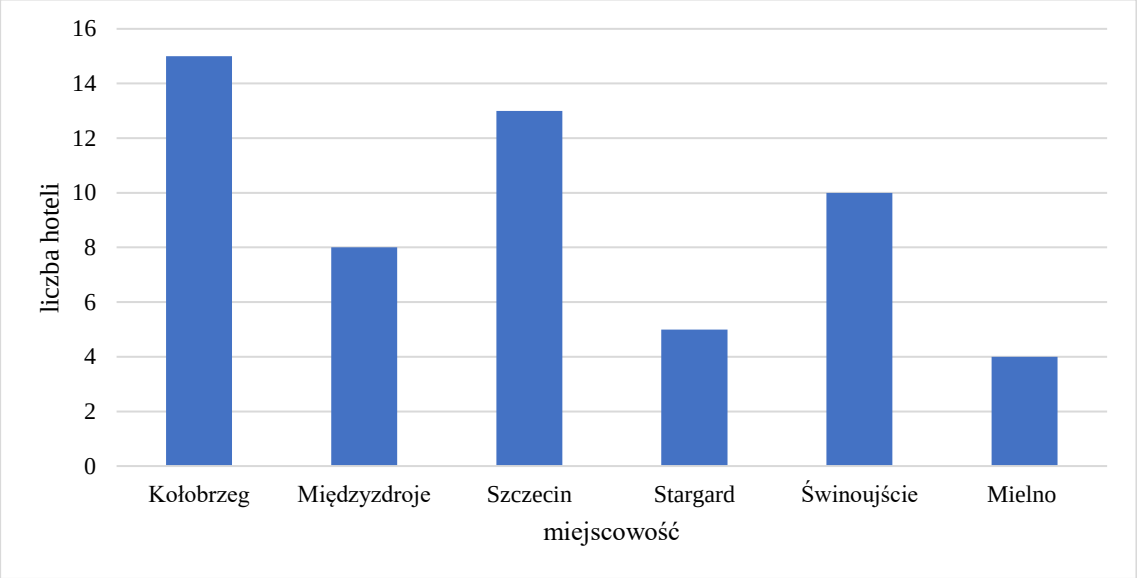


Źródło: opracowanie własne

W celu poznania dokładniejszej lokalizacji obiektów, w których pracują respondenci, w jednym z pytań, zostali poproszeni o wskazanie miejscowości, w której znajduje się obiekt, gdzie pracują [wykres 6.3.]. Z badań wynika, że spośród gmin, w których znajdowało się najwięcej hoteli trzy-, cztero- i pięciogwiazdkowych nie wszystkie zlokalizowane były wzdłuż linii Morza Bałtyckiego, czego przykładem był na przykład Szczecin lub Stargard. Warto jednak zauważyć, że wśród niewymienionych na wykresie 19 gmin województwa zachodniopomorskiego z największą liczbą ankietowanych przedstawicieli obiektów znalazły się również miejscowości turystyczne takie jak: Jarosławiec, Darłowo, Mielno, Ustronie Morskie, Dziwnów, Dźwirzyno. Są to gminy położone w pasie nadmorskim, na terenie których nie znajdowało się wiele hoteli spełniających kryteria wyboru jednostek grupy reprezentatywnej.

Gminy te oferowały jednak odwiedzającym turystom inne obiekty noclegowe, do których można było zaliczyć na przykład: domy wczasowe, domki, campingi. Należy również zauważyć, że najwięcej ankietowanych znajdowało się na terenie Kołobrzegu (15) i Szczecina (13) [wykres 6.3.]. Miasto Kołobrzeg jest miejscowością, która słynie również z turystyki uzdrowiskowej, będącej jedną z form turystyki zdrowotnej. W przypadku Świnoujścia było to dziesięć osób reprezentujących hotel, a w Międzyzdrojach osiem. Warto zauważyć, że pomimo szerokiej oferty turystycznej w Mielnie tylko cztery obiekty zostały objęte badaniem ankietowym.

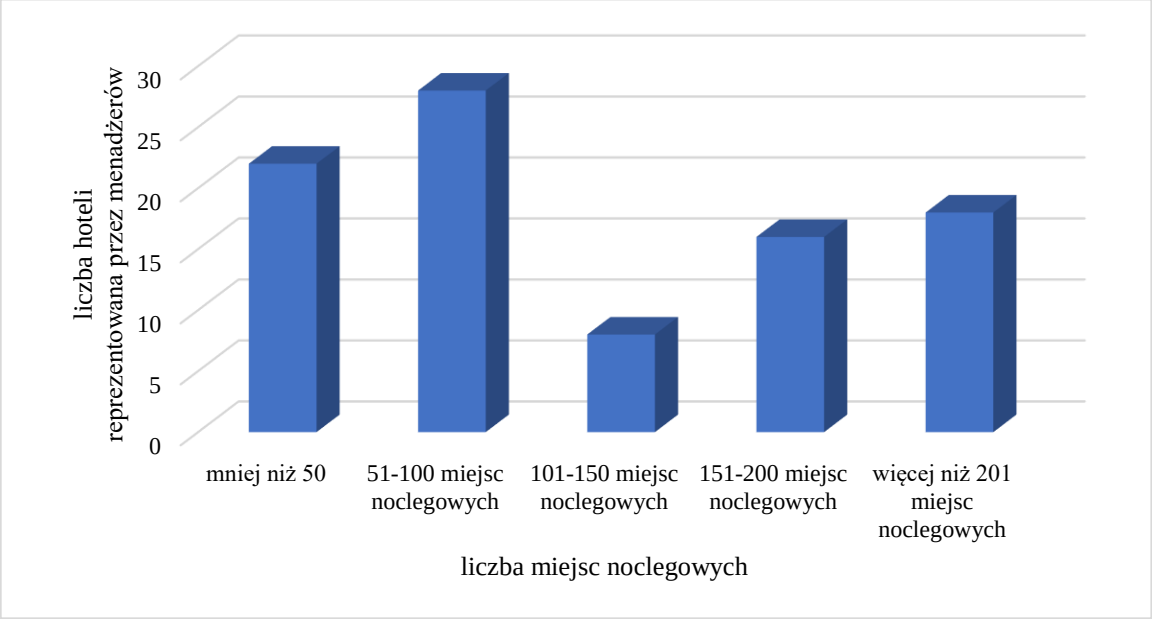
Wykres 6.3. Wykaz miejscowości, w których znajdowało się najwięcej przedstawicieli hoteli trzy-, cztero- i pięciogwiazdkowych, którzy wzięli udział w badaniu



Źródło: opracowanie własne.

Wśród gmin województwa zachodniopomorskiego, badaniem objęto także reprezentantów obiektów z gminy Stargard, która nie posiada bezpośredniego dostępu do Morza Bałtyckiego, podobnie jak położony niedaleko Szczecin. Należy zwrócić uwagę na rozmieszczenie przestrzenne osób ankietowanych, które wskazuje na koncentrację występowania obiektów trzy-, cztero- i pięciogwiazdkowych w znacznej części wzdłuż linii brzegowej Bałtyku. Chcąc uzyskać informację dotyczącą wielkości bazy noclegowej, zapytano respondentów o liczbę miejsc noclegowych w hotelach, w których pracują. Z otrzymanych odpowiedzi wynikało, że najwięcej ankietowanych reprezentowało hotele, które dysponowały 51-100 miejscami noclegowymi. Najmniej hoteli posiadało 101-150 miejscami [wyk. 6.4.].

Wykres 6.4. Liczba miejsc noclegowych w obiektach hotelowych, reprezentowanych przez menadżerów



Źródło: opracowanie własne.

Znaczna część osób, które brały udział w badaniu wskazywała, że liczba miejsc noclegowych oferowanych gościom w ich obiekcie nie przekraczała 100. Należy jednak zwrócić uwagę, że według uzyskanych odpowiedzi, w województwie zachodniopomorskim znajdowało się 21 obiektów, które dysponowało ponad 201 miejscami noclegowymi.

Jedno z pierwszych pytań części właściwej ankiety dotyczyło określenia przez respondentów głównych grup konsumentów, dla których obiekt turystyczny, w którym pracują, świadczył aktualnie usługi. Najczęściej wskazywaną grupą odwiedzającą badane obiekty byli turyści zagraniczni, korzystający z zabiegów spa&wellness (51 odpowiedzi), natomiast na drugim miejscu wskazywano turystów krajowych korzystających z zabiegów spa&wellness (47 odpowiedzi). Biorąc pod uwagę cenę pobytów turystycznych w Polsce i innych państwach, zarówno różnica w koszcie pobytu wypoczynkowego w kraju zamieszkania (zagranicą) i jakość świadczonych usług sprawiają, że turyści między innymi z Niemiec czy Skandynawii chętnie przyjeżdżają na urlop na polskie wybrzeże. Z odpowiedzi uzyskanych od respondentów wynika, że w przypadku 21 obiektów hotelowych oferta kierowana jest głównie do rodzin z dziećmi. Natomiast w 19 ośrodkach działania marketingowe miały na celu przyciągnięcie klientów krajowych i zagranicznych.

Tylko w przypadku 15 obiektów menadżerowie, wskazali odpowiedź, że oferta hotelu koncentrowana była na przyciągnięciu kuracjuszy, którzy finansowali swój pobyt ze środków prywatnych, bądź dzięki otrzymania refundacji z NFZ. Pozostali respondenci wskazali:

- uczestników szkoleń, konferencji i bankietów (11 odpowiedzi),
- turystów indywidualnych (6 odpowiedzi),
- turystów biznesowych (5 odpowiedzi),
- turyści w podróży służbowej (4 odpowiedzi).

Na podstawie otrzymanych odpowiedzi można zauważyć, że hotele, które reprezentowali ankietowani były odwiedzane najczęściej przez: rodziny z dziećmi (69 obiektów), singli (56 obiektów), a także uczestników szkoleń i konferencji (44 obiekty). Dziewięć obiektów kierowało swoje oferty także do par podróżujących wspólnie.

Po określeniu grupy docelowej oferty turystycznej, oraz osób, które najczęściej korzystały z usług obiektów hotelowych trzy-, cztero- i pięciogwiazdkowych w województwie zachodniopomorskim, zapytano uczestników badania, o to, do kogo w przyszłości chcą kierować swoją ofertę. Otrzymane odpowiedzi nie różniły się znacząco w stosunku do informacji uzyskanych w pytaniu dotyczącym grup osób, które najczęściej odwiedzały obiekty. W perspektywie przyszłości i dalszych planów rozwoju oferty, pracownicy obiektów, biorących udział w badaniu, wskazywali najczęściej na dalsze doskonalenie oferty kierowanej głównie do turystów krajowych i zagranicznych, korzystających z usług spa&wellness oraz uczestników turystyki biznesowej i wypoczynkowej.

W celu pogłębienia stanu wiedzy w zakresie oferowanych produktów, zapytano respondentów o wskazanie najczęściej sprzedawanych i cieszących się największym zainteresowaniem pobytów wśród klientów. Wyniki przedstawiono w tabeli 6.1.

Tabela 6.1. Produkty turystyczne wybierane najczęściej przez klientów obiektów hotelowych w województwie zachodniopomorskim

L.p.	Rodzaj pobytu	L. odpowiedzi
1.	Pakiet 7 dniowy z zabiegami spa&wellness	38
2.	Pakiet 7 dniowy dla rodzin z dziećmi	35
3.	Weekend konferencyjny + rekreacja	25
4.	Pobyt uzdrowiskowy dla kuracjuszy	11

Ciąg dalszy tabeli 6.1.

L.p.	Rodzaj pobytu	L. odpowiedzi
5.	Wyjazd motywacyjny	8
6.	Inne: • Pobyt weekendowy • Pobyt dla dwojga	 20 2

Źródło: opracowanie własne.

Największym zainteresowaniem w obiektach hotelowych w województwie zachodniopomorskim cieszyły się pobyty 7-dniowe z zabiegami spa&wellness, na co wskazało aż 38 respondentów. Uczestnicy otrzymywali w pakiecie wybrane zabiegi, w zależności od oferty hotelu, liczba i rodzaje zabiegów wchodzących w skład pakietu mogły się różnić. Niewiele mniejszym zainteresowaniem, bo aż w 35 obiektach były to pobyty 7-dniowe dla rodzin z dziećmi. W trakcie trwania turnusu organizowane były zajęcia dla dzieci, na terenie obiektu trwały gry i zabawy z animatorami dla najmłodszych, a także zajęcia dla dzieci z rodzicami.

Ze względu na atrakcyjne położenie obiektów hotelowych trzy-, cztero- i pięciogwiazdkowych w województwie zachodniopomorskim, w bliskiej odległości od Morza Bałtyckiego, a także rozwinięte zaplecze konferencyjne tych obiektów, stale rozwija się oferta kierowana do przedsiębiorstw, środowisk naukowych i firm szkoleniowych, która dawały możliwość zorganizowania pobytu konferencyjnego wraz z fakultatywnym przedłużeniem pobytu dla relaksu. Dlatego też jako cieszący się dużym zainteresowaniem produkt turystyczny, respondenci wskazywali weekend konferencyjny wraz z rekreacją (25 odpowiedzi), obejmujący na przykład: wyjazd studyjny.

Poza świadczonymi przez obiekty hotelowe usługami noclegowymi i wyżywieniem, respondenci zostali zapytani o usługi i atrakcje, jakie oferowane są gościom odwiedzającym ich obiekty. Oferta usług dodatkowych wśród hoteli jest zróżnicowana [tabela 6.2.]. Najczęściej występującą atrakcją dla gości były zewnętrzne place zabaw, które są szczególnie istotne dla osób podróżujących z dziećmi.

Tabela 6.2. Atrakcje i usługi, które oferowane są gościom hotelowym w województwie zachodniopomorskim

L.p.	Rodzaj oferowanej usługi	L. odpowiedzi
1.	Siłownia	42
2.	Sala gier	8
3.	Sala zabaw	19
4.	Małe zaplecze odnowy biologicznej	21

Ciąg dalszy tabeli 6.2.

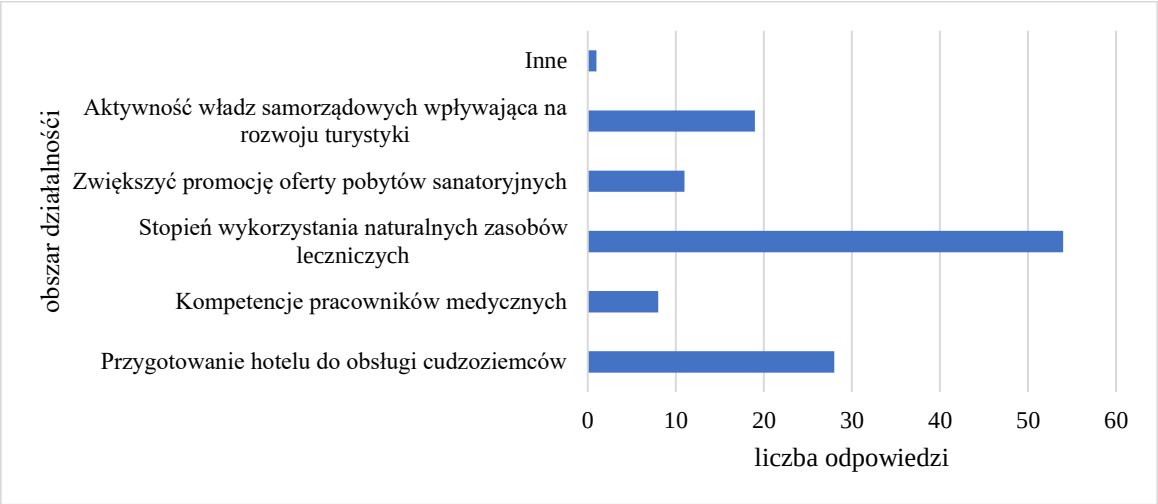
L.p.	Rodzaj oferowanej usługi	L. odpowiedzi
5.	Kompleksowe zaplecze spa&wellness	38
6.	Wypożyczalnia sprzętu rowerowego	14
7.	Kajakarstwo	1
8.	Nordic walking	17
9.	Inne: • Plac zabaw zewnętrzny • Sale konferencyjne/organizacja imprez okolicznościowych • Kort tenisowy • Tor gocardowy • Grota solna	 57 39 3 1 2

Źródło: opracowanie własne.

Spośród wskazanych w pytaniu możliwych odpowiedzi, ponadto respondenci wskazywali często na dostęp do siłowni (42 odpowiedzi) i kompleksowego zaplecza spa&wellness (38 odpowiedzi). Tylko 21 pracowników, reprezentujących hotele trzy-, cztero- i pięciogwiazdkowe wskazało, że obiekt, w którym pracują, dysponuje małym zapleczem odnowy biologicznej. Krytą salę zabaw wskazywało 19 respondentów. Ponadto goście posiadali również możliwość odpłatnego wypożyczenia sprzętu rowerowego (14 odpowiedzi) lub sprzętu do nordic walking (17 odpowiedzi), dzięki czemu można było zwiedzić okolicę, pozostawiając samochód na parkingu, korzystając z walorów przyrodniczych. Poza sugerowanymi odpowiedziami, respondenci mogli wpisać informację, co jeszcze oferowały ich obiekty gościom podczas pobytu. Jedna osoba wskazała, że obiekt turystyczny, w którym pracuje, oferuje swoim gościom dodatkowo możliwość skorzystania z toru gocardowego.

Biorąc pod uwagę chęć ciągłego doskonalenia, walkę z konkurencją, zdaniem respondentów, konieczne jest dokonanie zmian w obiektach, w których pracują [wykres 6.5.]. Każdy z respondentów mógł wskazać tylko jedną odpowiedź, określając, co według nich wymaga przede wszystkim poprawy.

Wykres 6.5. Obszary działalności w hotelu, które wymagają poprawy według respondentów



Źródło: opracowanie własne.

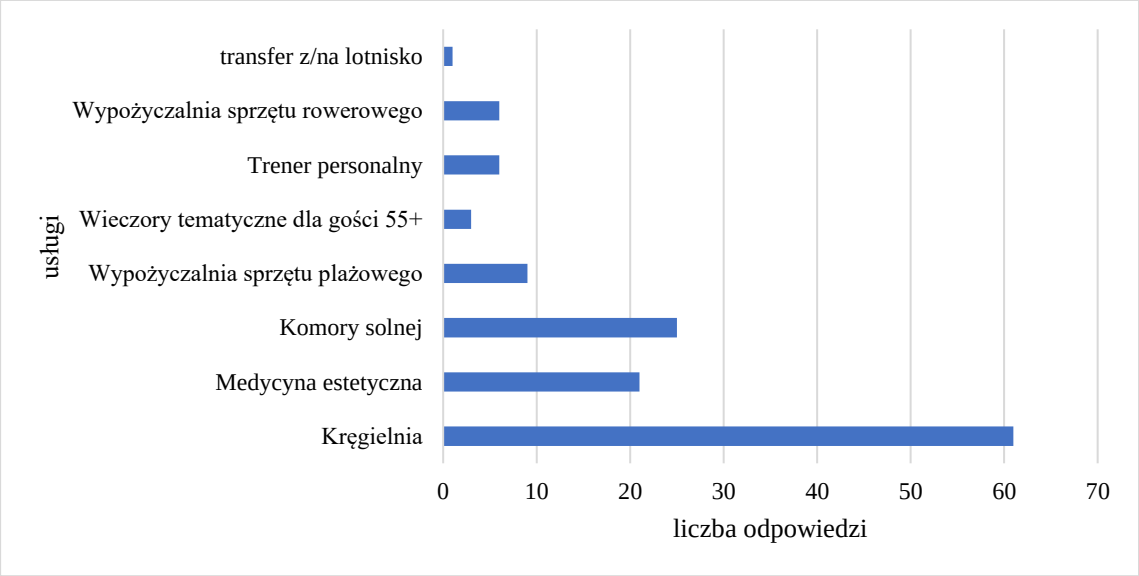
Według respondentów największym problemem w hotelach, wymagającym poprawy było wykorzystywanie przez obiekty zasobów leczniczych, do których zalicza się między innymi: jod, złoża torfowe borowin, wody mineralne solankowe i inne występujące na terenie województwa zachodniopomorskiego. Drugim ważnym elementem wymagającym zmian była konieczność podniesienia jakości obsługi turystów zagranicznych. Wymaga to przede wszystkim biegłej znajomości języków obcych przez pracowników i zapewnienia, aby w poszczególnych obszarach funkcjonowania obiektów hotelowych znajdowały się osoby komunikujące się na przykład po angielsku, niemiecku czy ukraińsku (recepcja, pracownicy restauracji, pracownicy spa&wellness). Respondenci wskazywali również na brak odpowiedniego zaangażowania samorządów w rozwój turystyki, na przykład: poprzez reklamowanie miejscowości czy gminy w mediach społecznościowych lub na portalach z ofertą turystyczną regionu, co mogłoby zachęcić potencjalnych turystów do odwiedzenia miejscowości lub nawet konkretnego hotelu, który zawiera udogodnienia odpowiadające ich preferencjom.

Najrzadziej ankietowani wskazywali na konieczność zintensyfikowania promocji oferty pobytów sanatoryjnych i podniesienia kompetencji pracowników medycznych. Natomiast jedna osoba wskazała na konieczność dostosowania obiektu do potrzeb osoby niepełnosprawnej. Na przestrzeni ostatnich lat zauważalne jest ciągłe dążenie do zwiększenia dostępności do turystyki, transportu, rozrywki osób z niepełnosprawnością. Dzięki temu osoby z ograniczeniami ruchowymi lub innymi schorzeniami mają możliwość wyjazdu na odpoczynek, zatrzymując się w hotelu

dopasowanym do potrzeb osób niepełnosprawnych – na przykład: pokoje posiadające poręcze zarówno przy ścianach, jak i w toalecie. Na terenie obiektu najczęściej znajduje się winda lub podjazd. Odpowiednio dostosowana infrastruktura na zewnątrz obiektów, która umożliwia swobodne poruszanie się i korzystanie z atrakcji hoteli jest coraz częściej przyczyną modernizacji obiektów.

W dalszej części formularza zapytano respondentów o usługi, których brakuje w ich hotelach, czego wyniki przedstawiono na wykresie 6.6. Odpowiadający mogli wskazać maksymalnie trzy odpowiedzi z listy lub wpisać własną.

Wykres 6.6. Atrakcje i usługi, których brakuje w hotelach



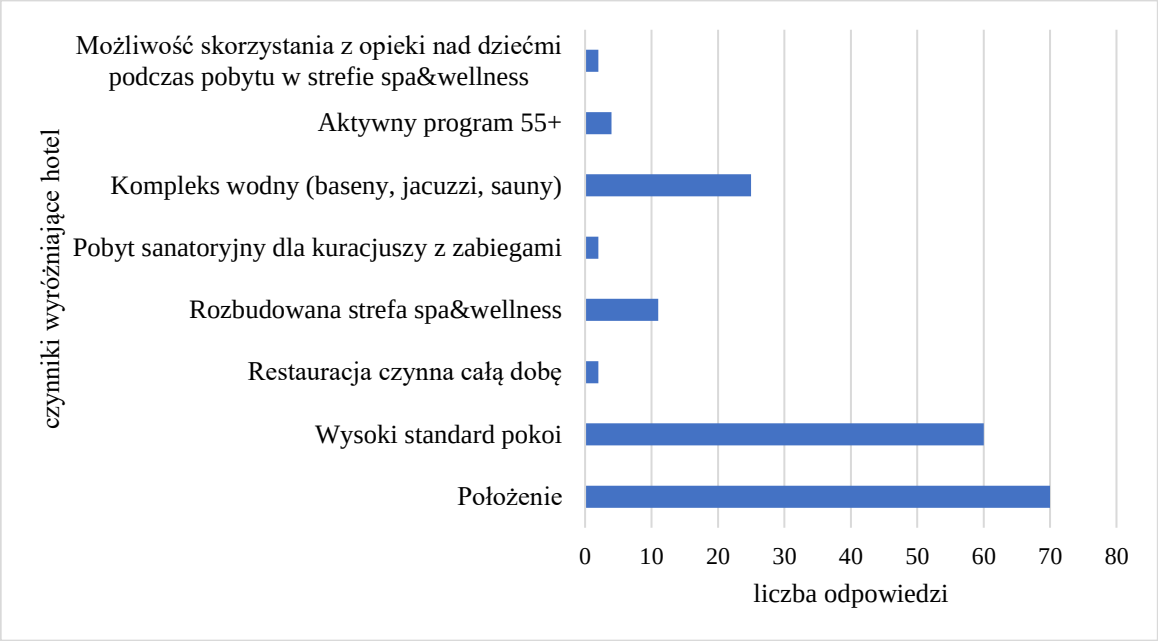
Źródło: opracowanie własne.

Najczęściej wskazywano brak kręgielni na terenie obiektu (61 osób). Dzięki jej posiadaniu możliwe byłoby zwiększenie przychodów hotelu, poprzez udostępnienie jej do użytku osobom spoza obiektu. Ponad 20 osób wybrało również brak komory solnej, co byłoby dodatkową atrakcją dla przyjeżdżających turystów. Pomimo powszechnego już dostępu do usług z zakresu medycyny estetycznej, 21 osób zauważyło brak tego typu działalności w swoim hotelu. Dostępność tego rodzaju usług być może przyciągnęłaby większą liczbę gości, na przykład na pobyty weekendowe. Brak wypożyczalni sprzętu plażowego wskazało dziewięcioro respondentów, jednak większość obiektów udostępniała zazwyczaj swoim gościom w pokojach: koc, leżak lub parawan. Ponadto sześć osób wskazało brak opieki trenera personalnego. Siłownie znajdujące się na terenie ośrodków zazwyczaj stworzone zostały do samodzielnych ćwiczeń, jednak niektóre hotele dysponowały odpłatną usługą,

dzięki której po wcześniejszym umówieniu, trener personalny przyjeżdżał na zajęcia z gościem do hotelu. Tylko jedna osoba wskazała brak transferu z lotniska do obiektu, co jednak nie oznaczało, że pozostałe obiekty dysponowały taką usługą. Usługa ta zwykle była dodatkowo płatna i w przypadku, gdy dotyczyła transferu na przykład z dworca PKP czy PKS, obowiązywały limity osób, powyżej ilu chętnych możliwy byłby do zrealizowania kurs. Konieczna była również wcześniejsza rezerwacja takiej usługi, ponieważ realizowana byłaby prawdopodobnie przez firmę zewnętrzną.

Biorąc pod uwagę zróżnicowanie w ofercie noclegowej poszczególnych podmiotów turystycznych, kolejne z pytań dotyczyło cech, które wyróżniały obiekt na tle innych hoteli w województwie zachodniopomorskim. Odpowiedzi dotyczące nie tylko jakości, ale i dostępności usług stanowiących największy atut hoteli przedstawiono na wykresie 6.7.

Wykres 6.7. Czynniki wyróżniające hotel względem innych obiektów o zbliżonym profilu prowadzonej działalności



Źródło: opracowanie własne.

Niewątpliwie wśród najważniejszych czynników wyróżniających hotele na tle konkurencji uznano położenie (70 odpowiedzi) i wysoki standard pokoi (60 odpowiedzi). Biorąc pod uwagę położenie, chodziło przede wszystkim o warunki przyrodnicze, otoczenie terenami zielonymi, bliskie sąsiedztwo lasów, parków oraz dostęp do Morza Bałtyckiego. Korzyścią dla obiektów była również rozwinięta infrastruktura drogowa,

która umożliwiała bezpieczną podróż samochodem osobowym, bądź też dobre połączenia komunikacją autobusową czy kolejową.

Dla turystów, którzy decydują się na pobyt w hotelu, istotny mógłby być również dostęp do kompleksu wodnego (obejmujący baseny, sauny, jacuzzi), na co wskazało 25 osób. Stanowiło to dodatkowe źródło dochodu dla obiektu, ponieważ w chłodne lub deszczowe dni, z usług kompleksu wodnego chętnie korzystali również turyści, którzy przyjechali do okolicznych ośrodków. Niektóre ośrodki, jak na przykład hotel Jan *** w Darłowie, przyjmowały ponadto grupy zorganizowane – kolonie i obozy. Dla części gości istotny był nielimitowany dostęp do strefy wodnej, ponieważ przyjeżdżając, aby odpocząć, chętnie korzystali z atrakcji oferowanych w cenie pobytu. Niektóre obiekty wyróżniały się rozbudowaną strefą spa&wellness, co wskazało 11 respondentów. Świadczenie w obiekcie tego typu usług wymagało zatrudnienia wykwalifikowanego personelu, który będzie świadczył usługi na najwyższym poziomie, dodatkowym atutem była znajomość języków obcych, co z pewnością zwiększyło atrakcyjność wśród turystów zagranicznych. W niektórych obiektach osoby pracujące posiadają identyfikator, na którym oznaczone jest, w jakim języku obcym się komunikują, co ułatwiało porozumiewanie się turystów zagranicznych z pracownikami obsługi.

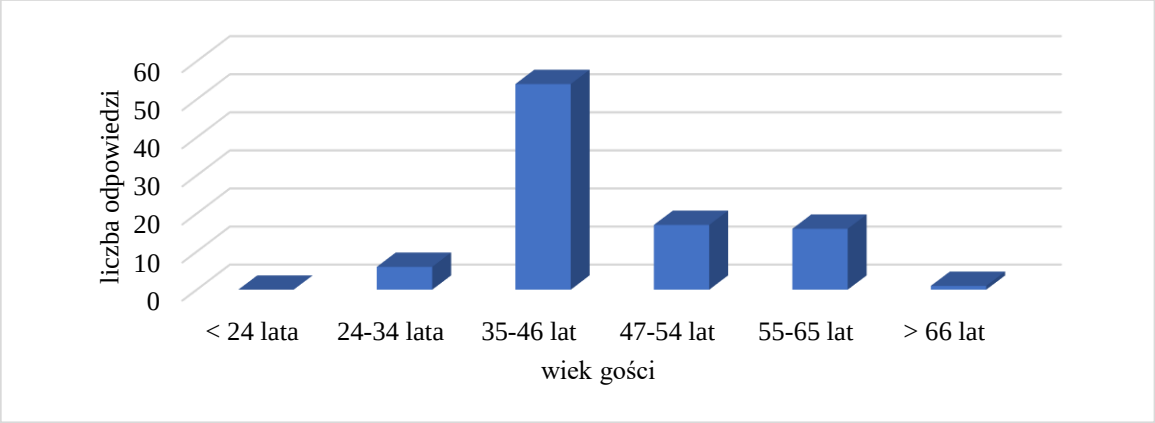
Istotne dla podróżujących rodzin są coraz częściej występujące możliwości skorzystania z opieki nad dziećmi podczas urlopu, na przykład: zostawiając dziecko pod opieką animatora na sali zabaw, w czasie korzystania na przykład z zabiegów spa&wellness. Był to również czynnik wyróżniający obiekt na tle konkurencji, co wskazały dwie osoby. Coraz częściej obiekty proponowały swoim gościom liczne atrakcje i harmonogram aktywności, w których mogły brać udział dzieci, dorośli jak i osoby starsze. Dla dzieci przewidziane były najczęściej zajęcia z animatorami, zajęcia sportowe, natomiast dla dorosłych przewidziano wieczorki taneczne, disco night, nauki tańca, zumba, zajęcia rekreacyjne (na przykład: aqua-dance, aqua-aerobic). Czworo menadżerów biorących udział w badaniu uznało, że posiadanie programu dla osób 55+ stanowi czynnik wyróżniający obiekt na tle innych hoteli w okolicy.

Na podstawie otrzymanych wyników zauważono, że średni wiek gości hotelowych oscylował między 35 a 46 rokiem życia (54 odpowiedzi) [wykres 6.8.]. Natomiast ponad trzykrotnie mniej osób odpowiedziało, że przeciętny wiek ich gości wynosił między 47 a 54 lata (17 odpowiedzi) lub 55-65 lat (16 odpowiedzi).

Według odpowiedzi zazwyczaj gośćmi hotelowymi były osoby pracujące, bądź na emeryturze, które stać na sfinansowanie pobytu w hotelu trzy-, cztero-

lub pięciogwiazdkowym, zapewniającym szereg udogodnień, których nie otrzymaliby korzystając z noclegu w innych obiektach, takich jak: hostele, domy wypoczynkowe, campingi, pola namiotowe.

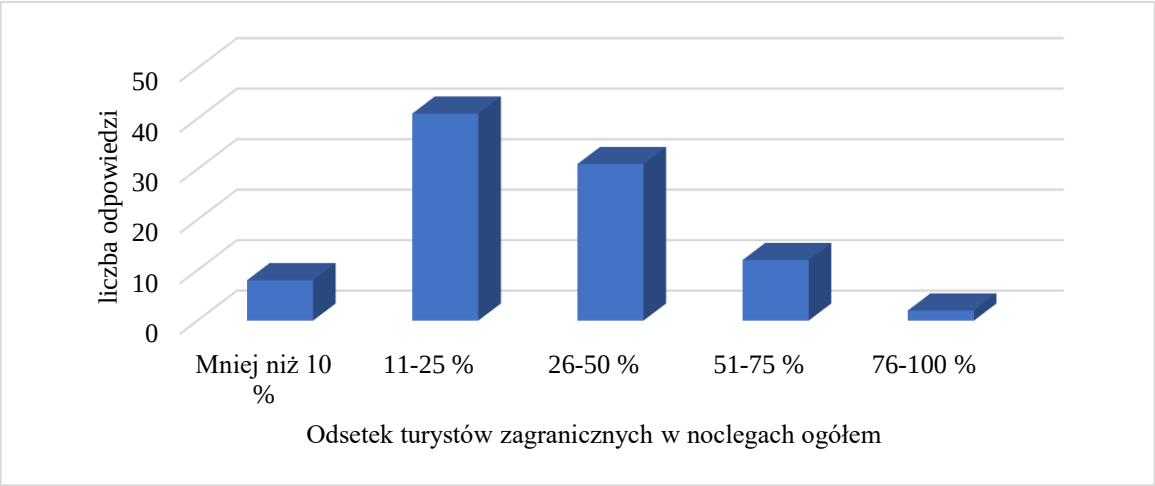
Wykres 6.8. Średni wiek gości w hotelu



Źródło: opracowanie własne.

Następne pytanie zostało poświęcone strukturze turystów odwiedzających hotele [wykres 6.9.]. Respondencji zostali poproszeni o określenie, jaki był udział gości zagranicznych spośród wszystkich osób odwiedzających ich hotele.

Wykres 6.9. Udział turystów zagranicznych w obłożeniu obiektów hotelowych



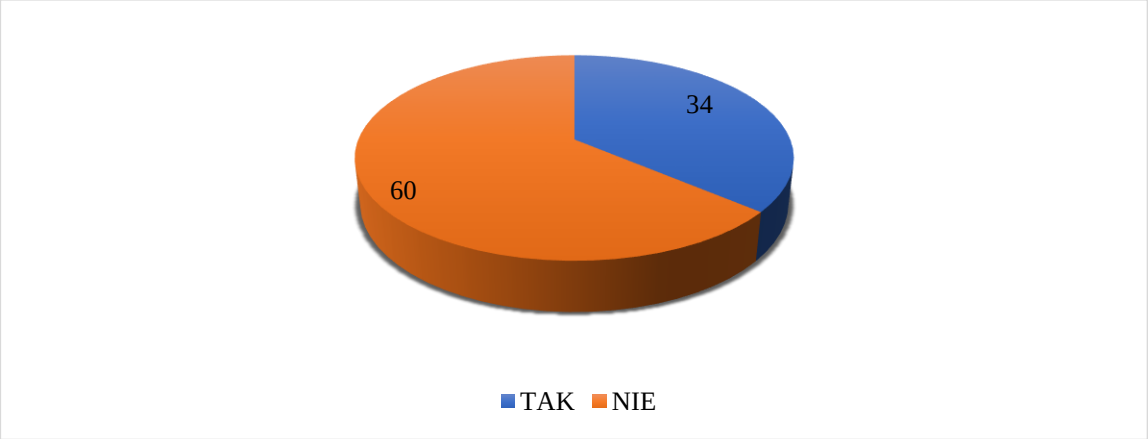
Źródło: opracowanie własne.

41 respondentów wskazało, że goście zagraniczni stanowili od 11% do 25% wszystkich gości. Natomiast w przypadku 31 obiektów menadżerowie zadeklarowali, że poza turystami krajowymi przyjęli między 26% a 50% turystów z zagranicy. Dzięki ofercie hotelu w mediach społecznościowych lub na stronie internetowej ośrodka zamieszczonej w języku angielskim/niemieckim, zwiększono prawdopodobieństwo zainteresowania

ofertą gości z zagranicy. Ponadto wpływ na to miała również współpraca z biurami podróży, co doprowadziło do rozpowszechnienia informacji o obiekcie wśród osób chcących odwiedzić daną destynację turystyczną. Spośród ankietowanych tylko dwie osoby wskazały, że obłożenie turystami zagranicznymi wahało się od 76% do 100%. W przypadku pobytów w hotelach w województwie zachodniopomorskim można spotkać turystów przede wszystkim z Niemiec, co wynika między innymi ze znacznie niższych kosztów pobytów, ponieważ obowiązująca zagranicą waluta sprawia, że urlopy w Polsce często są tańsze dla turystów zagranicznych. W przypadku ośmiu hoteli, menadżerowie wskazali, że turyści niekrajowi stanowią mniej niż 10% wszystkich gości.

Uwzględniając wzrost dostępności przestrzeni publicznych dla osób niepełnosprawnych, w następnym pytaniu zapytano respondentów o dostosowanie reprezentowanego przez nich obiektu do ich potrzeb [wykres 6.10.], mając na uwadze zarówno przestrzeń ogólnodostępną, jak i część rekreacyjną, gastronomiczną oraz pokoje i łazienki.

Wykres 6.10. Czy hotel jest dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych?



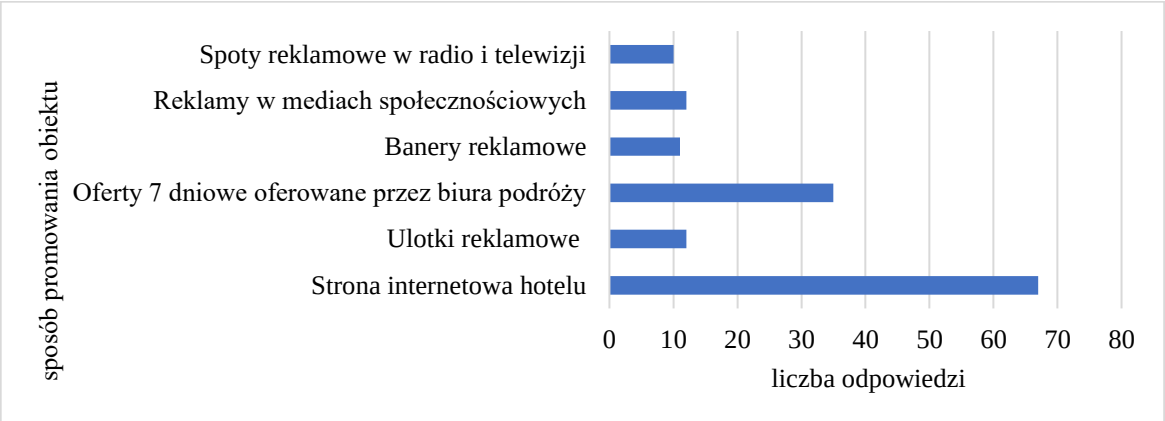
Źródło: opracowanie własne.

Prawie 64% ankietowanych wskazało, że ich obiekt nie jest dopasowany do potrzeb osób niepełnosprawnych, co oznacza, że średnio tylko co trzeci hotel był w stanie przyjąć osoby z niepełnosprawnością, zapewniając im odpowiednie warunki. Biorąc pod uwagę zmieniające się trendy, dotyczące turystyki osób niepełnosprawnych, dla których podróżowanie i wyjazdy do obiektów turystycznych stają się coraz częściej osiągalne, dane te nie są zbyt optymistyczne. Jest to związane przede wszystkim z kosztami przystosowania terenu, między innymi: podjazdów, zapewnienia odpowiedniej przestrzeni w pokojach, toaletach. W sytuacji, jeśli obiekt nie znajduje się na jednym poziomie, konieczne jest zainstalowanie samego podjazdu lub windy, która stanowi kosztowną

inwestycję. W niektórych przypadkach obiekty nie posiadają miejsca, gdzie można dobudować przestrzeń na windę, ponieważ ich działki są niewielkie, bez możliwości powiększenia.

Wiedząc już jaką ofertą dysponowały obiekty i do kogo była głownie kierowana, jaki był średni wiek turystów przebywających w obiektach hotelowych, kolejne pytanie dotyczyło działalności promocyjnej, w jaki sposób przedsiębiorstwa reklamowały swój obiekt i ofertę. Wyniki przedstawiono na wykresie 6.11. Według respondentów głównym sposobem promocji hotelu była strona internetowa (67 odpowiedzi). Obecnie coraz więcej stron internetowych obiektów turystycznych posiada automatycznego asystenta, z którym potencjalny klient może pisać wiadomości w oknie komunikatora i uzyskać odpowiedzi na nurtujące go pytania związane z ofertą. W momencie, kiedy asystent nie udzieli wystarczających odpowiedzi, w czasie pracy recepcji możliwe jest połączenie z pracownikiem za pośrednictwem przeglądarki internetowej. Drugim źródłem, które było najczęściej wskazywane przez ankietowanych to oferta 7-dniowa, którą można wykupić za pośrednictwem biur podróży, na co wskazało 35 respondentów. Jest to jak najbardziej trafne rozwiązanie do osób, które nie potrafią, są zapracowane lub po prostu nie chcą tracić czasu na samodzielne wyszukiwanie kierunków wakacji. Dzięki biurom podróży dostają gotową ofertę ośrodków, które są dopasowane do ich oczekiwań i potrzeb oraz kryteriów cenowych.

Wykres 6.11. W jaki sposób hotel promuje swój obiekt i ofertę?



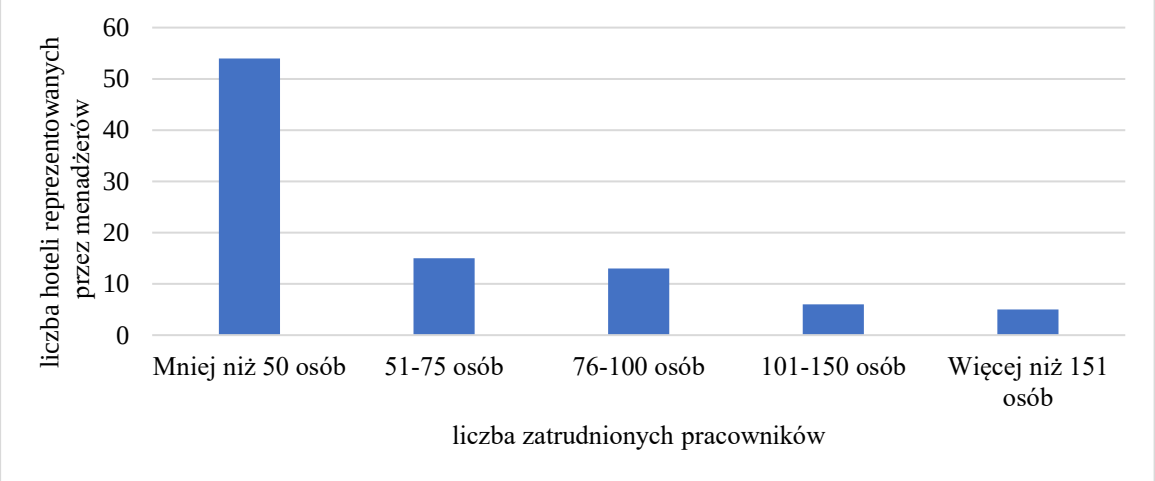
Źródło: opracowanie własne.

Oferty biur podróży stanowią często najwygodniejsze i najbezpieczniejsze rozwiązanie dla osób starszych, które nie zawsze potrafią korzystać z dostępu do internetu, a dzięki profesjonalnej obsłudze klienta w biurze podróży, pracownicy chętnie udzielą pomocy w znalezieniu oferty dopasowanej do ich potrzeb i budżetu. Co dziewiąta

ankietowana osoba wskazała, że promowali swój hotel za pośrednictwem radia i telewizji. Najczęściej była to telewizja internetowa, bądź lokalna. Banery reklamowe (12 respondentów) stanowiące alternatywę dla ulotek i reklam, które coraz częściej zastępowały reklamy w mediach społecznościowych wybrało 12 osób biorących udział w badaniu ankietowemu. Poza wymienionymi formami promocji ośrodków hotelowych, stosunkowo nowy sposób stanowiły konkursy w mediach społecznościowych. Aby wziąć udział w konkursie, gdzie nagrodą był na przykład: weekendowy pobyt dla dwóch osób, zazwyczaj konieczne było spełnienie zasad konkursu, do których najczęściej należą: polubienie hotelu w social mediach, udostępnie go na swoim profilu w mediach społecznościowych oraz zaproszenie do zabawy kolejnych osób. Dzięki takim działaniom, w szybkim tempie zwiększano zasięgi informacji dla potencjalnych przyszłych gości hotelowych, którzy za pośrednictwem konkursu mogli dowiedzieć się o istnieniu i ofercie obiektu turystycznego.

Biorąc pod uwagę rodzaj obiektów, w zależności od standardu oraz oferty, liczba zatrudnionych osób różniła się w zależności od sezonu turystycznego [wykres 6.12.]. W kwestionariuszu ankiety respondenci zostali zapytani o liczbę osób zatrudnianych w ścisłym sezonie.

Wykres 6.12. Liczba zatrudnionych osób w obiekcie hotelowym w ścisłym sezonie



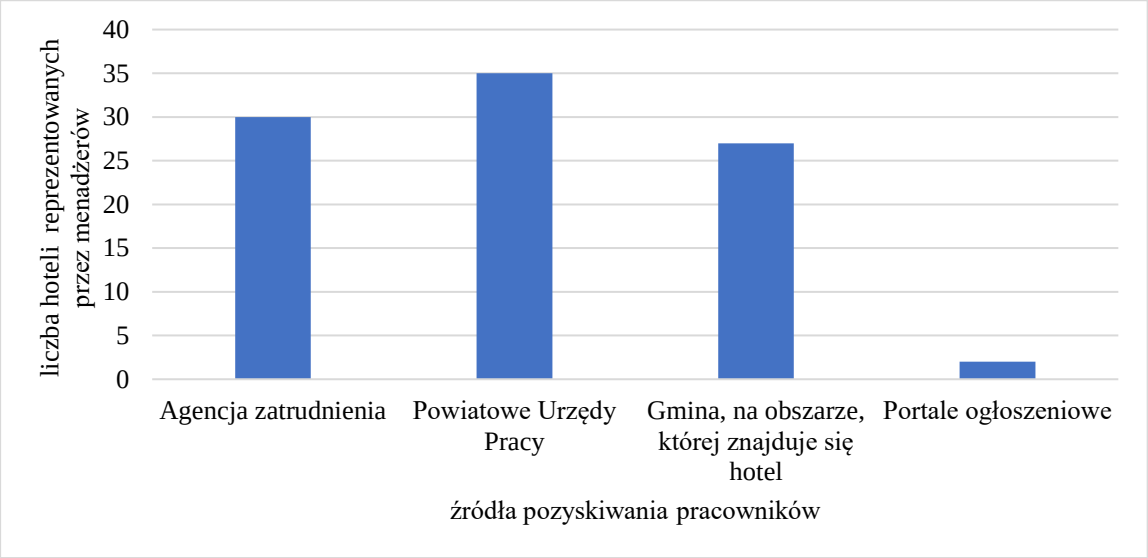
Źródło: opracowanie własne.

Spośród ankietowanych, 54 osoby wskazały, że przedsiębiorstwo turystyczne, w którym pracują, zatrudniało mniej niż 50 osób w najwyższym sezonie. W hotelach na wybrzeżu ścisły sezon przypada na miesiące wakacyjne, kiedy jest w Polsce najcieplej. Morze Bałtyckie przyciąga co roku wielu turystów, zarówno krajowych, jak i zagranicznych. 15 osób zaznaczyło, że zatrudniało od 51 do 75 osób, a 13 osób

– między 76 a 100 pracowników. Uzyskane odpowiedzi dotyczących zatrudnionych pracowników wskazywało, że znaczna część analizowanych obiektów trzy-, cztero- i pięciogwiazdkowych są to małe lub średnie przedsiębiorstwa. Tylko co ósme przedsiębiorstwo zatrudniało więcej niż 101 osób, co świadczyło o tym, że były to duże hotele, które poza usługami noclegowymi, zajmowały się także działalnością dodatkową, na przykład: organizacją warsztatów, kursów i szkoleń, obsługą grup zorganizowanych poprzez przyjmowanie ich w godzinach otwarcia kompleksów wodnych. Konieczność zatrudniania w sezonie większej liczby pracowników wynikała z rozbudowanej strefy spa&wellness, atrakcyjnej lokalizacji, organizowanych wydarzeń kulturalnych lub sportowych w okolicy, co przyciągało więcej turystów.

Obecnie mamy do czynienia na rynku pracy z „rynkiem pracownika". Jest to sytuacja korzystna z punktu widzenia potencjalnych pracowników, którzy mają możliwość wyboru miejsca zatrudnienia, Mogą znaleźć pracę, która będzie dopasowana do ich oczekiwań i umiejętności. Istnieje wiele źródeł informacji, w których pracownicy wyszukują oferty pracy. W sprawie znalezienia zatrudnienia w hotelu, respondenci zostali zapytani o źródła pozyskiwania pracowników do swoich przedsiębiorstw. Najczęstszym sposobem pozyskiwania osób do pracy według wyników przedstawionych na wykresie 6.13., które wskazali ankietowani były ogłoszenia zamieszczane w Powiatowym Urzędzie Pracy, co wskazało 35 menadżerów. Jednak co 3 osoba wskazała, że w procesie rekrutacji pracowników hotel korzystał z usług Agencji Zatrudnienia, które znajdowały odpowiedni personel do pracy na wskazanych stanowiskach. Korzystając z Agencji Zatrudnienia, odpowiedzialność wybrania wykwalifikowanego pracownika, który posiadałby odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie na podobnym stanowisku przenoszona była na podmiot zewnętrzny. Respondenci deklarowali także, że w hotelu, w którym pracują, zatrudniano również pracowników z miejscowości, na terenie której znajduje się obiekt lub z okolicy. Dzięki czemu skutkowało to poprawą sytuacji na rynku pracy, poprzez możliwość zatrudnienia osób, które nie są mobilne i w łatwy sposób mogą dotrzeć do pracy.

Wykres 6.13. Źródła pozyskiwania pracowników do pracy w hotelu

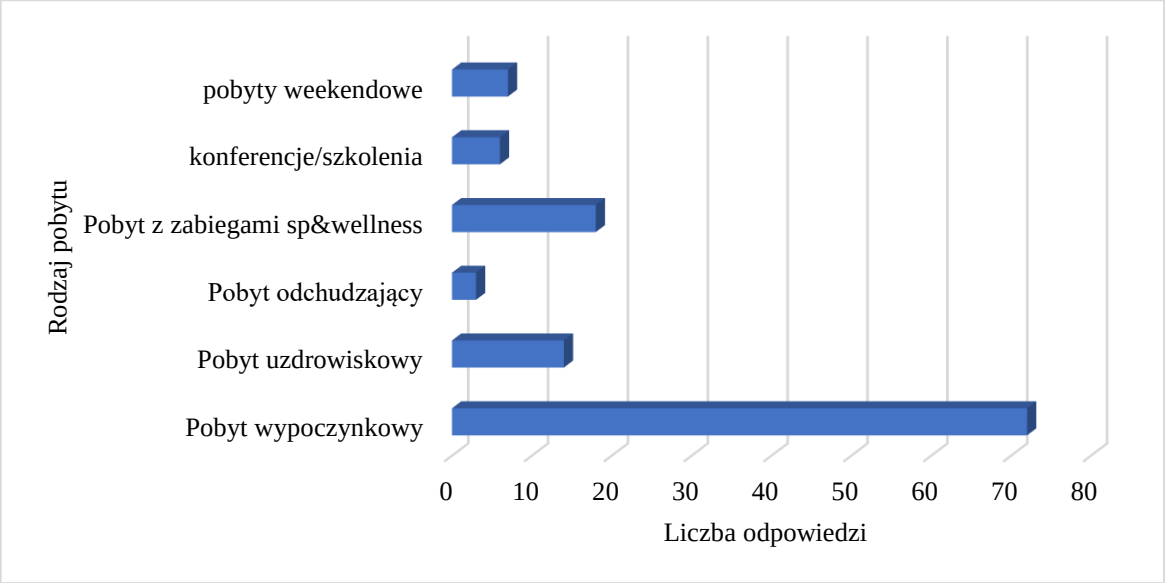


Źródło: opracowanie własne.

Najrzadziej, bo tylko dwie osoby wskazały, że źródłem pozyskiwania pracowników były portale ogłoszeniowe. Obecnie poza wymienionymi źródłami pozyskiwania pracowników, coraz częściej hotele zamieszczają ogłoszenia na swoich stronach internetowych, w zakładce praca, gdzie jasno określone są wymagania i warunki pracy na stanowisku. Sugerowane wynagrodzenie podawane jest najczęściej w przedziale kwotowym, ze względu na zróżnicowane doświadczenie, dodatkowe kompetencje.

W jednym z pytań kwestionariusza zapytano menadżerów o produkty, które cieszą się największym zainteresowaniem wśród turystów odwiedzających hotele [wykres 6.14.]. Respondenci mieli możliwość wyboru odpowiedzi z listy lub dopisanie własnej. Osoby odpowiadające wskazały jako główne zainteresowanie gości – pobyty związane ze szkoleniami lub konferencjami (6 osób) i krótkie wyjazdy weekendowe, które są idealnym rozwiązaniem dla osób zapracowanych, chcących na chwilę oderwać się od codzienności i obowiązków, aby się zregenerować i odpocząć (7 osób).

Wykres 6.14. Pobyty cieszące się największym zainteresowaniem wśród gości hotelu



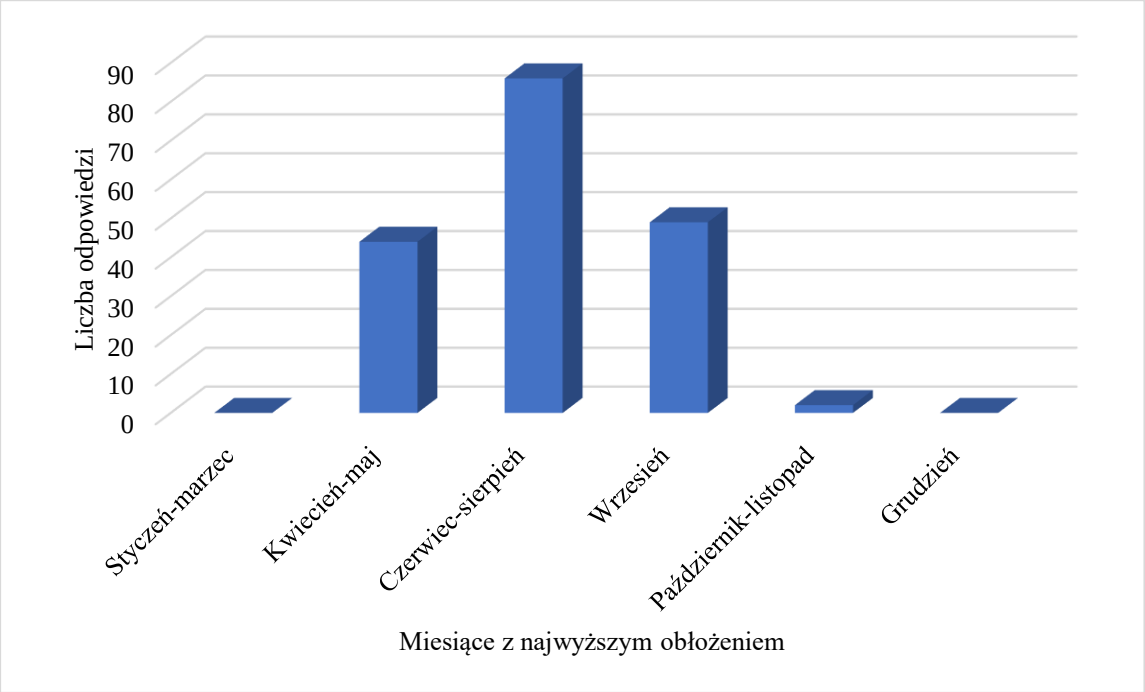
Źródło: opracowanie własne.

Badania wskazują na znaczną dysproporcję w odpowiedziach udzielanych przez ankietowanych [wykres 6.14.]. Najpopularniejsze wśród gości były pobyty wypoczynkowe (72 odpowiedzi), które najczęściej trwały 7 dni, niektóre obiekty posiadały w swojej ofercie również turnusy 14-dniowe. Spośród grupy respondentów 18 osób wskazało pakiet z zabiegami spa&wellness. Liczba ta się znacząco różniła, ponieważ nie każdy obiekt hotelowy dysponował rozbudowanym zapleczem odnowy biologicznej. Zakres zabiegów wchodzących w pakiet pobytu w poszczególnych ośrodkach mógł się różnić. Tylko trzy osoby wskazały, że w ich ośrodkach popularne były pobyty odchudzające. Biorąc pod uwagę wzrost świadomości społeczeństwa w kwestii zdrowego odżywiania oraz dbania o kondycję fizyczną, coraz częściej ludzie sami podejmują działania, aby zadbać o własne zdrowie i ciało, bez konieczności uczestnictwa w pobytach odchudzających. Średnio co siódma zapytana osoba odpowiedziała, że największym zainteresowaniem cieszyły się pakiety z zabiegami uzdrowiskowymi, wykorzystującymi zasoby naturalne.

Wiedząc, które pakiety i oferty wybierają turyści podczas pobytów w hotelach trzy-, cztero- i pięciogwiazdkowych w województwie zachodniopomorskim, w następnym pytaniu respondenci zostali zapytani o miesiące, które charakteryzowały się największym obłożeniem w ich obiekcie. Wyniki przedstawiono na wykresie 6.15. Biorąc pod uwagę położenie, mikroklimat, zmienność pór roku, zauważono, że zdecydowana większość społeczeństwa wybiera okres letni na wyjazdy nadmorskie. Z punktu widzenia klimatu, należy pamiętać, że pomimo okresu letniego pogoda w pasie nadmorskim nie gwarantuje

nam słonecznej pogody przez cały sezon urlopowy. W związku z czym, część społeczeństwa decyduje się każdego roku na wakacje zagraniczne, gdzie znacznie bardziej możliwe jest przewidzenie pogody na cały pobyt.

Wykres 6.15. Największe obłożenie w hotelach w województwie zachodniopomorskim



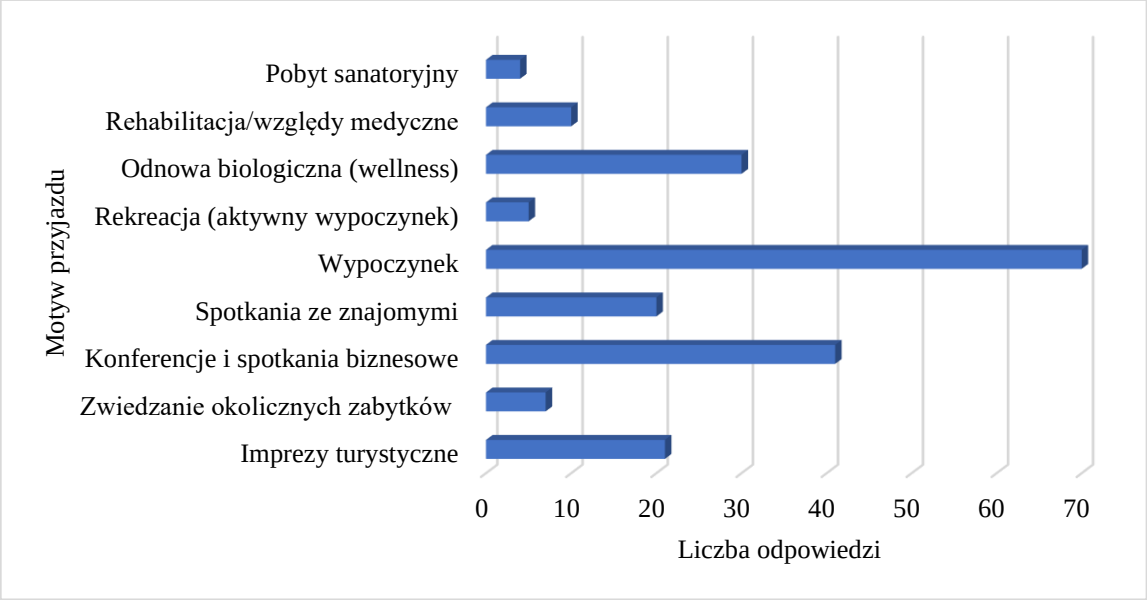
Źródło: opracowanie własne.

Patrząc na wykres przedstawiający odpowiedzi na pytanie dotyczące miesięcy, w których obłożenie było największe, 86 ankietowanych wskazało, że były to miesiące od czerwca do sierpnia. Co oznacza, że było to związane zarówno z sezonem urlopowym, jak i wakacjami, co dodatkowo sprzyjało i zachęcało do podróżowania. Najwięcej osób odwiedzało hotele w okresie od wiosny do jesieni, co wyraźnie widać na wykresie 6.15. Poza sezonem letnim w większości miejscowości nadmorskich, czy w ośrodkach położonych w pobliżu rzek, nie jest prowadzona działalność rozrywkowa, gastronomiczna, handlowa. Większość punktów otwieranych jest w miejscowościach głównie na sezon letni i wraz z końcem sierpnia, spora część przedsiębiorstw zostaje zamknięta, przez to, że liczba turystów w wielu destynacjach również znacznie się zmniejsza. Zarówno okres wiosenny, jak i jesienny są dobrym momentem na organizację warsztatów i szkoleń, ze względu na optymalne obłożenie obiektów i możliwość rezerwacji dla dużej grupy osób w cenie niższej niż w szczycie sezonu. Szkolenia prowadzone są nie tylko dla osób ze środowiska naukowego, ale również przedsiębiorców i innych grup zawodowych. Najmniejszym obłożeniem według respondentów, charakteryzowały się miesiące jesienno-

zimowe. Należy wspomnieć, że na wybrzeżu występują również obiekty, które czynne są tylko w okresie letnim, a w czasie jesienno-zimowym pozostają nieczynne. Duże obłożenie we wrześniu wskazało 49 osób ankietowanych, a w okresie od kwietnia do maja – 44 osoby. Nikt spośród osób biorących udział w badaniu ankietowym, nie udzielił odpowiedzi, że grudzień jest miesiącem, charakteryzującym się największym obłożeniem. Dla ośrodków hotelowych jest to czas, kiedy na pobyty przyjeżdżają między innymi: rodziny chcące spędzić święta lub sylwestra z daleka od domu, bądź w większym gronie, ponieważ warunki domowe nie pozwalają im na tak liczne spotkania.

W kolejnym pytaniu zapytano przedstawicieli obiektów hotelowych o najczęściej znane im motywy przyjazdu turysytów do ich ośrodków. Jednak nie jest to pytanie w pełni obiektywne, ponieważ respondentami byli pracownicy hoteli, a nie goście, którzy obiektywnie odpowiedzieliby na pytanie odnośnie motywacji ich przyjazdu. W swojej odpowiedzi ankietowani posłużyli się posiadaną wiedzą na temat organizowanych eventów, rozmowami z gośćmi podczas pobytu i korzystania z usług, lub ilości przyjmowanych zabiegów spa&wellness, czego wyniki zaprezentowano na wykresie 6.16.

Wykres 6.16. Motywy przyjazdu turystów do hoteli w województwie zachodniopomorskim



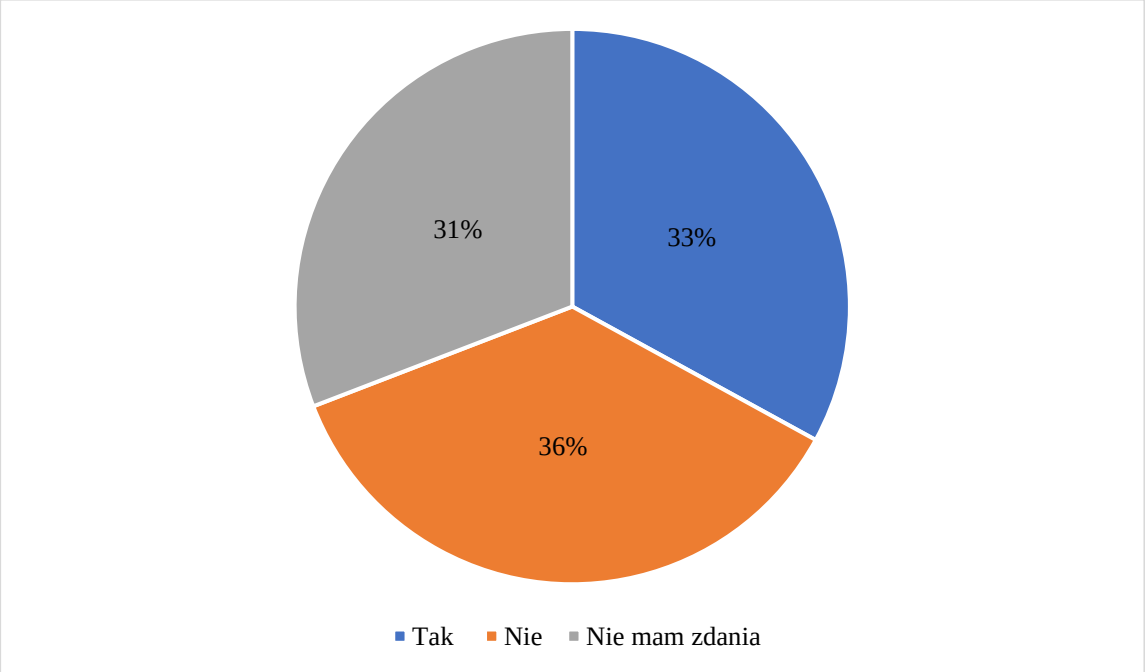
Źródło: opracowanie własne.

Ankietowani wskazali, że głównymi powodami przyjazdu do ich hoteli były: wypoczynek (69 odpowiedzi), organizowane konferencje, warsztaty i spotkania biznesowe (41 odpowiedzi) oraz połączenie wypoczynku z zabiegami odnowy biologicznej

(spa&wellness) (29 odpowiedzi). Poza wskazanymi motywami, turystów przyciągały także imprezy (21 odpowiedzi) i inne wydarzenia kulturalne lub sportowe organizowane w pobliżu hoteli (na przykład: Sunrise Festival w Kołobrzegu) lub w okolicznych miejscowościach. Tylko czworo respondentów wskazało, że powodem przyjazdu do ich ośrodka były głównie pobyty sanatoryjne, co wynikało między innymi ze zróżnicowanej oferty i zaplecza rehabilitacyjnego w zakresie świadczenia usług przez większość hoteli, które nastawione były na pobyty wypoczynkowe. Ośrodki, które położone były w pobliżu popularnych miejscowości turystycznych cieszyły się nieco większym zainteresowaniem wśród turystów. Zwiedzanie okolicznych zabytków jako główny powód pobytu w hotelu wskazało siedem osób.

W następnym pytaniu respondenci zapytani zostali o opinie dotyczącą wspierania przez władze lokalne w zakresie działań przyczyniających się do rozwoju turystyki, co przedstawiono na wykresie 6.17.

Wykres 6.17. Czy uważa Pan/Pani, że władze samorządowe wspierają rozwój turystyki w gminie?

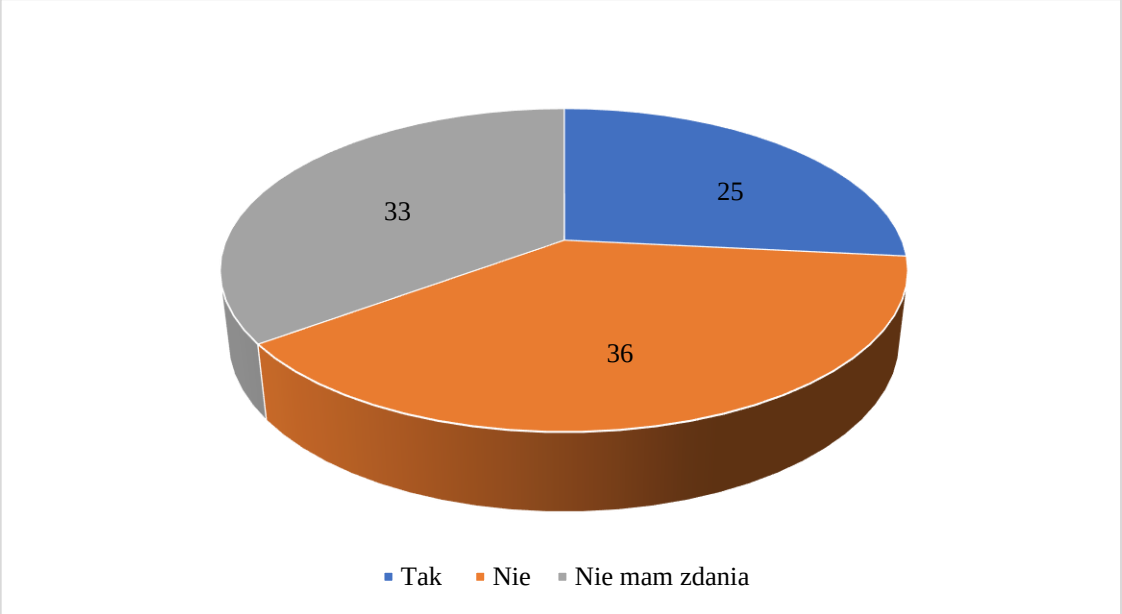


Źródło: opracowanie własne.

Co trzecia badana osoba odpowiedziała, że władze samorządowe wspierały rozwój turystyki w gminie. Jest to stosunkowo niewiele, natomiast ponad 30% pytanych osób nie miało zdania w tej kwestii. Biorąc pod uwagę specyfikę funkcjonowania, hotele są to przedsiębiorstwa profit, których głównym nastawieniem jest osiąganie zysku,

w związku z czym nie uzależniają swojej działalności i rozwoju wyłącznie od pomocy władz samorządowych. Zaledwie 36% respondentów odpowiedziało, że władze lokalne w żaden sposób nie wspierają rozwoju turystyki, co wywnioskowali na podstawie własnych analiz i obserwacji otoczenia. Jednak należy pamiętać, że, aby turystyka mogła się rozwijać, konieczne jest zapewnienie odpowiednich podstaw, między innymi odpowiedniej infrastruktury komunalnej w gminie, aby była w stanie obsługiwać również duże hotele, gospodarstwa domowe i obiekty usługowe. Jednym z istotnych czynników jest dbanie o infrastrukturę drogową. Wśród dróg dojazdowych do miejscowości występują również drogi gminne, których utrzymanie częściowo należy również do samorządów gminnych. Aby doprecyzować kwestię wpływu władz samorządowych na rozwój turystyki, ankietowani zostali zapytani o wsparcie bezpośrednie samorządu względem hotelu, w którym pracują [wykres 6.18.].

Wykres 6.18. Czy gmina udziela wsparcia dla Państwa hotelu?

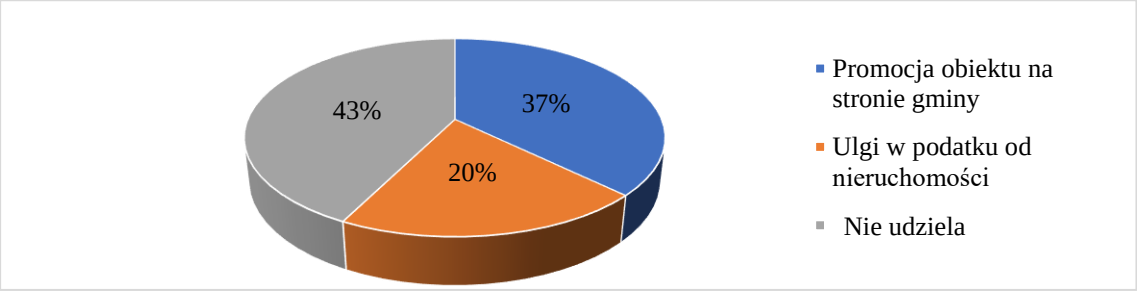


Źródło: opracowanie własne.

Według 36 osób gmina nie udzielała żadnego wsparcia dla hotelu, uznając, że stanowili oni jeden z podmiotów funkcjonujących na terenie gminy. Jedynie 25 osób zadeklarowało, że otrzymuje wsparcie od gminy. Co trzecia osoba nie ma zdania na temat udzielanej pomocy ze strony władz samorządu terytorialnego.

Jako przykłady wsparcia przez gminę respondenci mogli wskazać w kolejnym pytaniu między innymi ulgi oraz promocję obiektów na stronie internetowej gminy lub ponownie zaznaczyć brak występowania wsparcia [wykres 6.19.].

Wykres 6.19. Formy wsparcia, jakie hotel otrzymuje od samorządu terytorialnego

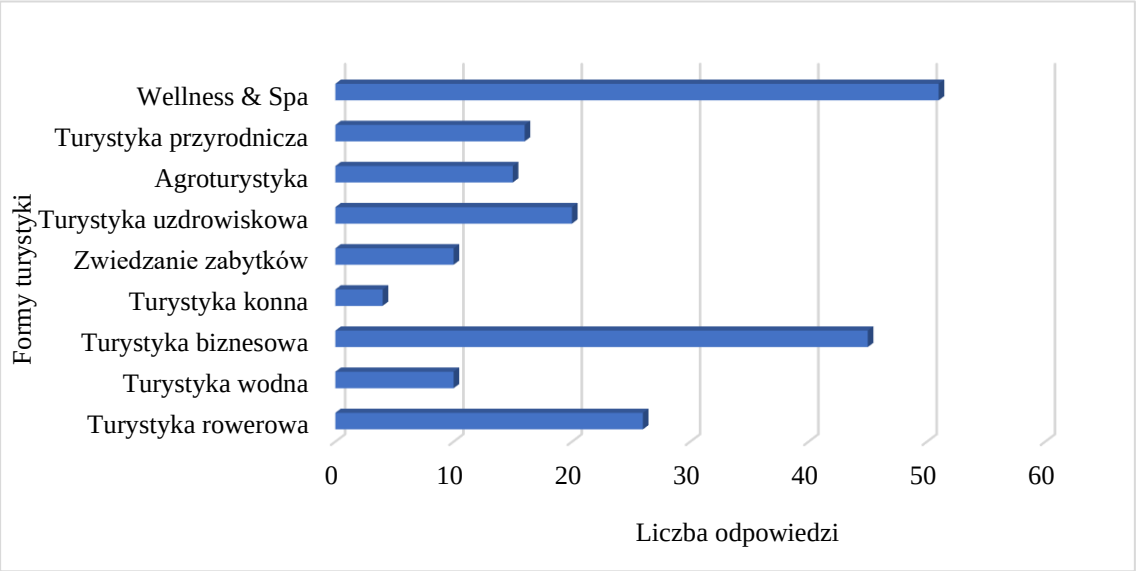


Źródło: opracowanie własne.

43% osób biorących udział w badaniu ankietowanym odpowiedziało, że hotel, w którym pracują, nie otrzymuje żadnego wsparcia. Pozostała część ankietowanych wskazała rodzaj wsparcia – ulgi w podatku od nieruchomości (19 osób) oraz promocje obiektu na stronie samorządu gminnego (35 osób). Dzięki mediom społecznościowym i reklamie na stronie internetowej samorządu lokalnego możliwe jest dotarcie do większej ilości potencjalnych klientów, którzy przeglądając stronę miejscowości turystycznej zainteresują się ofertą hotelu, w którym następnie mogliby zarezerwować swój pobyt.

Ze względu na fakt, że ankieta została przeprowadzona wśród obiektów hotelowych trzy-, cztero- i pięciogwiazdkowych, znajdujących się w województwie zachodniopomorskim, gdzie znajdują się między innymi uzdrowiska, sanatoria i liczne obiekty wypoczynkowe, respondenci zostali zapytani o formy turystyki, które możliwe są do uprawiania w okolicy hoteli. Wyniki przedstawiono na wykresie 6.20.

Wykres 6.20. Jakie formy turystyki można uprawiać w okolicy hotelu?



Źródło: opracowanie własne.

Respondenci zapytani o dodatkowe kierunki rozwoju turystyki na obszarze, gdzie położony jest hotel, najczęściej wskazywali turystykę spa&wellness (51 odpowiedzi), co świadczy o ciągle rosnącym zapotrzebowaniu na usługi w kwestii dbania o swoje ciało i relaks. Goście hotelowi chętnie korzystali z zabiegów odnowy biologicznej w trakcie swoich pobytów i jest co coraz powszechniejsze. Na drugim miejscu pod względem potencjału do dalszego rozwoju działalnosci turystycznej wskazano turystykę biznesową (45 odpowiedzi). Jest to stosunkowo nowy kierunek rozwoju. Ta forma turystyki ciągle się rozwija. Wszelkie szkolenia, konferencje i warsztaty organizowane były najczęsciej w hotelach trzy-, cztery- i pięciogwiazdkowych, gdzie uczestnicy mieli zapewnione komfortowe warunki noclegowe oraz wyżywienie. Hotele te często dysponują odpowiednim zapleczem konferencyjnym, dostępnością rzutników oraz odpowiednim nagłośnieniem, które umożliwia organizację wydarzeń dla kilkudziesięciu, a nawet kilkuset osób. Sale te są również często klimatyzowane, co także wpływa na komfort uczestników wydarzenia. Ponadto dodatkowym atutem jest niedaleka odległość do morza. Na trzecim miejscu pod względem największego potencjału wskazywanego przez respondentów uplasowała się turystyka rowerowa (26 odpowiedzi). Teren województwa zachodniopomorskiego sprzyja uprawianiu turystyki rowerowej, dzięki malowniczym krajobrazom, bogactwu przyrodniczemu – licznym jeziorom i rzekom. Coraz częściej organizowane są wyjazdy objazdowe cyklistów po malowniczych zakątkach naszego kraju, gdzie uczestnicy na poszczególnych etapach trasy przejazdowej, śpią w różnych miejscowościach. Zarówno turystykę przyrodniczą (16 odpowiedzi), jak i agroturystykę (15 odpowiedzi) w głównej mierze dedykuje się osobom, nieposiadającym balkonu lub podwórka które zamieszkują na co dzień w dużych miastach. Jest to również forma turystyki, która wybierana jest często przez rodziny z dziećmi, które chcą zobaczyć jak wygląda życie na wsi. Na terenie województwa zachodniopomorskiego przy ośrodkach agroturystycznych znajdują się również zagrody edukacyjne, które również przez zabawę uczą dzieci.

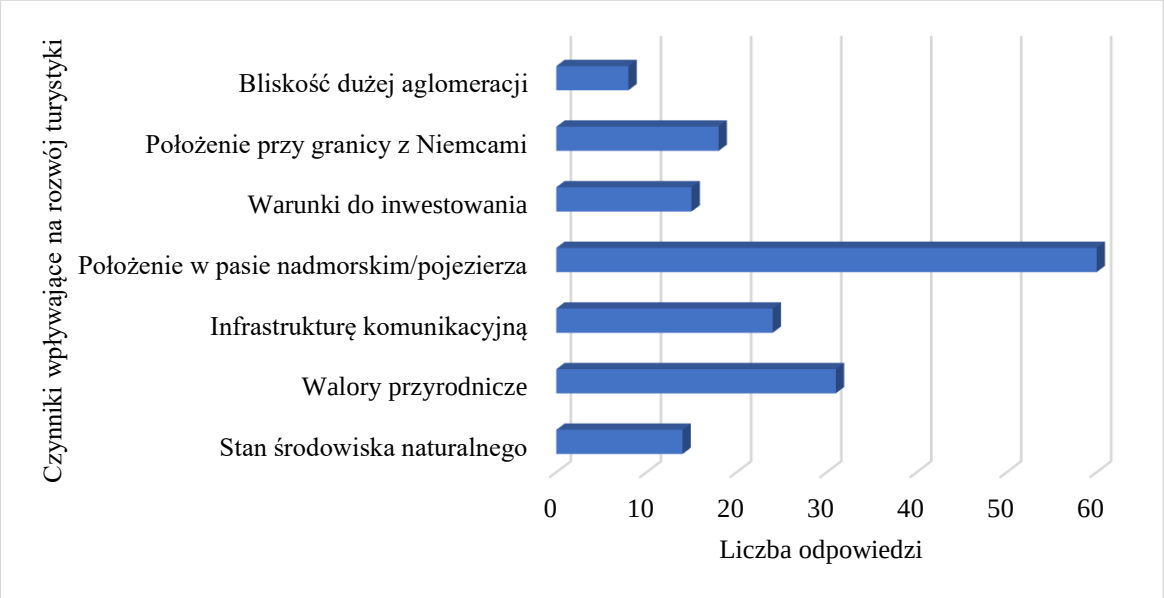
Turystyka wodna jest możliwa do uprawiania w pobliżu akwenów wodnych. Jednak pomimo licznych jezior, rzek i dostępu do Morza Bałtyckiego, potencjał rozwoju turystyki wodnej wskazało jedynie 10 osób. Jest to forma aktywności bezpieczna przede wszystkim dla tych, którzy umieją pływać. Osoby, które nie posiadają tej umiejętności, mogą czuć się dyskomfortowo. Jedną z form turystyki wodnej mogą być spływy kajakowe, połączone z kilkudniowym biwakowaniem na różnych odcinkach spływu. Jest to fajne

rozwiązanie wykorzystywane między innymi przez przedsiębiorstwa, jako wyjazdy integracyjne pracowników, bądź wyjazdy motywacyjne.

Najmniej osób wskazało turystykę konną (4 odpowiedzi), ponieważ nie jest to odpowiednia forma aktywności dla każdego. Osoby z lękiem do zwierząt, mające lęk wysokości, bądź posiadające problemy zdrowotne, nie będą chętnie uczestniczyły w turystyce konnej. Należy pamiętać, że wyposażenie i odzież odpowiednia do jazdy konnej również jest kosztowna i nie każdego stać na odpowiedni osprzęt umożliwiający komfortową jazdę.

Ostatni pytanie, na które odpowiedzieli respondencji dotyczyło wskazania, który z wymienionych czynników może mieć wpływ na rozwój turystyki na obszarze gminy [wykres 6.21.]. Spośród ankietowanych aż 60 osób wskazało, że głównym czynnikiem rozwoju było położenie w pasie pojezierzy lub nadmorskim. Atrakcyjna lokalizacja i malownicza okolica były istotnymi elementami wpływającymi na rozwój turystyki. Jednak na wstępie należałoby zainteresować potencjalnych turystów walorami danej gminy. Na drugim miejscu pod względem istotności wskazywano walory przyrodnicze (31 osób), co było szczególnie istotne dla osób mieszkających na codzień w dużych aglomeracjach.

Wykres 6.21. Czynniki mające wpływ na rozwój turystyki w gminie



Źródło: opracowanie własne.

Ponadto bodźcem do rozwoju była również odpowiednio rozbudowana infrastruktura transportowa (24 osoby). Dzięki odpowiednio rozwiniętej sieci komunikacyjnej, łatwiejszy dojazd do miejscowości turystycznych i obiektów

noclegowych miały również osoby niezmotoryzowane, ale również korzystające z komunikacji publicznej, bądź przewozów autokarowych lub pociągowych. Przez co możliwy był rozwój turystyki na danym obszarze i wzrost popularności destynacji turystycznej wśród turystów.

W hotelach poza turystami krajowymi można było spotkać również gości z zagranicy, w tym również z Niemiec, dlatego jako kolejny czynnik determinujący rozwój turystyki wskazano położenie w pobliżu granicy z Niemcami (18 osób). Najrzadziej wybieraną odpowiedzią była bliskość dużej aglomeracji (8 osób). Według respondentów przede wszystkim rozwój turystyki uwarunkowany był ukształtowaniem terenu, malowniczym położeniem w pasie nadmorskim lub pojeziernym, walory przyrodnicze. Największe szanse na rozwój miały tereny, gdzie nie było niekorzystnej ingerencji w środowisko naturalne. Zapewnienie odpowiedniej infrastruktury komunikacyjnej zwiększa możliwości dostępu do destynacji dla turystów, co obecnie nadal w niektórych regionach Polski stanowi barierę logistyczną, utrudniającą dotarcie do ośrodka.

Najliczniejszą grupą respondentów stanowili przedstawiciele hoteli trzygwiazdkowych. Przeważająca grupa respondentów pracowała w ośrodkach nadmorskich. Najczęściej hotele zatrudniały od 51 do 100 osób, a oferty kierowane są szczególnie do turystów krajowych i zagranicznych. Wśród klientów chętnie odwiedzających badane podmioty należy wskazać przede wszystkim rodziny z dziećmi. Dzięki dodatkowym atrakcjom – plac zabaw zewnętrzny, sala zabaw wewnątrz hotelu, opieka animatora, zajęcia zorganizowane, obiekty te są odpowiednim rozwiązaniem dla osób, które chcą wypocząć, a przy tym również spędzić czas z najbliższymi. Obecnie dzięki rozbudowanej infrastrukturze możliwy jest dojazd również dla osób niezmotoryzowanych. W ofercie przejazdów komunikacyjnych dostępne są połączenia nie tylko międzymiastowe, ale i międzynarodowe. Dzięki akcjom promocyjnym i wcześniejszym rezerwacjom biletów kolejowych bądź autobusowych, można skorzystać ze zniżki na przejazd. Informacje uzyskane z wyników opracowanego kwestionariusza ankiety stanowią dane pierwotne, które przyczyniają się do wypełnienia luki poznawczej nt. turystyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim.

6.2. Kondycja finansowa wybranych obiektów turystyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim

W celu zweryfikowania przyjętej w rozprawie doktorskiej hipotezy badawczej dotyczącej sytuacji finansowej podmiotów gospodarczych przeprowadzono analizę finansową wybranych podmiotów turystyki zdrowotnej. Badaniem objęto zarówno uzdrowiska, jak i obiekty hotelowe świadczące usługi z zakresu turystyki zdrowotnej. Do przeprowadzenia analizy wykorzystano dane wtórne zawarte w sprawozdaniach finansowych zamieszczonych między innymi: w bazie danych EMIS, na stronie Krajowego Rejestru Sądowego. Ze względu na niepełne informacje w sprawozdaniach przedsiębiorstw, analizę ograniczono do trzech lat – 2018-2020 (w przypadku niektórych obiektów również w wybranym przedziale czasowym występowały luki informacyjne w dokumentach sprawozdawczych). Wykaz obiektów w województwie zachodniopomorskim objętych analizą finansową przedstawiono w tabeli 6.3.

Tabela 6.3. Zestawienie wybranych obiektów turystyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim objętych badaniem sytuacji finansowej

L.p.	Przedsiębiorstwo Turystyki Zdrowotnej	Pełna Nazwa Przedsiębiorstwa	Adres Przedsiębiorstwa	KRS
1.	Radisson Blu Szczecin	Pazim Sp. Z O.O.	Ul. Pl. Rodła 8, 70-419 Szczecin	0000148810
2.	Połczyn Uzdrowisko	Uzdrowisko Połczyn Grupa Pgu S.A.	Ul. Zdrojowa 6, 78-320 Połczyn-Zdrój	0000025053
3.	Kołobrzeg Uzdrowisko	Uzdrowisko Kołobrzeg S.A.	Ul. Ściegiennego 1, 78-100 Kołobrzeg	0000048198
4.	Kamień Pom. Uzdrowisko	Uzdrowisko Kamień Pomorski S.A.	Ul. Szpitalna 14, 72-400 Kamień Pomorski	0000418151
5.	Stary Dziwnów	Elbest Sp. Z O.O.	Ul. Kościelna 40, 72-420 Dziwnów	0000022197
6.	Arka Medical Spa Kołobrzeg	Arka Mega S.A.	Ul. Sułkowskiego 11, 78-100 Kołobrzeg,	0000094452
7.	Gromada Koszalin	Hotel Gromada Sp. Z O.O.	Ul. Zwycięstwa 20-24, 75-035 Koszalin	0000028471
8.	New Skanpol Kołobrzeg	Hns 16 Sp. Z O.O.	Ul. Dworcowa 10, 78-100 Kołobrzeg	0000025067
9.	Hotel Nat (Jawor) Sarbinowo	Nadwiślańska Agencja Turystyczna Sp. Z O.O.	Ul. Nadmorska 65, 76-034 Sarbinowo	0000074847
10.	Amber Balitca Międzyzdroje	Vh Amber Baltic Sp. Z O.O.	Ul. Promenada Gwiazd 1 72-500 Międzyzdroje	0000202541
11.	Rycerski Szczecin	Phh Hotele Sp. Z O.O.	Ul. Potulicka 1 A, 70-230 Szczecin	0000219989
12.	Aquarius Kołobrzeg	Pro-San M. Jagiełka I M. Wiszniewski Sp. J.	Ul. Kasprowicza 24, 78-100 Kołobrzeg	0000274706

Ciąg dalszy tabeli 6.2.

L.p.	Przedsiębiorstwo Turystyki Zdrowotnej	Pełna Nazwa Przedsiębiorstwa	Adres Przedsiębiorstwa	KRS
13.	Panorama Szczecin	Panorama Hotel Sp. Z O.O.	Ul. Radosna 60, 70-752 Szczecin	0000202872
14.	Atrium Szczecin	Hotel Atrium Sp. Z O.O.	Al. Wojska Polskiego 75, 70-481 Szczecin	0000106935
15.	Jantar Spa Kołobrzeg	Sanatorium Uzdrowiskowe Jantar Sp Z O. O.	Ul. Prof. Rafińskiego 10-14, 78-100 Kołobrzeg	0000011003
16.	Medical Spa Unitral Mielno	Hotel Medical Spa Unitral Sp. Z O.O. Sp. K.	Ul. Piastów 6, 76-032 Mielno	0000508101
17.	Vestina Wellness Międzyzdroje	Renard Sp. Z O.O.	Promenada Gwiazd 30, 72-500 Międzyzdroje	0000075271
18.	Salvador Pyrzyce	Sp. J. Dall K.K. Rudyńscy	Ul. Lipiańska 30, 74-200 Pyrzyce	0000095324
19.	Lech Sanatorium Kołobrzeg	Spółdzielnia Sanatoryjno-Wypoczynkowa Lech Sanatorium Uzdrowiskowe w Kołobrzegu	Korzeniowskiego 1, 78-100 Kołobrzeg	0000064133
20.	Diva Spa Kołobrzeg	Diva Sp. Z O.O.	Ul. Kościuszki 16, 78-100 Kołobrzeg	0000261289
21.	Royal Tulip Sand Hotel Kołobrzeg	Zdrojowa Hotels Sp. Z O.O.	Ul. Zdrojowa 3, 78-100 Kołobrzeg	0000296672
22.	Wodnik Ustronie Morskie	Przedsiębiorstwo Usług Turystyczno Rehabilitacyjnych Wodnik H I M Rudniccy Sp. J.	Ul. Wojska Polskiego 28, 78-111 Ustronie Morskie	0000183307
23.	Leda Spa Kołobrzeg	Różewscy Spa Sp. J.	Ul. Kasprowicza 23, 78-100 Kołobrzeg	0000271446
24.	Sens Dołuje	Sens Sp. J. Jerzy Salatyński, Marcin Salatyński, Monika Salatyńska Sp. J.	Lubieszyn 11a, 72-002 Dołuje	0000197135
25.	Park Hotel Szczecin	Park Hotel Sp. Z O.O.	Ul. Plantowa 1, 70-527 Szczecin	0000168824
26.	Abrava Drawsko Pomorskie	Allea Fashion Studio Sp. Z O.O.	Ul. Piłsudskiego 15/19, 78-500 Drawsko Pomorskie	0000241609
27.	Marina Międzyzdroje	Marina Sp. Z O.O. Sp. K.	Ul. Gryfa Pomorskiego 1, 72-500 Międzyzdroje	0000616998
28.	Hanseatic Kołobrzeg	Balt- Servis Sp.Z.O.O.	Ul. Morska 7c/4, 78-100 Kołobrzeg	0000239008
29.	Active Szczecinek	Bordon Sp. Z O.O.	Juliana Ordona 29, 78-400 Szczecinek	0000243854
L.p.	Przedsiębiorstwo Turystyki Zdrowotnej	Pełna Nazwa Przedsiębiorstwa	Adres Przedsiębiorstwa	KRS
30.	Baltic Plaza Kołobrzeg	Sea Development Sp. Z O.O	Ul. Plażowa 1, 78-100 Kołobrzeg	0000391321
31.	Hotel Barlinek	Hotel Barlinek Sp. Z O.O.	Ul. Jeziorna 14, 74-320 Barlinek	0000246649

Ciąg dalszy tabeli 6.2.

L.p.	Przedsiębiorstwo Turystyki Zdrowotnej	Pełna Nazwa Przedsiębiorstwa	Adres Przedsiębiorstwa	KRS
32.	Havet Spa Dźwirzyno	Grand Baltic Sp. Z. O. O.	Al. Wyzwolenia 29, 78-131 Dźwirzyno	0000375958
33.	Dworski Warzymice	Przedsiębiorstwo Produkcyjno-Handlowo-Usługowe Deko Plus Sp. Z O.O.	Warzymice, Pod Zodiakiem 2, 72-005 Przecław	0000203694
34.	Silver Szczecin	Silverhotel Sp. Z O.O.	Ustowo 54 (Rondo Imienia Hermana Hakena), 71-001 Szczecin	0000061036
35.	Mały Młyn Stargard Szcz	Mały Młyn Sp. Z O.O.	Ul. Gdańska 5, 73-110 Stargard	0000300237
36.	Interferie Spa Świnoujście	Interferie Medical Spa Sp. Z O.O.	Ul. Uzdrowiskowa 15, 72-600 Świnoujście	0000349305
37.	Focus Szczecin	Focus Hotels S.A.	Ul. Małopolska 23, 70-515 Szczecin	0000522623
38.	Planeta Mielno	Heide Sp. Z O.O.	Ul. Wojska Polskiego 4, 76-032 Mielno	0000348273
39.	Hampton Hilton Świnoujście	Platan Hotels & Resorts Sp. Z O.O.	Ul. Wojska Polskiego 2c, 72-600 Świnoujście	0000413065
40.	Senator Dźwirzyno	Hotel Senator Sp. Z O.O.	Wyzwolenia 35, 78-131 Dźwirzyno	0000514508
41.	Aurora Międzyzdroje	Hotel I Restauracja Aurora Sp. Z O.O.	Bohaterów Warszawy 17, 72-500 Międzyzdroje	0000199905
42.	Maxymilian Kołobrzeg	Prima Hotels Sp. Z O.O. Sp. K.	Ul. Marcina Borzymowskiego 3-4, 78-100 Kołobrzeg	0000539973
43.	Dana Szczecin	Dana Invest Sp. Z O.O.	Hotel Dana Al. Wyzwolenia 50, 71-500 Szczecin	0000492262
44.	Everdin Świnoujście	Auran Sp. Z O.O.	Ul. Żeromskiego 76, 72-600 Świnoujście	0000482591
45.	Hotel Spa Cesarskie Ogrody Świnoujście	Hotel Cesarski Spa Sp. Z O.O.	Ul. Stanisława Wyspiańskiego 34a, 72-600 Świnoujście	0000338170
46.	Villa Herkules Świnoujście	Rehakur Sp. Z O.O.	ul. Słowackiego 29, 72-600 Świnoujście	0000501408
47.	Vulcan Szczecin	Vulcan Sp. Z O.O. Sp. K.	ul. Ludowa 8, 71-700 Szczecin	0000576276
48.	Hotel Delfin Spa & Wellness	Hotel Delfin Sp. Z O.O.	Ul. Darłowska 15, 76-156 Dąbki	0000572374
49.	Uzdrowisko Świnoujście	Uzdrowisko Świnoujście S.A.	ul. Feliksa Nowowiejskiego 2, 72-600 Świnoujście	0000075180

Źródło: opracowanie własne.

Dla wybranych podmiotów [tab. 6.3.] przeprowadzono analizę wskaźnikową z podziałem na dwie grupy. Pierwsza zawierała podmioty turystyki uzdrowiskowej:

- Połczyn Uzdrowisko,
- Kołobrzeg Uzdrowisko,

- Kamień Pom. Uzdrowisko,
- Arka Medical Spa Kołobrzeg,
- Jantar Spa Kołobrzeg,
- Lech Sanatorium Kołobrzeg,
- Wodnik Ustronie Morskie,
- Medical Spa Unitral Mielno,
- Delfin Dąbki

Do drugiej grupy zaliczono podmioty turystyki zdrowotnej, które oferowały usługi z zakresu spa&wellness:

- Radisson Blu Szczecin,
- Stary Dziwnów,
- Gromada Koszalin,
- New Skanpol Kołobrzeg,
- Jawor Sarbinowo,
- Amber Balitca Międzyzdroje,
- Rycerski Szczecin,
- Aquarius Kołobrzeg,
- Podewils Ostrowiec,
- Panorama Szczecin,
- Atrium Szczecin,
- Piast Cedynia,
- Vestina Wellness Międzyzdroje,
- Salvador Pyrzyce,
- Diva Spa Kołobrzeg,
- Sand Kołobrzeg,
- Leda Spa Kołobrzeg,
- Park Hotel Szczecin,
- Abrava Drawsko Pomorskie,
- Marina Międzyzdroje,
- Hanseatic Kołobrzeg,
- Active Szczecinek,
- Hotel Barlinek,

- Havet Spa Dźwirzyno,
- Dworski Warzymice,
- Silver Szczecin,
- Mały Młyn Stargard Szczeciński,
- Focus Szczecin,
- Planeta Mielno,
- Hampton Hilton Świnoujście,
- Senator Dźwirzyno,
- Aurora Międzyzdroje,
- Maxymilian Kołobrzeg,
- Dana Szczecin,
- Everdin Świnoujście,
- Cesarskie Ogrody Świnoujście,
- Villa Herkules Świnoujście.

Większość ośrodków poddanych badaniu zlokalizowana jest w obszarze nadmorskim. Na potrzeby analizy dokonano oceny poziomu kosztów, przychodów, zadłużenia, udziału kosztów w przychodach, rentowności podmiotów. Na podstawie danych finansowych zawartych w tabeli 6.4. zauważono, że wśród przychodów ze sprzedaży najwyższe wartości odnotowały przedsiębiorstwa: Novotel Szczecin Centrum, Sand Kołobrzeg, Focus Szczecin i Hampton Hilton Świnoujście. Należy zaznaczyć, że były to obiekty, których głównym profilem działalności nie jest działalność uzdrowiskowa. W zestawieniu zaprezentowanym w tabeli 6.4. widoczny jest znaczący spadek przychodów w roku 2020, na co wpływ miała pandemia COVID-19, co skutkowało ogłoszeniem lockdownu i ograniczeniami, uniemożliwiającymi funkcjonowanie na dotychczasowych zasadach. Wprowadzone limity osób, obowiązki wykonywania testów czy zmiany zasad funkcjonowania ośrodków (na przykład: posiłki serwowane do pokoi), wyraźnie przełożyło się na spadek przychodów.

Biorąc pod uwagę działalność sektora turystycznego i występującą w kurortach nadmorskich sezonowość, rok 2020 był trudnym czasem nie tylko dla społeczeństwa, ale i przedsiębiorców, co można wywnioskować na podstawie spadku przychodów ze sprzedaży w sprawozdaniach finansowych, co świadczy między innymi o małej liczbie turystów odwiedzających obiekt. Nie wszyscy przedsiębiorcy w miejscowościach turystycznych byli w stanie spłacać swoje wierzytelności, co skłoniło ich do podjęcia

decyzji o wystawieniu swoich ośrodków na sprzedaż (dotyczy to przede wszystkim niewielkich domów wypoczynkowych, hosteli, obiektów oferujących pokoje do wynajęcia).

Sytuacja ekonomiczna podmiotów poddanych analizie jest zróżnicowana. Wszystkie badane jednostki osiągały w latach 2018-2020 przychody powyżej mln zł, natomiast wyjątkiem były hotele: Dworski w Warzymicach (970 tys. zł w 2019 r.) i Senator w Dźwirzynie (60 tys. zł w 2019 r.). Analiza podmiotów z uwzględnieniem podziału na grupę jednostek uzdrowiskowych i świadczących zabiegi spa&wellness wskazuje na stabilniejszą kondycję finansową drugiej grupy, o czym świadczą nie tylko przychody, ale i poziom zysków/strat względem innych przedsiębiorstw turystycznych. Na podstawie tabeli danych zamieszczonych w tabeli 6.4. sporządzono trzy wykresy prezentujące średni poziom przychodów, kosztów i zysków/strat osiąganych przez podmioty łącznie oraz z podziałem na grupy [wykresy-6.22.-6.24.].

Tabela 6.4. Przychody ze sprzedaży, koszty, zysk/strata przedsiębiorstw objętych badaniem w latach 2018-2020 w województwie zachodniopomorskim (tys. zł)

L.p.	Nazwa Ośrodka	Przychody ze sprzedaży			Koszty			Zysk/strata		
		2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
1.	Novotel Szczecin Centrum	1 440 028	1 455 296	-	961 246	1 119 290	-	478 782	336 006	-
2.	Radisson Blu Szczecin	69 096	75 886	47 394	55 490	54 450	48 766	13 606	21 436	-1 372
3.	Połczyn Uzdrowisko	43 317	46 780	23 824	40 974	43 834	30 591	2 343	2 946	-6 767
4.	Kołobrzeg Uzdrowisko	49 825	54 364	32 591	45 521	51 196	35 900	4 304	3 168	-3 309
5.	Kamień Pom. Uzdrowisko	18 062	19 379	10 306	18 347	18 937	15 630	-285	442	-5 324
6.	Stary Dziwnów	51 648	53 567	27 967	60 057	61 417	36 958	-8 409	-7 850	-8 991
7.	Arka Medical Spa Kołobrzeg	48 907	-	-	48 495	-	-	412	-	-
8.	Gromada Koszalin	3 704	3 602	2 155	3 354	3 335	2 914	350	267	-759
9.	New Skanpol Kołobrzeg	13 738	15 242	9 321	13 419	14 158	9 546	319	1 084	-225
10.	Jawor Sarbinowo	62 992	73 676	47 395	62 261	73 675	61 640	731	1	-14 245
11.	Amber Balitca Międzyzdroje	19 589	18 211	15 857	14 526	16 500	22 546	5 063	1 711	-6 689
12.	Rycerski Szczecin	51 530	44 910	18 194	61 428	44 892	20 517	-9 898	18	-2 323
13.	Aquarius Kołobrzeg	36 174	37 759	21 718	33 419	33 481	21 014	2 755	4 278	704
14.	Podewils Ostrowiec	3 138	3 786	1 747	3 219	3 654	2 066	-81	132	-319
15.	Panorama Szczecin	5 709	5 692	2 767	5 686	5 632	4 344	23	60	-1 577
16.	Atrium Szczecin	3 889	4 319	2 418	3 862	4 329	2 859	27	-10	-441
17.	Jantar Spa Kołobrzeg	1 299	615	395	507	-663	173	792	1 278	222
18.	Medical Spa Unitral Mielno	21 355	22 987	14 236	15 713	17 006	10 054	5 642	5 981	4 182
19.	Piast Cedynia	8 371	9 250	5 920	7 688	7 356	5 035	683	1 894	885
20.	Vestina Wellness Międzyzdroje	14 881	15 472	9 932	11 478	13 126	9 516	3 403	2 346	416
21.	Salvador Pyrzyce	34 084	31 178	28 339	32 914	29 506	26 310	1 170	1 672	2 029
22.	Lech Sanatorium Kołobrzeg	6 673	6 853	-	6 543	6 801	-	130	52	-
23.	Diva Spa Kołobrzeg	15 696	15 232	12 580	15 102	15 123	12 790	594	109	-210

Ciąg dalszy tabeli 6.4.

L.p.	Nazwa Ośrodka	Przychody ze sprzedaży			Koszty			Zysk/strata netto		
		2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
24.	Sand Kołobrzeg	110 797	132 532	85 679	113 269	124 826	81 905	-2 472	7 706	3 774
25.	Wodnik Ustronie Morskie	9 631	8 034	3 219	9 290	9 295	3 531	341	-1 261	-312
26.	Leda Spa Kołobrzeg	12 145	12 501	8 201	10 810	10 745	8 157	1 335	1 756	44
27.	Sens Dołuje	57 209	57 598	-	56 821	56 713	-	388	885	-
28.	Park Hotel Szczecin	5 850	5 428	2 842	6 452	5 964	3 986	-602	-536	-1 144
29.	Abrava Drawsko Pomorskie	831	1 002	664	974	980	854	-143	22	-190
30.	Marina Międzyzdroje	2 255	2 151	1 360	1 864	1 485	842	391	666	518
31.	Hanseatic Kołobrzeg	3 940	4 126	2 354	2 687	2 826	1 645	1 253	1 300	709
32.	Active Szczecinek	2 389	2 073	1 207	2 248	1 746	1 101	141	327	106
33.	Baltic Plaza Kołobrzeg	10 534	11 163	-	9 341	9 595	-	1 193	1 568	-
34.	Hotel Barlinek	2 240	2 586	1 335	2 064	2 109	1 380	176	477	-45
35.	Havet Spa Dźwirzyno	21 463	23 882	18 651	19 531	20 166	18 247	1 932	3 716	404
36.	Dworski Warzymice	1 277	970	134	1 111	1 077	516	166	-107	-382
37.	Silver Szczecin	7 226	7 262	4 367	7 080	7 035	5 371	146	227	-1 004
38.	Mały Młyn Stargard Szcz	1 036	1 008	915	769	903	876	267	105	39
39.	Interferie Spa Świnoujście	32 241	-	-	27 135	-	-	5 106	-	-
40.	Focus Szczecin	53 449	65 685	30 755	50 940	62 363	38 741	2 509	3 322	-7 986
41.	Planeta Mielno	2 495	2 216	1 193	2 382	2 209	486	113	7	707
42.	Hampton Hilton Świnoujście	38 294	42 928	35 686	36 607	42 351	41 485	1 687	577	-5 799
43.	Senator Dźwirzyno	-	60	50	-	152	-2	-3	-92	52
44.	Aurora Międzyzdroje	-	16 771	12 107	-	16 243	13 281	-	528	-1 174
45.	Maxymilian Kołobrzeg	3 695	4 021	2 513	3 739	3 649	2 953	-44	372	-440
46.	Dana Szczecin	7 045	7 884	2 861	7 724	7 488	4 902	-679	396	-2 041
47.	Everdin Świnoujście	-	-	5 697	-	-	5 464	-	-	233

Ciąg dalszy tabeli 6.4.

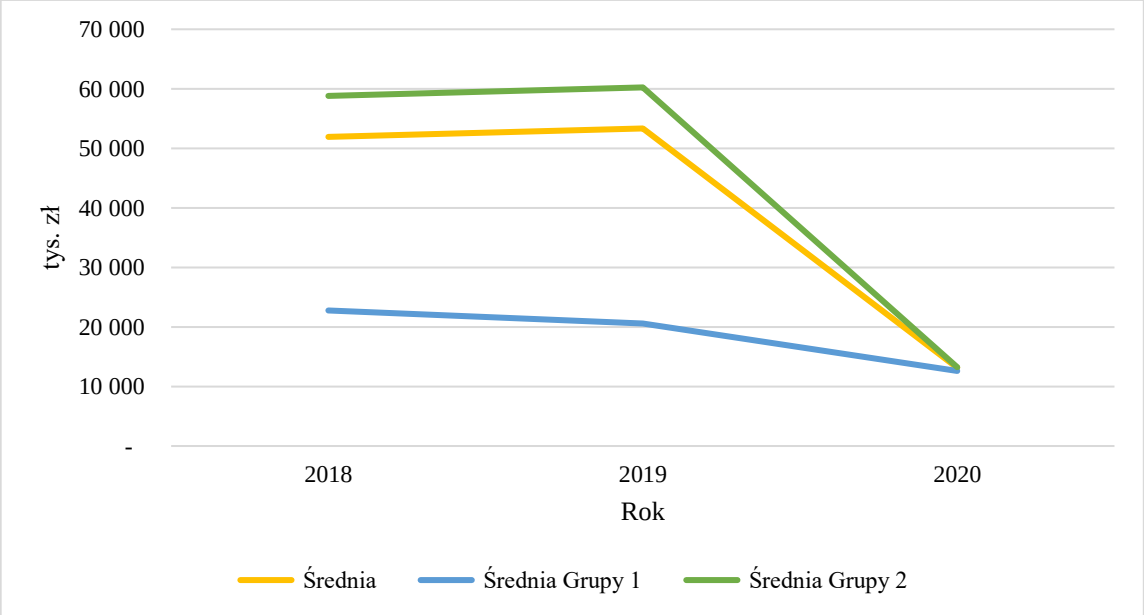
L.p.	Nazwa Ośrodka	Przychody ze sprzedaży			Koszty			Zysk/strata netto		
		2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
48.	Cesarskie Ogrody Świnoujście	17 622	22 013	14 404	16 305	19 605	15 004	1 317	2 408	-600
49.	Villa Herkules Świnoujście	-	-	3 077	-	-	4 130	-	-	-1 053
50.	Vulcan Szczecin	6 691		-	7 750	-	-	-1 059	-	-
51.	Delfin Dąbki	5 838	5 705	3 710	6 383	6 203	4 811	-545	-498	-1 101

Źródło: opracowanie własne

Spośród badanych podmiotów sektora turystyki zdrowotnej najwyższe zyski w 2020 roku odnotowały takie ośrodki jak: Medical Spa Unitral w Mielnie (4,182 mln zł), Sand Hotel w Kołobrzegu (3,774 mln zł), Salvador w Pyrzycach (2,029 mln zł). Znaczna część podmiotów odnotowała stratę w 2020, pomimo korzystnej sytuacji finansowej w latach 2018-2019 (np. Hotel Barlinek, Hotel Silver w Szczecinie, Hotel Focus w Szczecinie lub Cesarskie Ogrody w Świnoujściu). W zestawieniu zysków/strat w tabeli 6.4. widoczny był znaczący spadek wartości w stosunku do roku poprzedniego. Ośrodki w badanym okresie funkcjonowały z zachowaniem określonego reżimu sanitarnego, jednak w przestrzeni zamkniętej nie było stałego obowiązku noszenia maseczek poza aptekami i obiektami służby zdrowia. Aktualnie nie obowiązuje nakaz noszenia maseczek zakrywających nos i usta, ani limity osób w sklepach czy obłożeniu obiektów turystycznych.

Zarówno z informacji przedstawionych w tabeli 6.4., jaki i z wykresu 6.22. należy dostrzec przede wszystkim wyraźny spadek przychodów ze sprzedaży w roku 2020, ze względu na panującą wówczas pandemię, która skutkowała wprowadzeniem wielu zmian w gospodarce.

Wykres 6.22. Średnie przychody ze sprzedaży wybranych podmiotów turystyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim



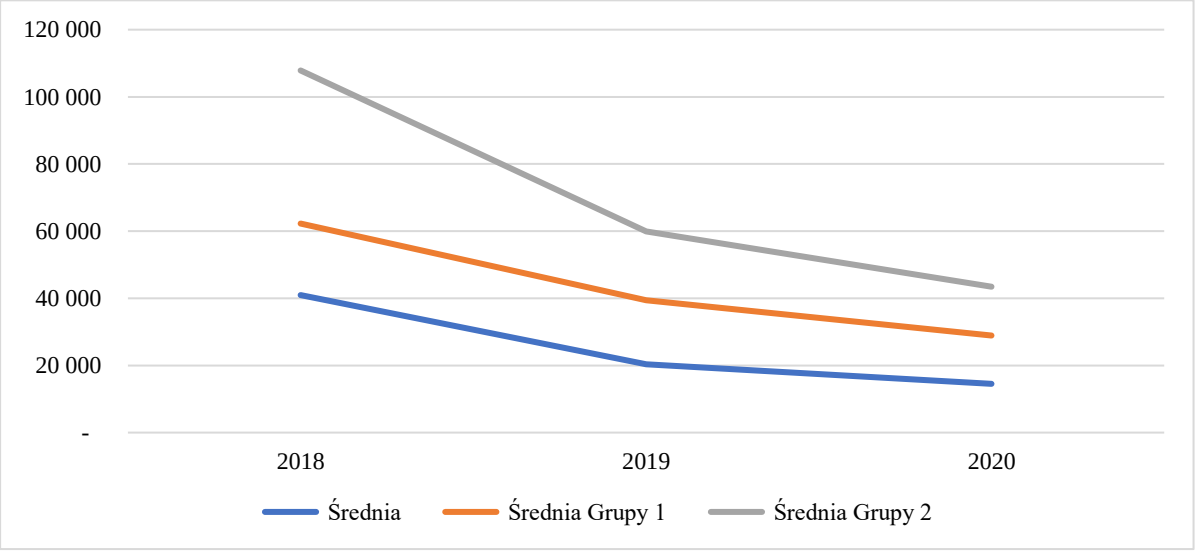
Źródło: opracowanie własne.

Z wykresu wynika, że zarówno średnia ogólna przychodów ze sprzedaży, jak i podmiotów turystyki spa&wellness w latach 2018-2019 stopniowo wzrastała, po czym uległa

załamaniu w roku 2020. Nieco inaczej prezentuje się sytuacja podmiotów uzdrowiskowych, w przypadku których widać wyraźny spadek przychodów w całym okresie badawczym. Co więcej, średni poziom przychodów podmiotów uzdrowiskowych był o około 40 mln zł niższy niż podmiotów turystyki spa&wellness. Ponadto przeciętne przychody przedsiębiorstw oferujących zabiegi odnowy biologicznej przewyższały średni poziom przychodów ogółem.

Na wykresie 6.23. zaprezentowano średni poziom kosztów, jaki osiągały badane jednostki w latach 2018-2020. W przypadku wszystkich grup podmiotów – przeciętne koszty zmniejszały się w całym badanym okresie, jednak największy spadek miał miejsce w latach 2018-2019. Podobnie jak w przypadku przychodów, również najwyższy średni poziom kosztów osiągnęły podmioty świadczące usługi spa&wellness, gdzie wartość ich w badanym okresie zmniejszyła się o ponad 60 tys. zł. Spadający poziom kosztów w latach 2018 i 2019, którym towarzyszył wzrost przychodów ze sprzedaży świadczy o poprawie kondycji finansowej przedsiębiorstw. Jednak koncentrując się na roku 2020 widoczne jest znaczące pogorszenie kondycji podmiotów turystyki zdrowotnej, na co wskazuje znacznie szybszy spadek przychodów ze sprzedaży niż kosztów, co w przypadku wielu podmiotów doprowadzało do generowania minimalnego zysku lub straty.

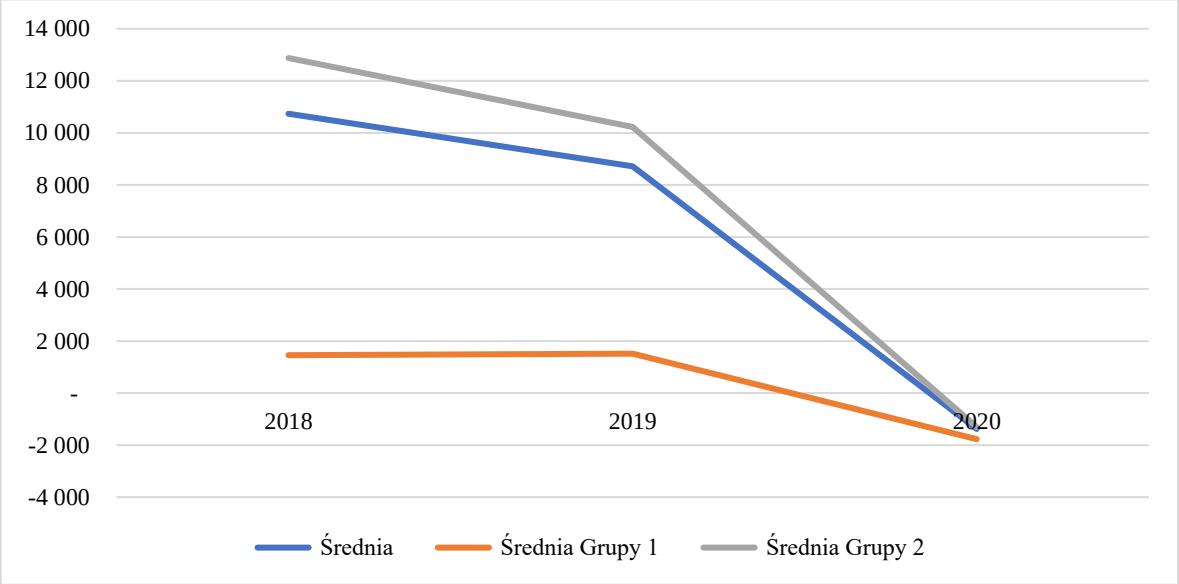
Wykres 6.23. Średni poziom kosztów osiągany przez wybrane podmioty turystyki zdrowotnej



Źródło: opracowanie własne.

Po dokonaniu analizy przychodów ze sprzedaży i kosztów, konieczne jest przyjrzenie się zyskom (stratom), jakie odnotowały podmioty gospodarcze poddane badaniu [wykres 6.24.].

Wykres 6.24. Średnie zyski/straty osiągane przez wybrane podmioty turystyki zdrowotnej



Źródło: opracowanie własne.

Widoczny jest wyraźny spadek w zyskach przedsiębiorstw turystycznych, które objęto badaniem w roku 2020, co było konsekwencją wspomnianej we wcześniejszej części rozdziału pandemii. Należy dostrzec, że średni poziom zysków osiąganych przez podmioty turystyki w latach 2018-2019 był bardzo zbliżony, natomiast rok 2020 wykazał, że średni wynik jaki osiągały podmioty uzdrowiskowe wynosił – 1,773mln zł, co wskazuje na stratę i konsekwencje zmian w funkcjonowaniu gospodarki w tym okresie.

W dysertacji nie uwzględniono szczegółowego opisu konstrukcji wskaźników, ze względu na szeroki opis w dostępnej powszechnie literaturze z zakresu rachunkowości lub analizy finansowej. Na potrzeby niniejszej analizy wykorzystano wskaźniki, których konstrukcję przedstawiono w rozdziale 1:

– ROA – rentowność operacyjna aktywów,
– ROE – rentowność zaangażowanych kapitałów,
– ROS – rentowność sprzedaży,
– CR – wskaźnik bieżącej płynności,
– QR – wskaźnik szybkiej płynności,
– wskaźnik zadłużenia ogółem,

– cykl rotacji należności,

– cykl rotacji zobowiązań.

Obliczenia wskaźników dla obu grup zamieszczono w załączniku nr 2.

Tabela 6.5. Zestawienie wskaźników dla uzdrowisk (grupa 1) w roku 2020

L.p.	Nazwa obiektu	ROA	ROE	ROS	CR	QR	Zadłużenie ogółem	Rotacja należności	Rotacja zobowiązań
1.	Połczyn Uzdrowisko	- 8,4	- 19,66	-18,56	0,37	- 0,07	57,27	2	707
2.	Kołobrzeg Uzdrowisko	- 4,44	- 7,07	6,31	0,70	0,06	37,28	6	311
3.	Kamień Pom. Uzdrowisko	- 12,28	- 17,09	- 46,83	0,45	- 0,24	28,11	16	431
4.	Arka Medical Spa Kołobrzeg	-	-	-	-	-	-	-	-
5.	Jantar Spa Kołobrzeg	1,22	-	-	-	-	-	-	-
6.	Lech Sanatorium Kołobrzeg	-	-	-	-	-	-	-	-
7.	Wodnik Ustronie Morskie	- 2,12	- 3,18	- 7,20	1,51	1,50	33,39	31	556
8.	Delfin Dąbki	- 5,72	- 56,48	6,65	0,23	0,12	89,97	19	1 702
9.	Medical Spa Unitral Mielno	7,97	15,18	30,18	1,42	1,39	47,46	3	638

Źródło: opracowanie własne.

W związku z trudnościami w dostępie do sprawozdań finansowych podmiotów należących do grupy pierwszej: Arka Medical Spa Kołobrzeg, Lech Sanatorium Kołobrzeg, Jantar Spa Kołobrzeg. Brak wymaganych informacji zawartych w sprawozdaniu finansowym spowodował, że podjęto decyzję o ich pomięciu w analizie finansowej. Spośród przedsiębiorstw z grupy pierwszej jedynie spółka Jantar Spa z Kołobrzegu pomimo braku pozostałych miar osiągnęła rentowność operacyjną aktywów (1,22) i Medical Spa Unitral Mielno (7,97), co wskazuje na najkorzystniejszą sytuację finansową. W przypadku ośrodka z Mielna, poza działalnością sanatoryjną, realizowane są również pobyty wypoczynkowe i zawierające zabiegi spa&wellness, co mogło mieć wpływ na tak dobry wynik ROA. Pozostałe podmioty turystyczne osiągnęły stratę (ROA < 0). Oznacza to, że niekorzystną sytuację finansową odnotowało Uzdrowisko w Kamieniu Pomorskim. W przypadku wskaźnika rentowności zaangażowanego kapitału prawie cała grupa pierwsza odnotowała wartości ujemne, które świadczą o niekorzystnej

sytuacji przedsiębiorstwa. Oznaczało to, że w roku 2020 nie uzyskały księgowej nadwyżki przychodów nad kosztami generowanymi przez prowadzoną działalność. W tym przypadku, najgorszą sytuację odnotowało przedsiębiorstwo Delfin w Dąbkach (-56,48). Wyjątkiem był ośrodek Medical Spa Unitral w Mielnie, którego ROE = 15,18 oznaczało, że z każdej jednej złotówki zainwestowanej w ten podmiot osiągało się zysk o wartości 15,18 zł, co świadczy o korzystnej i stabilnej sytuacji finansowej.

Patrząc na wartości wskaźnika ROS – największą rentowność sprzedaży w 2020 roku odnotowały: spółka Delfin w Dąbkach (6,65), Uzdrowisko Kołobrzeg (6,31) i Medical Spa Unitral w Mielnie (30,18), co świadczy o dobrej kondycji finansowej firmy. Ośrodki takie jak: Uzdrowisko Kamień Pomorski czy Połczyn powinny podjąć działania zmierzające do poprawy wyników sprzedaży swoich usług (promując przedsiębiorstwo: w mediach społecznościowych, w telewizji lokalnej, w prasie), dzięki czemu przełoży się to na osiągnięcie zysku. Najniższą wartość wskaźnika ROS odnotowało Uzdrowisko w Kamieniu Pomorskim (-46,83), co wskazuje na niekorzystną sytuację przedsiębiorstwa w zakresie udzielanych noclegów i świadczonych usług (między innymi spa&wellness).

Dokonując analizy wskaźników płynności (CR - wartości powinny mieścić się w przedziale od 1,3 do 2,0) i (QR - wartości powinny mieścić się w przedziale od 1,0), jedynie dwa podmioty mieściły się w przedziałach świadczących o zdolności do pokrywania zobowiązań – ośrodek Wodnik w Ustroniu Morskim (CR:1,51, QR:1,50) i Medical Spa Unitral w Mielnie (CR:1,42, QR:1,39). Pozostałe jednostki nie były w stanie wywiązywać się z bieżących zobowiązań. W przypadku zadłużenia ogólnego spółki Delfin (89,97), wysokość zadłużenia przedsiębiorstwa była najwyższa spośród grupy pierwszej. Nieco lepszą sytuację pod względem pokrycia kapitału własnego przez finansowanie zewnętrzne odnotowało w roku 2020 uzdrowisko Połczyn Zdrój 57,27). W przypadku pozostałych ośrodków należących do grupy pierwszej, wartość zobowiązań również nie przewyższała wartości kapitału własnego, co oznacza, że nie jest on finansowany w pełni przez zasoby zewnętrzne (między innymi kredyty i pożyczki).

Największy problem ze ściągalnością należności według wskaźnika rotacji należności w roku 2020 odnotowało przedsiębiorstwo Wodnik w Ustroniu Morskim (31 dni), a najkrótszy cykl należności odnotowywało Uzdrowisko w Połczynie Zdrój (2 dni). Jest to czas w jakim przedsiębiorstwo otrzymuje zapłatę od momentu wystawienia faktury. W przypadku rotacji zobowiązań, największy problem z ich ściągalnością odnotował ośrodek Delfin w Dąbkach (1 702 dni), co oznacza, że od momentu zaciągnięcia

zobowiązania przez przedsiębiorstwo do jego uregulowania mijają 1 702 dni. Najszybciej zobowiązania regulowało w 2020 roku Uzdrowisko w Kołobrzegu (311 dni).

Ze względu na brak dostępności informacji zawartych w sprawozdaniach za rok 2020 w tabeli 6.6. nie uwzględniono następujących ośrodków: Novotel Szczecin Centrum, Sens Dołuje, Baltic Plaza Kołobrzeg, Interferie Spa Świnoujście.

Tabela 6.6. Zestawienie wskaźników dla obiektów hotelowych świadczących usługi z zakresu turystyki zdrowotnej (grupa 2) w roku 2020

L.p.	Nazwa ośrodka	ROA	ROE	ROS	CR	QR	Zadłużenie ogółem	Cykl rotacji należności	Cykl rotacji zobowiązań
		2020							
1.	Radisson Blu Szczecin	-0,53	-0,62	-5,61	3,11	3,00	14,18	19	212
2.	Stary Dziwnów	-9,9	-13,55	-30,11	0,25	0,23	26,95	14	320
3.	Gromada Koszalin	-97,58	-852,56	-35,08	0,70	-	88,55	7	117
4.	New Skanpol Kołobrzeg	-1,8	-4,81	2,82	1,41	1,33	62,49	2	306
5.	Jawor Sarbinowo	-8,54	-11,59	-28,74	0,61	0,59	26,28	2	337
6.	Amber Balitca Międzyzdroje	-10,85	35,97	4,87	2,61	2,51	130,16	5	1 847
7.	Rycerski Szczecin	-1,77	-2,01	-13,74	2,51	2,45	11,92	34	313
8.	Aquarius Kołobrzeg	0,75	0,92	4,49	0,67	0,53	17,79	5	280
9.	Podewils Ostrowiec	-12,39	-17,55	-18,37	1,20	1,19	29,38	0	158
10.	Panorama Szczecin	-23,59	-24,91	-57,22	7,89	7,66	5,3	2	47
11.	Atrium Szczecin	-121,88	167,70	-17,99	1,16	1,08	172,68	13	94
12.	Piast Cedynia	26,79	38,18	14,92	1,93	1,74	29,84	19	61
13.	Vestina Wellness Międzyzdroje	2,02	2,21	3,00	9,34	9,30	8,56	17	65
14.	Salvador Pyrzyce	25,65	50,69	-	1,16	0,99	49,41	29	50
15.	Diva Spa Kołobrzeg	-1,96	-6,27	-	1,91	1,86	31,2	45	97
16.	Sand Kołobrzeg	13,66	78,84	4,36	1,15	1,07	82,67	0	97
17.	Leda Spa Kołobrzeg	0,18	0,45	11,74	2,06	1,99	60,35	4	659
18.	Park Hotel Szczecin	-11,39	-13,03	-	0,81	0,61	12,59	1	162

Ciąg dalszy tabeli 6.6.

L.p.	Nazwa ośrodka	ROA	ROE	ROS	CR	QR	Zadłużenie ogółem	Cykl rotacji należności	Cykl rotacji zobowiązań
		2020							
19.	Abrava Drawsko Pomorskie	-176,86	-1508,31	-28,81	0,98	0,98	98,82	11	58
20.	Marina Międzyzdroje	65,67	84,23	-	1,71	1,71	22,04	15	47
21.	Hanseatic Kołobrzeg	8,46	9,41	-	3,81	3,72	10,11	1	131
22.	Active Szczecinek	1,88	2,04	-	27,03	26,87	7,53	0	128
23.	Hotel Barlinek	-1,07	-1,71	-	2,90	2,81	37,15	16	422
24.	Havet Spa Dźwirzyno	1,45	2,53	3,64	1,27	1,09	42,53	2	231
25.	Dworski Warzymice	-4,28	-19,56	-286,17	-	-	78,11	335	19 061
26.	Silver Szczecin	-5,02	-17,04	-	0,18	0,16	70,51	3	1 178
27.	Mały Młyn Stargard Szcz	1,45	2,22	5,04	13,05	12,83	34,67	7	367
28.	Focus Szczecin	-61,71	-632,77	-31,80	0,63	0,47	90,25	8	139
29.	Planeta Mielno	10,62	21,20	68,44	0,39	0,37	49,89	112	1 016
30.	Hampton Hilton Świnoujście	-11,59	186,56	-13,61	0,64	0,58	106,21	41	544
31.	Senator Dźwirzyno	131,65	-192,59	249,05	-	-	168,36	115	483
32.	Aurora Międzyzdroje	-3,46	-9,49	-	2,38	1,93		3	649
33.	Maxymilian Kołobrzeg	-7,84	-24,04	-7,56	0,95	0,92	67,41	0	549
34.	Dana Szczecin	-7,93	-28,19	-60,71	0,82	0,73	71,87	32	2 361
35.	Everdin Świnoujście	0,8	2,26	11,91	1,09	1,01	64,6	56	1 204
36.	Cesarskie Ogrody Świnoujście	-2,24	-5,40	6,07	1,36	1,32	58,49	9	397
3.	Villa Herkules Świnoujście	-13,16	399,63	-28,58	0,85	0,82	91,25	11	981

Źródło: opracowanie własne.

W grupie drugiej największy zysk wyrażony wartością wskaźnika ROA w 2020 roku odnotowały między innymi obiekty: Senator w Dźwirzynie (131,65) i Marina w Międzyzdrojach (65,67), co świadczyło o ich dobrej kondycji finansowej. Zdecydowana większość podmiotów w grupie osiadała niekorzystną sytuację finansową, na co wskazywała wartość mniejsza niż zero. Najgorszą sytuację odnotowały takie ośrodki jak: Abrava w Drawsku Pomorskim (-176,86), Atrium w Szczecinie (-121,88) i Gromada w Koszalinie (-97,58). Spowodowane było to sytuacją epidemiologiczną i ograniczeniem ruchu turystów. W przypadku rentowności kapitału własnego, sytuacja była nieco inna niż w przypadku podmiotów uzdrowiskowych, ponieważ część przedsiębiorstw hotelowych, jak na przykład: Villa Herkules w Świnoujściu (399,63), Hampton Hamilton w Świnoujściu (186,56) czy Atrium w Szczecinie (167,70) odnotowały wartości dodatnie, świadczące o korzystnej sytuacji gospodarczej firmy. Oznacza to, że z każdej zainwestowanej złotówki osiągano zysk powyżej 1 500%. Biorąc pod uwagę sytuację gospodarczą w 2020 roku, w grupie 2, w której zgromadzono podmioty turystyki spa&wellness 17 z 38 podmiotów nie osiągało zwrotu z zainwestowanych środków, co związane jest ze stratą odnotowaną przez podmioty turystyczne. W przypadku pozostałych 21 jednostek zwrot z zainwestowanych środków wahał się od 0,45 (Leda Spa w Kołobrzegu) do 399,63 (Villa Herkules w Świnoujściu). Jest to jedna z najważniejszych miar kondycji finansowej. Najwyższą rentowność sprzedaży w grupie drugiej odnotował ośrodek Senator w Dźwirzynie (249,05), co oznacza, że podmiot ten osiągnął największy zysk ze sprzedaży. Ujemne wartości w przypadku wielu podmiotów turystycznych wskazują na straty, które odnotowywało w 2020 roku wiele podmiotów turystycznych, nie tylko świadczących usługi spa&wellness, czy uzdrowiskowe. Biorąc pod uwagę wskaźnik bieżącej płynności – optymalny poziom płynności odnotowały w 2020: Piast w Cedynii, Leda Spa w Kołobrzegu, Marina w Międzyzdrojach, osiągając wartości w przedziale 1,50-2,00, co oznacza, że pozostałe podmioty mają problem z regulowaniem zaciąganych zobowiązań, co potwierdzają wartości rotacji zobowiązań, czyli czas jaki mija od momentu zobowiązania do jego uregulowania.

Duże wartości ogólnego zadłużenia wskazują na przeważającą wartość zobowiązań względem kapitału własnego przedsiębiorstwa, w przypadku których należałoby podjąć działania dla osiągnięcia stabilnej kondycji finansowej.

Analizując dane w dwóch grupach – grupie przedsiębiorstw uzdrowiskowych i podmiotów hotelowych świadczących usługi spa&wellness, należy podkreślić, że grupa druga miała lepszą kondycję finansową, co wynikało przede wszystkim z większego

zakresu usług oferowanych klientom. Poza działalnością spa&wellness oraz rehabilitacyjną/leczniczą, przedsiębiorstwa z grupy drugiej obsługiwały także gości, którzy przyjeżdżali na wypoczynek z rodzinami, odbywali wyjazdy służbowe, bądź przyjeżdżali na wyjazdy zorganizowane. Różnica w ogólnej ocenie parametrów mogła również wynikać z rozbieżności w liczebności podmiotów w poszczególnych grupach. Turystyka uzdrowiskowa jest formą turystyki zdrowotnej, która nie może być uprawiana w każdej miejscowości, stąd też zasadność ograniczonej liczby obiektów. Ponadto rok 2020 był rokiem zmian, ograniczeń i szeregu obostrzeń, które były nakładane odgórnie nie tylko na całą gospodarkę, ale również na pracowników, turystów i pozostałą część społeczeństwa.

W grupie pierwszej wyraźnie wyróżniał się ośrodek Medical Spa Unitral w Mielnie, który wyróżnił się stabilną sytuacją finansową. W przypadku grupy drugiej – najlepszą sytuacją wyróżniały się obiekty nadmorskie – Villa Herkules i Hotel Hampton Hilton w Świnoujściu. Należy jednak pamiętać, że był to okres wielu zmian i ograniczeń, co uniemożliwiło ocenę funkcjonowania podmiotów w dotychczas panujących warunkach. Podmioty turystyki uzdrowiskowej wyróżniają się gorszą kondycją finansową, co widać między innymi we wskaźnikach rentowności kapitału własnego i sprzedaży.

6.3. Prezentacja podmiotów realizujących usługi z zakresu turystyki zdrowotnej – case study

Na podstawie metody doboru celowego dokonano charakterystyki trzech obiektów, świadczących usługi kwalifikowane jako formy turystyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim. Do badania wybrano następujące ośrodki:

- Arka Medical SPA w Kołobrzegu,
- Uzdrowisko Świnoujście S.A.,
- Uzdrowisko Połczyn Zdrój PGU.

6.3.1. Arka Medical SPA Kołobrzeg

Spółka Arka Mega, będąca właścicielem obiektu Arka Medical SPA w Kołobrzegu zapewnia 1 600 miejsc w komfortowych pokojach i apartamentach. Atrakcją zarówno dla osób zatrzymujących się w hotelu, jak i turystów odwiedzających Kołobrzeg jest obrotowa kawiarnia z widokiem na Morze Bałtyckie na 11 piętrze. Hotel usytuowany jest nad morzem, 50 m od plaży. W sąsiedztwie obiektu znajduje się Ekopark Wschodni. Dużą

zaletą jest funkcjonująca w hotelu galeria SPA, która oferuje szeroką gamę zabiegów z zakresu pielęgnacji, relaksacji i upiększania.

Rys. 6.1. Arka Medical SPA w Kołobrzegu
Źródło: https://www.arka-mega.pl/o-nas/ [Dostęp: 27.03.2022].

Na terenie obiektu do dyspozycji gości oddane są baseny, kompleks saun, ścianka wspinaczkowa, z której chętnie korzystają najmłodsi goście hotelu i grota solna, którą doceniają szczególnie dorośli, którzy są świadomi właściwości prozdrowotnych. Ponadto osoby korzystające z oferty hotelu mają możliwość wzięcia udziału w różnych formach aktywności w wodzie – na przykład: zajęć na deskach SUP, aquaaerobiku, hydrocyclingu i aquaboardingu. Poza rozrywkami wodnymi spółka Arka Mega zapewnia szereg innych atrakcji, jak na przykład: kryty kort tenisowy czy wypożyczalnia rowerów, dzięki którym można udać się na wycieczkę po okolicy.

Obiekt Arka Medical SPA zapewnia swoim kuracjuszom dostęp do funkcjonalnych gabinetów, stanowisk zabiegowych, które wyposażone są w profesjonalny sprzęt medyczny, jak na przykład: lasery, aparaty do elektroterapii, światłolecznictwa, magnetoterapii lub krioterapii miejscowej. Dla gości, którzy przyjeżdżają z dziećmi istotnym udogodnieniem jest Klub dla dzieci z „małpim gajem" i salonem gier, dzięki któremu rodzice mogą skorzystać z oferty zabiegów. Każdego dnia przygotowywane są rozmaite atrakcje dla gości, do których zalicza się między innymi: koncerty i występy.

Na powierzchni 3 000 m^2 do dyspozycji gości znajduje się Centrum Odnowy Biologicznej i Rehabilitacji, w którym można skorzystać zarówno z relaksu i odprężenia, ale także szerokiej oferty zabiegów leczniczych takich jak:

- akupunktura,
- Kinesiotaping,
- masaże lecznicze,
- balneologia,
- fizykoterpia,
- kinezyterapia,
- fala uderzeniowa,
- terapia indywidualna,
- biostymulacja – laser wysokoenergetyczny hilt,
- krioterapia.

W ramach pobytu w ośrodku w Kołobrzegu do wyboru klientów znajduje się szeroka oferta pakietów całorocznych skoncentrowanych na odnowie biologicznej, relaksie, wypoczynku czy zdrowiu [https://www.arka-mega.pl/pakiety/ dostęp 27.03.2022]:

- pakiet „czekoladowe ukojenie";
- pakiet „8 dni dla zdrowia", w ramach którego realizowane są dwa zabiegi lecznicze dziennie, goście mogą skorzystać z groty solnej (jedno wejście w trakcie całego pobytu – bezpłatnie). Warto jednak podkreślić, że przed przystąpieniem do zabiegów odbywa się konsultacja lekarska;
- pakiet „czas orientu";
- „pakiet kuracyjny" jest dedykowany dla osób, które pragną zadbać o swoje zdrowie podczas pobytu w Arka Medical SPA, ponieważ poza konsultacją lekarską i opieką wykwalifikowanego zespołu terapeutów, realizowane są 3 zabiegi dziennie, masaże klasyczne kręgosłupa, seanse w grocie solnej i zajęcia Nordic Walking lub inne formy aktywności fizycznej przewidziane w grafiku zajęć;
- „sportowy pakiet leczniczy", w którym również serię zabiegów poprzedza konsultacja lekarska. Każdy z kuracjuszy uczęszcza na wskazane trzy zabiegi dziennie, dodatkowo w ramach pakietu zawarte są masaże klasyczne kręgosłupa lub masaże częściowe, 3 seanse w grocie solnej, zajęcia z instruktorem fitness i kinesiotaping;
- pakiet „spa z przyjaciółką";
-

pakiet „tydzień lenistwa", jest to pakiet dedykowany dla osób, które cenią sobie odpoczynek i relaks, a dzięki bogatemu zapleczu strefy spa&wellness w ramach pakietu korzystają z wielu usług, jak na przykład: kąpiel w solance, masaż Benessere, seanse w kameralnej saunie w Galerii SPA, masaże twarzy i kamieniami, zabiegi wygładzające na ciało oraz inne usługi, które zapewniają relaks w trakcie pobytu;

- pakiet „spa dla dwojga", jest dedykowany dla par, ze względu na możliwość uczestnictwa w zabiegach zarówno wspólnie, jak i osobno, w zależności od potrzeb. Pakiet zawiera między innymi: kąpiel w białej glince dla dwojga, wspólny masaż Czarna Orchidea, wygładzający zabieg na ciało dla dwojga i odprężenie w strefie relaksu, obejmującej sauny, jacuzzi i łaźnię fińską;
- pakiet „karta dużej rodziny".

Ponadto do dyspozycji gości jest również sala kinowa, w której można organizować wydarzenia na około 230 osób. Jest to miejsce odpowiednie dla konferencji, spotkań integracyjnych, sympozjów i innych wydarzeń skupiających większą liczbę gości. W zależności od pory roku i obłożenia w tym czasie obiektu, możliwe jest również przygotowywanie powierzchni wystawienniczej pod stoiska targowe.

6.3.2. Uzdrowisko Świnoujście

Uzdrowisko Świnoujście S.A. jest to podmiot posiadający wieloletnią tradycję w lecznictwie. Na terenie Świnoujścia posiada 8 ośrodków, które znajdują się w najatrakcyjniejszej dzielnicy nadmorskiej – obok promenady. Kuracjusze kierowani są do ośrodka w ramach skierowania NFZ na: turnusy lecznicze, turnusy szpitalne, wczesną rehabilitację kardiologiczną i pobyty pełnopłatne, do których zalicza się między innymi: pakiety lecznicze z zabiegami, pakiety weekendowe, turnusy dla seniorów, turnusy dla nauczycieli i wiele innych, w tym również oferty specjalne. Ośrodki dysponują nowoczesną, dobrze wyposażoną bazą zabiegową, oferującą swoim gościom szeroką gamę zabiegów, które wykorzystują naturalne surowce (na przykład: borowiny, solanki). Poza tym do dyspozycji gości są kąpiele solankowe, hydromasaże w solance, ćwiczenia rehabilitacyjne w basenie solankowym, okłady borowinowe i wiele innych. Ciekawostką jest również posiadanie własnych źródeł wód leczniczych w Świnoujściu.

Dużym ułatwieniem jest intuicyjna strona internetowa, zawierająca wszelkie niezbędne kwestie dla zainteresowanych ofertą Uzdrowiska Świnoujście S.A. Oferta kierowana jest głównie pod kątem:

- rehabilitacji ogólnoustrojowej,

- rehabilitacji kardiologicznej,
- leczenia uzdrowiskowego,
- fizjoterapii ambulatoryjnej.

W ramach oferty specjalnej oferowane są pobyty [https://www.uzdrowisko.pl/oferty-specjalne dostęp 21.02.2022]:

- pakiet „weekend dla dwojga”,
- pakiet „Harmonijna jesień”,
- pakiet „wypoczęty senior”,
- pakiet „tydzień zdrowia nad morzem”,
- pakiet „pobyt rekreacyjny”,
- pakiet „świat masaży”,
- „pakiet dermatologiczny”,
- pakiet „podziękuj rodzicom za co tylko chcesz”,
- „oferta kitesurfingowa”,
- „rehabilitacja po COVID-19 w „Henryku””, jest to pakiet, który powstał w wyniku panującej pandemii, w ramach którego przeprowadzany jest trening wydolnościowy na ergometrze rowerowym lub trening marszowy, prowadzone są zbiorowe ćwiczenia oddechowe (zalicza się do nich między innymi: ćwiczenia wydłużające oddech, ćwiczenia oddychania przeponowego, ćwiczenia rozluźniające, ćwiczenia zwiększające ruch oddechowy dolnożebrowy), a także inne ćwiczenia ogólnousprawniające przeprowadzane w grupie. W trakcie pobytu uczestnik turnusu poddawany jest usuwaniu wydzieliny z drzewa oskrzelowego jedynie w uzasadnionych medycznie przypadkach. Podobnie jak w innych ośrodkach, wszelkie zabiegi i zajęcia poprzedzone są wizytą lekarską, która kwalifikuje do rehabilitacji i określa zalecenie zabiegowe, a na koniec określa efekty zakończonej rehabilitacji dzięki wykorzystaniu testów wydolnościowych na ergometrze. Ponadto zalecane są zabiegi fizykoterapii (jeden zabieg każdego dnia).

Na terenie ośrodka znajduje się rozbudowany dział fizjoterapii, w ramach którego pacjenci mają dostęp do takich zabiegów jak [https://www.uzdrowisko.pl/strefa-relaksu/baza-zabiegowa data dostępu [18.03.2022]:

- krioterapia punktowa (leczenie schłodzonym powietrzem lub parami azotu),
- elektrolecznictwo (galwanizacja, jonoforeza, elektrostymulacja, prądy: diadynamiczne, interferencyjne, TENS, TRAEBERTA, KOTZA, ultradźwięki miejscowe),
- światłolecznictwo (laseroterapia punktowa lub skaner, naświetlania miejscowe promieniowaniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym),

- leczenie polem elektromagnetycznym (impulsowe pole magnetyczne wysokiej częstotliwości, impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości),
- hydroterapia (kąpiele wirowe kończyn, hydromasaże, kąpiele perełkowe),
- balneoterapia (okłady borowinowe, galwano borowina, jonoforeza borowinowa, kąpiele solankowe lub kwasowęglowe, inhalacje solankowe),
- masaże lecznicze (klasyczny, mechaniczny, limfatyczny),
- kinezyterapia (ćwiczenia grupowe lub indywidualne na przyrządach).

6.3.3. Uzdrowisko Połczyn Zdrój

Uzdrowisko Połczyn Zdrój należące do Polskiej Grupy Uzdrowisk oferuje pobyty w kilku budynkach. W ramach szerokiej oferty idealnie wpasowuje się w specyfikę turystyki zdrowotnej, ze względu na usługi z zakresu rehabilitacji, pobytów sanatoryjnych, aż po odnowę biologiczną, zabiegi spa&wellness. Do dyspozycji gości oddana jest strefa relaksu, w której znajdują się: basen, jacuzzi i sauna. Szeroki zakres usług leczniczych uzdrowiska sprawia, że specjalizuje się ono także w leczeniu niepłodności i innych schorzeń ginekologicznych, ponadto oferując rehabilitację narządów ruchu i rehabilitację ogólnorozwojową oraz pomoc w przypadku leczenia chorób reumatologicznych. Zakres schorzeń, którymi zajmują się specjaliści w uzdrowisku Połczyn Zdrój jest jednak znacznie szerszy. Poza aspektem leczniczym, można znaleźć w ofercie zabiegi relaksacyjne, kosmetyczne i pielęgnacyjne [https://uzdrowisko-polczyn.pl/ dostęp [18.02.2022]].

Ze względu na rozmieszczenie Uzdrowiska Połczyn Zdrój w kilku budynkach, możliwe jest znalezienie najodpowiedniejszego dla siebie pakietu. Osoby ceniące sobie wysoki standard pokoi, z pewnością zdecydują się na pobyt w SPA „Zdrojowe Zacisze", natomiast osoby chcące skorzystać z taniego noclegu, których priorytetem nie jest najwyższy standard, prawdopodobnie wybiorą schronisko „Tadeuszówka".

W ramach działalności uzdrowiska oferowany jest szeroki zakres pakietów:
- Wspaniała Oferta Specjalna;
- Last Minute Borkowo;
- Pełnopłatna Rehabilitacja Uzdrowiskowa – w ramach której każdy z kuracjuszy ma zapewnioną opiekę lekarsko-pielęgniarską, możliwość wykupienia dodatkowo odpowiedniej dla siebie diety (na przykład bezglutenowa, bez laktozy, wegetariańska). Przed przystąpieniem do zabiegów konieczna jest wizyta lekarska, następnie wyznaczane są trzy zabiegi dziennie, które wykonywane są przez wykwalifikowany personel medyczny

na terenie zakładów przyrodoleczniczych. Wśród podstawowych zabiegów wyróżnia się: fizykoterapie (między innymi: elektrostymulacja, galwanizacja, interdyn, jonoforeza, magnetronik, terapuls, ultradźwięki, sollux, lampa solaris, laser punktowy, laser skaner, diadynamik, gimnastyka w basenie, gimnastyka indywidualna przyrządowa, gimnastyka kondycyjno-wyszczuplająca, gimnastyka indywidualna prowadzona, gimnastyka grupowa, krioterapia, okłady parafinowe, prądy TENS, inhalacja solankowa, inhalacja złożona), masaże suche (na przykład: masaż wibracyjny, masaż klasyczny), zabiegi borowinowe (na przykład: okłady borowinowe, fasony borowinowe, zawijania borowinowe, tampony borowinowe (Pakiet Strefa dla Kobiet),wodolecznictwo (na przykład: kąpiel kwasowęglowa, kąpiel solankowa, kąpiel perełkowa, masaż podwodny ręczny, masaż podwodny mechaniczny, masaż wirowy, bicze szkockie);

- Rehabilitacja dla Seniora;
- Uzdrowiskowa rehabilitacja pocovidowa, podobnie jak w przypadku uzdrowiska Świnoujście pobyt rozpoczyna się od wstępnej konsultacji, w trakcie której oceniany jest stan kliniczny pacjenta, optymalizowane jest leczenie farmakologiczne i ustalany program rehabilitacji zgodny ze Standardami Rehabilitacji Pulmonologicznej. W trakcie pobytu pacjent jest pod opieką specjalistów tj. lekarzy, psychologa, pielęgniarek, terapeuty zajęciowego, fizjoterapeutów i dietetyka. Każdego dnia dokonywane są pomiary PEF, prowadzona jest diagnostyka pulmonologiczna. W zależności od stanu zdrowia pacjent zleca: test wysiłkowy, spirometrie, test Borga lub test marszowy. Ponadto każdego dnia uczestnik turnusu uczęszcza na cztery zabiegi lecznicze;
- Specjalistyczna rehabilitacja dla kobiet, jest to pobyt, w trakcie którego stosowany jest nowatorski program terapeutyczny, który bazuje na naturalnym lecznictwie borowinowym i aktywności fizycznej. Pakiet jest odpowiedni dla Pań, które mają trudności z zajściem w ciąże, zmagają się ze schorzeniami układu płciowego lub dolegliwościami okołomenopauzalnymi
- Pakiet podstawowy – strefa dla kobiet,
- Borowinowy relaks spa – Pakiet weekendowy;
- Egzotyczny relaks spa – pakiet weekendowy;
- Exclusive spa – pakiet weekendowy;
- Antystres spa – pakiet weekendowy;
- Regenerujący spa – pakiet weekendowy;
- Pakiet rewitalizacyjny spa;
- Pakiet fit&beauty spa;

- pakiet antycellulit spa;

Zdecydowana większość wymieniony pakietów są to pobyty krótkoterminowe, skoncentrowane na zabiegach spa&wellness. Uzdrowisko W Połczynie Zdrój jest to przykład obiektu, który posiada szeroko rozbudowaną ofertę zarówno pobytów sanatoryjnych, jak i pobytów związanych z zabiegami spa&wellness. Ośrodek stawia na pobyty weekendowe z zabiegami na twarz i ciało, co jest dużą zaletą dla osób pracujących, ponieważ nie muszą wykorzystywać wielu dni urlopu, chcąc się zrelaksować i odpocząć od codziennych obowiązków. Dzięki bogatej ofercie każdy znajdzie coś dla siebie. W zależności od wieku i preferencji.

Podsumowując, należy zauważyć szeroki zakres usług i pakietów, które oferują podmioty turystyki zdrowotnej. Na terenie województwa zachodniopomorskiego każdy z turystów, kuracjuszy znajdzie ofertę dopasowaną do swoich potrzeb. Zabiegi oferowane w obiektach turystycznych wykonywane są przez wysoko wykwalifikowany personel, który posiada kompetencje w tym zakresie.

Wnioski i podsumowanie

Głównym zamierzeniem badawczym prezentowanej dysertacji była diagnoza specyfiki rynku turystyki zdrowotnej. Ponadto istotne było określenie wpływu turystyki zdrowotnej na rozwój lokalny na przykładzie wybranych gmin województwa zachodniopomorskiego. Cel główny pracy zrealizowano, wypełniając cele szczegółowe. Pierwszym z nich była identyfikacja determinant rozwoju regionalnego, z której wynika, że kluczową rolę odgrywają czynniki wewnętrzne, stanowiące siłę sprawczą do dalszych podejmowanych działań. Koncentrując badania wyłącznie na analizowanych determinantach zewnętrznych dostrzegane są jedynie działania będące konsekwencją zmian zachodzących poza ocenianym obszarem, a nie dostrzegany jest potencjał wewnętrzny, który jest najistotniejszy. Czynniki o charakterze endo- i egzogenicznym rozwoju regionalnego mogą tworzyć efekt synergii (przykładem może być sytuacja społeczno-ekonomiczna gminy i koniunktura gospodarcza kraju).

Ponadto dokonano dekompozycji definicji turystyki zdrowotnej, która obejmuje turystykę uzdrowiskową, medyczną i spa&wellness. Turystyka uzdrowiskowa traktowana jest jako wyjazd w celach kuracyjnych, sanatoryjnych, rehabilitacyjnych. Turystyka medyczna związana jest z pobytem pod opieką specjalistów dla poratowania zdrowia, poprawy wyglądu z zastosowaniem medycyny estetycznej (np. przeszczep włosów, korekta nosa, operacja plastyczna). Ostatni komponent turystyki zdrowotnej – działalność turystyczna spa&wellness, która intensywnie rozwija się od lat, związana jest z usługami wspierającymi dbanie o ciało, ale i zapewniającymi relaks podczas pobytu. W województwie zachodniopomorskim i innych regionach kraju znajdują się obiekty turystyczne, których nie można zaliczyć do żadnej z form turystyki zdrowotnej (np. dom wczasowy, hostel, schronisko). Na potrzeby dysertacji zdefiniowano turystykę zdrowotną jako wyjazd poza miejsce stałego zamieszkania w celach turystycznych, ale z uwzględnieniem miejsca na zaplanowanie czynności dla duszy i ciała – zabiegów spa&wellness lub po prostu działalności uzdrowiskowej – czyli związanej z regeneracją organizmu po przebytej chorobie, wzmocnienia lub rehabilitacji.

Przeprowadzono analizę rynku turystycznego w województwie zachodniopomorskim na tle innych regionów. Z zebranego materiału empirycznego wynikało, że w większości regionów zauważalny był wzrost liczby obiektów turystycznych w latach 2017-2019, co świadczyło o rozwoju sektora turystycznego.

Do regionów, w których zauważono zmniejszającą się liczbę obiektów turystycznych należały województwa: opolskie, łódzkie, dolnośląskie i kujawsko-pomorskie. Widoczny był spadek liczebności nowopowstałych podmiotów turystycznych w roku 2020 we wszystkich analizowanych województwach. Niewątpliwie zmniejszenie liczby obiektów turystycznych związane było z ogłoszeniem stanu epidemii SARS-CoV-19 i wprowadzeniem lockdownu ograniczającego swobodne prowadzenie działalności gospodarczej. Dokonując analizy struktury obiektów turystycznych ogółem w Polsce najwyższy odsetek w roku 2020 odnotowały województwa: pomorskie (14,56%), zachodniopomorskie (13,89%), małopolskie (12,75%) i dolnośląskie (9,47%), w których rozwinięta była turystyka. Województwo zachodniopomorskie jest jednym z najatrakcyjniejszych regionów w Polsce, poza bezpośrednim dostępem do Morza Bałtyckiego, posiadającym cenne walory przyrodnicze, do których zalicza się puszcze, lasy, jeziora i rzeki, sprzyjające uprawianiu między innymi turystyki wodnej, kajakarstwa. Jednak jedną ze słabych stron działalności sektora turystycznego jest sezonowość, przez co największy ruch turystyczny koncentruje się na miesiącach wakacyjnych. Pozostałe pory roku są chętniej wybierane przez kuracjuszy, uczestników pobytów sanatoryjnych, leczniczych. Województwo zachodniopomorskie było szczególnie chętnie odwiedzane przez turystów z Niemiec, na co wpływ ma położenie geograficzne i odległość od granicy, cena w stosunku do pobytów w Niemczech. Ponadto województwo zachodniopomorskie wyróżnia się najwyższym stopniem wykorzystania miejsc noclegowych względem pozostałych regionów, co świadczy o atrakcyjności dla odwiedzających turystów.

W wyniku przeprowadzonej analizy turystyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim stwierdzono, że najczęściej występującymi kierunkami lecznictwa w uzdrowiskach były głównie choroby górnych dróg oddechowych i reumatologiczne (występują w 5 gminach uzdrowiskowych), choroby kardiologiczne, cukrzyca i choroby układu nerwowego. Ze względu na zawieszenie funkcjonowania uzdrowisk w roku 2020 na 210 dni, liczba kuracjuszy zmniejszyła się niemal o połowę. W latach 2017-2019 obserwowany był stały wzrost przyjazdów kuracjuszy, którzy pokrywali pobyty ze środków prywatnych. Zauważono jednak spadek liczby osób, które otrzymały dofinansowanie przez NFZ. Związane jest to z trudnością uzyskania skierowania na wyjazd do sanatorium. Działalność spa&wellness w województwie zachodniopomorskim w gminach nadmorskich związana jest głównie z funkcjonowaniem obiektów hotelowych. Wśród obiektów turystyki spa&wellness w województwie zachodniopomorskim można

wymienić: Arka Medical SPA w Kołobrzegu, Aquarius w Kołobrzegu, Baltic Wellness&SPA w Kołobrzegu i Unitral w Mielnie.

Wykorzystano funkcję turystyki do oceny rozwoju turystycznego gmin oraz zmienne ekonomiczno-społeczne do pomiaru rozwoju lokalnego i regionalnego. Z przeprowadzonych analiz w dysertacji wynika, że najwyższe wartości odnotowały gminy odznaczające się niedużą powierzchnią: Kołobrzeg (1) – 26 km^2, Rewal (2) – 43 km^2, Darłowo (1) – 20 km^2, Mielno (3) – 62 km^2, Dziwnów (3) – 40 km^2. Zdarzały się także odstępstwa od tej reguły, ponieważ gmina o największej powierzchni nie zanotowała najniższego wyniku (Wałcz (2) – 575 km^2). Najniższe wartości wskaźnika Deferta odnotowały gminy: Stepnica (293 km^2), Borne Sulinowo (484 km^2) i Człopa (349 km^2), w których liczba korzystających z noclegów w przeliczeniu na km^2 była najniższa.

Następnie dokonano klasyfikacji gmin województwa zachodniopomorskiego uwzględniając pomiar rozwoju lokalnego i turystyki zdrowotnej. Przeprowadzona, pogłębiona analiza statystyczna z wykorzystaniem metody k-średnich wskazała jednak na średni związek między turystyką zdrowotną a rozwojem lokalnym. Metodę k-średnich zastosowano dla trzech zestawów zmiennych: społeczno-gospodarczych, turystycznych i łącznie z dwóch poprzednich zespołów. W wyniku przeprowadzonych analiz w latach 2017 i 2020 widoczne były niewielkie przesunięcia w trójstopniowej skali określającej poziom rozwoju gmin w województwie zachodniopomorskim. Dokonując klasyfikacji na podstawie parametrów społeczno-gospodarczych nie potwierdzono istotnego wpływu turystyki zdrowotnej na rozwój lokalny w wybranych gminach, ponieważ jedna z gmin, w której uprawiana jest turystyka zdrowotna znalazła się w trzeciej (najsłabszej) grupie jednostek terytorialnych, natomiast Kołobrzeg będący stolicą turystyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim oraz Kamień Pomorski znalazły się w drugiej grupie. Świadczy to o braku uwarunkowania wysokiego poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego od funkcjonowania na danym obszarze podmiotów turystyki zdrowotnej. Wśród jednostek o najlepszych parametrach rozwoju lokalnego w 2020 znalazły się między innymi gminy: Rewal, Świnoujście, Mielno – gdzie realizowane są formy turystyki zdrowotnej tj. zarówno działalność lecznicza, rehabilitacyjna, ale również spa&wellness. Przeprowadzona klasyfikacja z wykorzystaniem metody k-średnich dla tego samego wykazu gmin na podstawie parametrów turystycznych wykazała, że najlepsza okazała się gmina miejska Kołobrzeg, kolejna gmina uzdrowiskowa – Połczyn Zdrój znalazła się w grupie drugiej, a pozostałe badane jednostki uzdrowiskowe trafiły do ostatniej - III grupy typologicznej, która określona została jako najgorsza, ze względu

na najniższe wartości przyjętych do badania zmiennych. Pomimo zróżnicowania w dostępie do Morza Bałtyckiego oraz innych walorów przyrodniczych, nie wszystkie gminy, na obszarze których uprawiana jest turystyka zdrowotna znalazły się w najlepszej klasie. Klasyfikacja w oparciu na parametrach społeczno-gospodarczych i turystycznych wykazała, że w grupie pierwszej – ocenianej jako najlepszej, znalazły się gminy nadmorskie, jednak nie wszystkie, specjalizujące się w turystyce zdrowotnej.

W pracy zweryfikowano stan i kondycję wybranych uzdrowisk oraz ośrodków świadczących usługi spa&wellness. Podjęto ocenę kondycji finansowej podmiotów w celu określenia atrakcyjności podaży oferty tych usług. W tym celu wykorzystano dane pochodzące ze sprawozdań finansowych. Badanie przeprowadzono w dwóch grupach podmiotów – grupie przedsiębiorstw uzdrowiskowych i podmiotów hotelowych świadczących usługi z zakresu turystyki zdrowotnej. Należy podkreślić, że grupa druga miała lepszą kondycję finansową, co wynikało przede wszystkim z większego zakresu usług oferowanych klientom. Poza działalnością spa&wellness oraz rehabilitacyjną/leczniczą, przedsiębiorstwa z grupy drugiej obsługiwały także gości, którzy przyjeżdżali na wypoczynek z rodzinami, odbywali wyjazdy służbowe, bądź przyjeżdżali na wyjazdy zorganizowane. Różnica w ogólnej ocenie parametrów mogła również wynikać z rozbieżności w liczebności podmiotów w poszczególnych grupach. Turystyka uzdrowiskowa jest formą turystyki zdrowotnej, która nie może być uprawiana w każdej miejscowości, stąd też zasadność ograniczonej liczby obiektów. Ponadto rok 2020 był rokiem zmian, ograniczeń i szeregu obostrzeń, które były nakładane odgórnie na całą gospodarkę, co wpływało także na pracowników, turystów i pozostałą część społeczeństwa.

Spostrzeżenia płynące z przeprowadzonych badań pozwoliły na sformułowanie następujących konkluzji:

- Po przeprowadzonych badaniach dedukcyjnych stwierdza się, że turystyka zdrowotna jest koncepcją bardzo szeroką, do której poza turystyką uzdrowiskową, zaliczana jest turystyka medyczna i spa&wellness. W wyniku zmieniających się trendów demograficznych związanych ze starzeniem się społeczeństwa stanowi istotny kierunek rozwoju. Koncepcja rozwoju lokalnego i regionalnego nie sprowadza się jedynie do alokacji zasobów, ale także do racjonalnie prowadzonej polityki rozwoju sektora usług turystycznych, promocji, marketingu lokalnego i regionalnego;

- Występowanie i nasycenie w przestrzeni zasobów naturalnych i przyrodniczych jest nierównomierne, co wpływa na rozmieszczenie obiektów turystyki uzdrowiskowej, będącej częścią turystyki zdrowotnej. Z przeprowadzonych badań empirycznych wynika, że rozmieszczenie gmin w województwie zachodniopomorskim ujawnia wyraźne związki lokalizacji terytorialnego rozmieszczenia podmiotów turystyki zdrowotnej z terytorialnym rozmieszczeniem walorów przyrodniczych i dostępem do Morza Bałtyckiego.
- Z przeprowadzonych badań wynika jasno, że województwo zachodniopomorskie jest obszarem zróżnicowany pod względem rozwoju społeczno-gospodarczego. Wydaje się zatem, że podjęcie badań na tym obszarze jest zasadne, a województwo zachodniopomorskie stanowi interesujący obszar do pogłębionych analiz.

Badania ankietowe przeprowadzono na podstawie autorskiego kwestionariusza ankiety wśród menadżerów obiektów hotelowych trzy-, cztery- i pięciogwiazdkowych w województwie zachodniopomorskim. W kwestionariuszu zawarte były pytania dotyczące podstawowych informacji o hotelach i preferencjach klientów oraz źródłach finansowania pobytów przez uczestników, wykazały, że najczęściej w ofercie brakuje kręgielni (61 respondentów), komory solnej (25 respondentów) i usług z zakresu medycyny estetycznej (21 respondentów). Jednocześnie wśród największych atutów swoich hoteli ankietowani podkreślali przede wszystkim położenie (70 respondentów), ale i wysoki standard pokoi (60 respondentów). Większość obiektów nie była dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych (64%), co jest istotne z punktu widzenia turystyki zdrowotnej. Największym zainteresowaniem cieszyły się pobyty wypoczynkowe z zabiegami spa&wellness (38 respondentów), które realizowane były głównie od czerwca do sierpnia.

Wyniki przeprowadzonych badań, jak i analiza materiałów empirycznych umożliwiła realizację postawionych w rozprawie celów oraz weryfikację trzech hipotez, które sformułowano na początku badań:

- Pierwszą hipotezę sformułowano następująco: „rozwój turystyki zdrowotnej przyczynia się do polepszenia sytuacji społeczno-ekonomicznej wybranych gmin w województwie zachodniopomorskim". W rozprawie zweryfikowano i nie potwierdzono wpływu rozwoju turystyki zdrowotnej na polepszenie sytuacji społeczno-ekonomicznej wybranych gmin w województwie zachodniopomorskim. Większość destynacji turystycznych, w których realizowane były świadczenia turystyki zdrowotnej prowadzi również inne formy turystyki kwalifikowanej.

W związku z tym, działalność uzdrowiskowa lub spa&wellness nie stanowiła głównego bodźca do poprawy sytuacji społeczno-gospodarczej. Z punktu widzenia położenia, województwo zachodniopomorskie jest atrakcyjnym miejscem do wypoczynku, co nie zawsze wiąże się ściśle z koniecznością korzystania z działalności leczniczej, zdrowotnej lub spa&wellness. Turystyka zdrowotna stanowi fragment sektora turystycznego;

- W drugiej hipotezie nie potwierdzono, że „gminy, w których występują podmioty turystyki zdrowotnej osiągają najwyższy poziom rozwoju lokalnego na tle regionu". Samorządy, w których występowały podmioty turystyki zdrowotnej nie osiągały najwyższego poziomu rozwoju lokalnego na tle regionu, co wynikało przede wszystkim ze zróżnicowanej oferty usług. Działalność turystyki uzdrowiskowej koncentrowała się przede wszystkim w: Świnoujściu, Kołobrzegu, Połczynie Zdrój, Dąbkach i Kamieniu Pomorskim. Zwracając uwagę obszary województwa zachodniopomorskiego, w których występuje najwyższy poziom rozwoju lokalnego, należy przyjrzeć się gminom: Police, w której znajdują się chemiczne zakłady przemysłowe, zatrudniające między innymi okolicznych mieszkańców oraz gminę Goleniów, gdzie znajduje się Goleniowski Park Technologiczny, stanowiący atrakcyjne miejsce nie tylko dla inwestorów krajowych, ale i zagranicznych.
- Trzecią hipotezę sformułowano następująco: „podmioty turystyki spa&wellness mają lepszą kondycję finansową niż obiekty uzdrowiskowe" została zweryfikowana pozytywnie, przez co potwierdzono, że podmioty turystyki spa&wellness miały lepszą kondycję finansową niż obiekty uzdrowiskowe. Obiekty spa&wellness odnotowywały m.in. znacznie wyższe dochody ze sprzedaży niż podmioty uzdrowiskowe.

Praca może mieć charakter aplikacyjny, zarówno w wymiarze naukowym, jak i praktycznym. Wyniki przeprowadzonych badań mogą być przydatne władzom jednostek samorządu terytorialnego na poziomie gmin w opracowywaniu strategii rozwoju turystyki zdrowotnej, uczelniom i instytutom naukowo-badawczym przy opracowywaniu projektów na temat rozwoju działalności turystyki uzdrowiskowej, organizacjom (regionalnym i lokalnym organizacje turystyczne, lokalne grupy działania, stowarzyszenia, klastry turystyczne) i instytucjom.

Istotnym wkładem niniejszej dysertacji jest diagnoza specyfiki rynku turystyki zdrowotnej i jej wpływu na rozwój lokalny w wybranych gminach województwa

zachodniopomorskiego. Temat pracy jest zagadnieniem stosunkowo nowym. W związku z tym przeprowadzenie pogłębionych analiz było zasadne. Za nowy element metodyczny można uznać autorską klasyfikację gmin województwa zachodniopomorskiego z uwzględnieniem pomiaru rozwoju lokalnego i turystyki zdrowotnej. Dla pogłębienia analizy turystyki zdrowotnej dokonano badania sprawozdań finansowych podmiotów turystyki uzdrowiskowej i spa&wellness, oceniając ich kondycję finansową. Korzystniejszą ekonomicznie sytuację posiadały podmioty świadczące usługi spa&wellness, które rozwijają się szybciej, niż działalność uzdrowiskowa.

Na podstawie dokonanych analiz wyrażono nadzieje, że zaproponowane badania dotyczące diagnozy specyfiki rynku turystyki zdrowotnej i określenia wpływu turystyki zdrowotnej na przykładzie wybranych gmin województwa zachodniopomorskiego oraz ich efekty okażą się pomocne dla podmiotów turystyki zdrowotnej i jednostek samorządu terytorialnego, a zarazem staną się inspiracją do dalszego analizowania wpływu turystyki zdrowotnej na sytuacje społeczno-gospodarczą regionów.

Bibliografia

1. Alejziak W., *Turystyka w obliczu wyzwań XXI wieku*, Albis, Kraków 2000.
2. Anszperger A., *Rola państwa w funkcjonowaniu i rozwoju turystyki*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Studia Ekonomiczne nr 311, 2017.
3. Bajgier-Kowalska M., *Funkcjonowanie ośrodków spa i wellness w Polsce na przykładzie obiektów komercyjnych i sanatoryjnych w Krynicy-Zdroju*, Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis, Studia Geographica, 193, 2015.
4. Balassa B., *The Theory of Economic Integration*, Allen and Unwin, London 1973.
5. Balcerowicz L., *Wolność i rozwój*, Wyd. Znak, Kraków 1998.
6. Balińska A., Regionalna gospodarka turystyczna i jej wpływ na gospodarkę regionu na przykładzie województwa mazowieckiego, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 509, Wrocław 2018.
7. Balińska A., *Struktura popytu turystycznego i czynniki kształtujące ten popyt (na podstawie wyników badań empirycznych),* Zeszyty Naukowe SGGW w Warszawie, Ekonomika i Organizacja Gospodarki Żywnościowej, Nr 74, 2009.
8. Balińska A., Zawadka J., *Znaczenie agroturystyki w rozwoju obszarów wiejskich*, Zeszyty Naukowe Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego, Nr 102, 2013.
9. Balińska A., *Znaczenie turystyki w rozwoju gmin wiejskich na przykładzie obszarów peryferyjnych wschodniego pogranicza Polski*, Wyd. SGGW, Warszawa 2016.
10. Banasik W., Działania samorządu na rzecz rozwoju turystyki w powiecie koneckim, Zeszyty Naukowe, Turystyka i Rekreacja, 2(14), 2014.
11. Baretje R., Defert P., *Aspects economiques du tourisme*, Paris 1972.
12. Bąk I., Brelik A., Use of Tourism Intensity Indicators for Delimitation in European Union Countries, European Research Studies Journal, Volume XXV Issue 3, 2022.
13. Bąkiewicz A., Czaplicka K., Piasecki R. (red.), *Wzrost i rozwój gospodarczy w krajach rozwijających się. Ekonomia rozwoju*, PWE, Warszawa 2011.
14. Becker A., *Analiza rozwoju województw Polski pod względem wykorzystania technologii ICT*, Folia Pomeranae Universitatis Technologiae Stetinensis, Oeconomica 285 (62), 2011.
15. Berg W., *Gesundheitstourismus und Wellnesstourismus*, Oldenburg, Monachium 2008.

16. Bernard Ch.A., Colli G., *Słownik ekonomiczny i finansowy*, Wyd. Książnica, 1995.
17. Białk-Wolf A., Taniewski M., *Turystyka uzdrowiskowa jako forma turystyki zdrowotnej,* w: *Turystyka zdrowotna*, pod. red. M. Boruszczaka, WSTiH, Gdańsk 2010.
18. Białk-Wolf A., *Turystyka medyczna. Perspektywy rozwoju w woj. pomorskim*, Wyższa Szkoła Turystyki i Hotelarstwa w Gdańsku, Gdańsk 2014.
19. Białk-Wolf A., *Zdrowotna funkcja współczesnej turystyki,* w: *Turystyka zdrowotna*, pod red. M. Boruszczaka, Wyższa Szkoła Turystyki i Hotelarstwa w Gdańsku, Gdańsk 2010.
20. Biernacka J., *Analiza innowacyjności turystyki medycznej w regionie zachodniopomorskim*, Studia Oeconomica, Posnaniensia, 2, 263, 2014.
21. Biernacka J., *Znaczenie polskiej turystyki medycznej i jej pozycja na światowym rynku turystyki medycznej*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 851, Współczesne problemy ekonomiczne, 2015.
22. Blakely E.J., *Planning Local Economic Development: Theory and Practice*, Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE 1994.
23. Bolonek R., *Rozwój gospodarczy Polski w kontekście zmian instytucjonalnych sektora badawczo-rozwojowego*, Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy, 46(2) /2016, s. 269–288, 2016.
24. Boruszczak M. (red.), *Turystyka uzdrowiskowa. Stan i perspektywy*, Wyższa Szkoła Turystyki i Hotelarstwa w Gdańsku, Gdańsk 2009.
25. Boruszczak M. (red.), *Turystyka zdrowotna*, Wyższa Szkoła Turystyki i Hotelarstwa w Gdańsku, Gdańsk 2010.
26. Brelik A., *Globalization in tourism*, Proceedings of the 2018 International Conference "Economic Science for Rural Development" No 47 Jelgava, LLU ESAF, 9-11 May 2018.
27. Brelik A., Kułyk P., *Ocena atrakcyjności turystycznej gminy jako uwarunkowanie rozwoju gospodarstw agroturystycznych*, Roczniki Naukowe Ekonomii Rolnictwa i Rozwoju Obszarów Wiejskich, 103(4), 2016.
28. Brelik, A., *Zrównoważenie ekonomiczno-środowiskowe turystyki na obszarach wiejskich. Problems of Economics and Law*, *1*(1), 12–22, Szczecin 2019.
29. Brol R., *Gospodarka lokalna i regionalna w teorii i praktyce*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2009.

30. Brol R., *Rozwój lokalny – nowa logika rozwoju gospodarczego,* Gospodarka lokalna w teorii i praktyce, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Nr 785, 1998.
31. Brol R., Strahl D. (red*.), Rozwój regionalny − zakres pojęciowy. Metody oceny rozwoju regionalnego,* Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, 2006.
32. Brudnicki R., *Rozwój produktów turystyki zdrowotnej w Polsce - aktualne problemy i wyzwania*, Równe 2017.
33. Bukowska-Piestrzyńska A., *Marketing usług zdrowotnych. Od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów*, Wyd. CeDeWu, Warszawa 2008.
34. Burzyński T., Czynniki *wpływające na jakość i konkurencyjność usług turystycznych w miejscowościach uzdrowiskowych*, Instytut Turystyki, Kraków 2005.
35. Bushell R., Sheldon P.J., *Wellness and Tourism: Mind, Body, Spirit, Place*, Cognizant Communication Corporation, ISBN: 978 1 882 345 51 7 New York 2009.
36. Capello R., Nijkamp P., *Handbook of Regional Growth and Development Theories*, 2019.
37. Chojnacki Z., Czyż T., *Współczesne problemy geografii społeczno-ekonomicznej Polski*, Wydawnictwo Naukowe, Poznań 1992.
38. Chojnicki Z., Czyż T. *Główne aspekty regionalnego rozwoju społeczno-gospodarczego*. Parysek J.J. (red.), Rozwój regionalny i lokalny w Polsce w latach 1989-2002. Instytut Geografii Społeczno-Ekonomicznej i Gospodarki Przestrzennej UAM, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, s. 13-24, Poznań 2004.
39. Chojnicki Z., *Podstawowe aspekty rozwoju społeczno-gospodarczego*. w: *Współczesne problemy gospodarki przestrzennej Polski. Rozwój Regionalny, Rozwój Lokalny, Samorząd Terytorialny*, pod red. A. Kukliński, 18: 107-121, 1989.
40. Chojnicki Z., *Region w ujęciu geograficzno-systemowym.*, w: *Podstawy regionalizacji geograficznej,* pod red. T. Czyż, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 1996.
41. Churski P., *Rozwój regionalny w warunkach transformacji gospodarczej i integracji europejskiej* [w:] S. Ciok, D. Ilnicki (red.), *Przekształcenia regionalnych struktur funkcjonalno-przestrzennych*. Regionalny wymiar integracji europejskiej, t. VIII/1, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław 2004.

42. Cichocka I., Krupa J., Standardy jakości obsługi oraz oferta spa & wellness w obiekcie hotelarskim a oczekiwania potencjalnych klientów, Zeszyty Naukowe. Turystyka i Rekreacja, 1(17), Wyższa Szkoła Turystyki i Języków Obcych, 2016
43. Connell J., *The Rise of Medical Tourism*, w: *Medical Tourism,* J. Connell, Hershey, IGI Global, Sydney 2011.
44. Cudowska-Sojko A., *Rola turystyki w rozwoju regionu aspekt teoretyczny*, Ekonomiczne Problemy Usług, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, 79, 2011.
45. Cuka P., Gregorova B., *Satysfakcja klientów słowackich uzdrowisk: studium przypadku uzdrowisk w miejscowościach Rajecké Teplice*, Pieszczany I Brusno, Turyzm, 30/2, 2020.
46. Czaja S., Tutaj J., Becla A., Andreeva N., *Uzdrowiska w zrównoważonym rozwoju regionu dolnośląskiego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2018.
47. Czaplewski M., Babis H., Flaga-Gieruszyńska K. (red.), *Oddziaływanie telekomunikacji na nowe formy działalności gospodarczej*, Rynek usług telekomunikacyjnych, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011.
48. Czerny J., *Globalizacja a rozwój. Wybrane zagadnienia geografii społeczno-gospodarczej świata*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa *2005.*
49. Czudec A., *Możliwości i bariery rozwoju regionu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2009.
50. Czyżycki R., *Determinanty rozwoju społeczno-ekonomicznego regionów w Polsce*, Ekonomiczne Problemy Usług, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Nr 2(131), Szczecin 2018.
51. Czyżycki R., Hundert M., Klóska R., *Potencjał turystyczny gmin województwa Zachodniopomorskiego*, Acta Universitatis Lodziensis Folia Oeconomica 271, Łódź 2012.
52. Dahlke P., *Samorząd terytorialny w procesie kształtowania rozwoju gospodarczego regionu na przykładzie województwa wielkopolskiego*, Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Staszica w Pile, Piła 2017.
53. Dec B., Krupa J., *Wykorzystanie odnawialnych źródeł energii w aspekcie ochrony środowiska*, w: *Ochrona środowiska w aspekcie zrównoważonego rozwoju społeczno-gospodarczego Pogórza Dynowskiego*, pod red. J. Krupa, T. Soliński, Związek Gmin Turystycznych Pogórza Dynowskiego, Dynów 2012.

54. Defert P., *Le Taut de FonctionTouristique: mise au point et critique*, w: Les Cahiers du Tourisme. Aux-en-provence, Centre des Hautes Etudes Touristiques, Berne 1967.
55. Demków K., Sulich A., *Czynniki rozwoju turystyki medycznej w Polsce*, Zarządzanie Publiczne, Nr 4(48), 2019.
56. Derek M., *Funkcja turystyczna jako czynnik rozwoju lokalnego w Polsce*, Maszynopis pracy doktorskiej, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2008.
57. Dębowski T., *Rozwój regionalny Polski w kontekście wykorzystania środków unijnych*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Optimum, Studia ekonomiczne nr 2(62), Białystok 2013.
58. Domański T., *Strategiczne planowanie rozwoju gospodarczego gminy*, Agencja Rozwoju Komunalnego, Warszawa 2000.
59. Drążkiewicz J., *Miejsce turystyki w zadaniach gminnego samorządu terytorialnego w Polsce*, Rocznik Żyrardowski 7, 2009.
60. Dryglas D., Golba J., *Determinanty funkcjonowania i rozwoju uzdrowisk w Europie: studium przypadku Polski*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017.
61. Drzewiecki M., *Rola turystyki w rozwoju ekonomicznym wsi pomorskich*, Instytut Turystyki, Warszawa 1980.
62. Dyjach K., *Teorie rozwoju regionalnego wobec zróżnicowań międzyregionalnych*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin, vl. XLVII (1), Łódź 2013.
63. Dyrda G., Maciałek T., *Przesłanki kształtowania profilu turystycznego Gmin Pogórza Dynowskiego*, w: *Turystyka wiejska, ochrona środowiska i dziedzictwo kulturowe Pogórza Dynowskiego*, pod red. J. Krupy, T. Soliński, Związek Gmin Turystycznych Pogórza Dynowskiego, Dynów 2011.
64. Dziedzic E., Skalska T., *Ekonomiczne uwarunkowania rozwoju usług turystycznych w Polsce*, Stowarzyszenie na rzecz Badania, Rozwoju i Promocji Turystyki, Warszawa 2012.
65. Dziemianowicz W., *Kapitał zagraniczny a rozwój regionalny i lokalny w Polsce*, Studia regionalne i lokalne, Europejski Instytut Rozwoju Lokalnego i Regionalnego Uniwersytet Warszawski, Nr 54, 1997.
66. Ehrbeck, T., Guevara C., and Mango P., *Mapping the Market for Medical Tourism*. The McKinsy Quarterly, 1-11, 2008.
67. *European Travel Commission and World Tourism Organization Exploring Health Tourism – Working Paper* 2015.

68. Filipiak B. (red.), Kogut M., Szewczuk A., Zioło M., *Rozwój lokalny i regionalny*. *Uwarunkowania, finanse, procedury,* Fundacja na Rzecz Uniwersytetu Szczecińskiego Szczecin 2005.
69. Foulkner D., Johnson G., *The Challenge of Strategic Management*, London, Kogan Page 1992, za: *Strategiczne zarządzanie zasobami ludzkimi,* O. Lundy, A. Bowling, Wolters Kluwer, Warszawa 2000.
70. Franczak I., *Rozwój samorządów lokalnych w dekadzie integracji Polski z Unią Europejską,* w: *Przedsiębiorczość i zarządzanie. Rola zarządzania projektami i procesami w budowaniu przewagi konkurencyjnej w wymiarze lokalnym i regionalnym*, pod red. S. Stroińskiej E., Tom XVI, cz. I, SAN, Łódź 2015.
71. Frączkiewicz-Wronka A. (red.), Zarządzanie publiczne w lokalnej polityce społecznej, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Warszawa 2007.
72. Gałecki R., *Rola i zadania samorządu terytorialnego w rozwoju gospodarki turystycznej*, Mazowiecka Wyższa Szkoła Humanistyczno-Pedagogiczna, Łowicz 2004.
73. Gałuszka K., *Identyfikacja rozwoju lokalnego i źródeł jego finansowania*, w: *Finansowe aspekty rozwoju lokalnego, pod red. K.* Znanieckiej, T. Famulskiej, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2004.
74. Garcia-Alte´s, A., *The Development of Health Tourism Services*, Annals of Tourism Research, vol. 32, no. 1, 2005.
75. Gartner M., *A Primer in European Macroeconomics*, Prentice Hall Europe, London 1997.
76. Gatnar E., *Klasyfikacja danych za pomocą pakietu statystycznego SPSS for Windows*, Wyd. PLJ, Warszawa 1995.
77. Gaworecki W.W., *Turystyka*, PWE, Warszawa 2010.
78. Głąbicka K., Brewiński M., *Europejska polityka regionalna*, Wyd. Elipsa, Warszawa 2003.
79. Głuszczuk D., *Istota rozwoju regionalnego i jego determinanty*, Economics, 5(17), 2011.
80. Goodrich J.N., Goodrich G.E., *Health-care Tourism*, Tourism Management, September 1987.
81. Goodrich J.N., *Health Tourism: A New Positioning for Tourist Destinations*, Journal of International Consumer Marketing, Vol. 6, No 3–4, 1994.

82. Gorzelak G., Rozwój regionalny Polski w warunkach kryzysu i reformy, Rozwój Regionalny. Rozwój Lokalny. Samorząd Terytorialny, nr 14, IGP UW, Warszawa 1989.
83. Górna J., *Miejska turystyka uzdrowiskowa i kierunki jej ewolucji w Polsce*, Journal Studia Ekonomiczne, Volume 147, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, 2013.
84. Górna J., *Determinanty i kierunki rozwoju usług uzdrowiskowych w Polsce w warunkach integracji z Unią Europejską*, Maszynopis pracy doktorskiej, Politechnika Częstochowska, Częstochowa 2010.
85. Grabiński T., *Metody taksonometrii*, AE, Kraków 1992.
86. Gralak K., Karbowiak K., *Rola turystyki wiejskiej i agroturystyki w ożywianiu obszarów wiejskich*, Roczniki Naukowe Stowarzyszenia Ekonomistów Rolnictwa i Agrobiznesu, Tom 6(4), 2004.
87. Grosse T.G., *Polityka regionalna Unii Europejskiej. Przykład Grecji, Włoch, Irlandii i Polski*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2004.
88. Grzybowska-Brzezińska M., Brelik A., Skłodowski A., Walory przyrodnicze, kulturowe i turystyczne jako czynnik rozwoju regionu kurpiowskiego, Zeszyty Naukowe Ostroleckiego Towarzystwa Naukowego 25, 2011.
89. Grzybowska-Brzezińska M., Szmyt M., Wybrane obszary zachowań rynkowych seniorów, Ekonomiczne Problemy Usług, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 660, 72, Szczecin 2011.
90. Hadzik A., Tomik R., Ryśnik J., *Determinanty turystyki uzdrowiskowej*, Ekonomiczne problemy turystyki, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin Nr 1 (33), 2016.
91. Hadzik A., *Tożsamość terminologiczna turystyki zdrowotnej i uzdrowiskowej. Koncepcja turystyki zdrowotnej uzdrowisk*, w: *Turystyka uzdrowiskowa. Stan i perspektywy*, pod red. M. Boruszczaka, WSTiH w Gdańsku, Gdańsk 2009.
92. Hartigan J.A., *Clustering algorithms*, John Wiley & Sons, 1975 New York, London, Sydney, Toronto.
93. Heffner K., Strzelecki Z (red.), *Strategie rozwoju lokalnego i regionalnego*, Gospodarka regionalna i lokalna, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
94. Hendel M., *Przydatność wskaźników funkcji turystycznej w ocenie rozwoju turystycznego obszaru na przykładzie gminy Ustroń*, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, 87, 2016.

95. Heung V., Kucukusta C.S., Song D., *Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers*, Tourism Management, Elsevier, 32(5), Haiyan 2011.
96. Holik G., Nowak Z., Prusek A, *Analiza strategiczna pozycji, funkcji i struktury gospodarczej województwa Krakowskiego*, Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Krakowie, 527, 53-73, Kraków 1999.
97. Hryniewicz J., Jałowiecki B., *System polityczny a rozwój gospodarczy*, EUROREG, Warszawa 1997.
98. Jabłońska J., Kopczyk D., Preferencje użytkowników hoteli w zakresie produktu i usług, Zeszyty Naukowe Małopolskiej Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Tarnowie, t. 27, nr 2–3, 2015.
99. Jabłońska M., Burzyńska D., *Zależność między przedsiębiorczością a rozwojem gospodarczym. Przykład regionów przygranicznych Polski Wschodniej*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia Vol. L, 4 Sectio H 2016.
100. Jagusiewicz A., *Funkcje turystyczne uzdrowisk polskich*, Instytut Turystyki, Warszawa 2001.
101. Jałowiecki B., *Rozwój lokalny, Rozwój regionalny, Samorząd terytorialny*, Wyd. Instytut Gospodarki Przestrzennej, Wydział Geografii i Studiów Regionalnych, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 1989.
102. Jałowiecki B., Szczepański M. S. *Rozwój lokalny i regionalny w perspektywie socjologicznej. Podręcznik akademicki*, Wyd. Śląskie Wydawnictwa Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania i Nauk Społecznych, Tychy 2002.
103. Januszewska M., Nawrocka E., Wpływ turystyki na rozwój lokalny, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 279, Wrocław 2015.
104. Januszewska M., *Perspektywy rozwoju uzdrowisk w Polsce*, Turystyka i Rekreacja, Tom 1, 2005.
105. Januszewska M., *Wpływ koncepcji zdrowia na model funkcjonowania turystyki zdrowotnej,* w: *Turystyka a zdrowie,* pod red. E. Lonc, K. Klementowski, Państwowa Wyższa Szkota Zawodowa, Wałbrzych 2012.
106. Jewtuchowicz A., *Strategie rozwoju dużych miast i ich wpływ na proces transformacji gospodarki,* w: *Strategie rozwoju wielkich miast,* pod red. R. Domańskiego, Biuletyn KPZK PAN, Warszawa 1995.
107. Jóźwik B., Ponikowski H. (red.), *Międzynarodowe uwarunkowania rozwoju regionalnego,* Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2008.

108. Kachniewska M., *Tourism development as a determinant of quality of life in rural areas*, Worldwide Hospitality and Tourism Themes, 7(5), Emerald Group Publishing Limited, 2015.
109. Kachniewska M., *Turystyka zdrowotna jako determinanta kształtowania nowych modeli biznesowych*, Przedsiębiorczość I Zarządzanie, Tom XX, Zeszyt 2(1), Wydawnictwo SAN, 2019.
110. Kaczor B., Szczepankowska E., *Analiza potencjału turystycznego uzdrowisk i jego odzwierciedlenie w rozwoju turystyki zdrowotnej (na przykładzie Inowrocławia i Ciechocink*a), Studia Periegetica nr 1(11), Zdrowie i bezpieczeństwo w turystyce i rekreacji = Health and Safety in Tourism and Recreation, 2014.
111. Kamerschen D., McKenzie D.R., Nardinelli C., *Ekonomia*, Fundacja Gospodarcza NSZZ Solidarność, Gdańsk 1991.
112. Kapera I., *Role of local government in the management of tourist regions*, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2016.
113. Karbowiak K., *Perspektywy rozwoju turystyki uzdrowiskowej w Polsce*, Europa Regionum Tom XXIV, 2015.
114. Karwińskiej A., *Gospodarka przestrzenna. Uwarunkowania społeczno-kulturowe*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016.
115. Kaspar C., Ferlich F., 1999. *Marketing Konzeption der HeilbuondKurorte* B16. Hochschule St. Gallen, s. 14, za: *Uzdrowiska polskie w systemie rynku i zarządzania marketingowego,* A. S. Kornak, Kujawsko-Pomorskie Studium Edukacyjne, Bydgoszcz1979.
116. Kaspar C., *Management im Tourismus*, 2, Bern–Stuttgart–Wienn 1995.
117. Kasprzak K., Strategia rozwoju turystyki w regionie, Przegląd komunalny, nr 7, Wydawnictwo Abrys Sp. Z o. o., 2016
118. Kaźmierczak J*., Innowacyjność województwa zachodniopomorskiego na tle Polski*, Studia i Prace WNEIZ US., (56), Szczecin 2019.
119. Klóska R., *Innowacyjność jako determinanta rozwoju regionalnego w Polsce*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2015.
120. *Kompedium wiedzy o turystyce*, 2002.
121. Kornak A., Rapacz A., *Zarządzanie turystyka i jej podmiotami w miejscowości i regionie*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2001.
122. Kosek-Wojnar M., Surówka K., *Podstawy finansów samorządu terytorialnego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

123. Kosiedowski W., *Wprowadzenie do teorii i praktyki rozwoju regionalnego i lokalnego,* w: *Samorząd terytorialny w procesie rozwoju regionalnego i lokalnego*, pod red. W. Kosiedowskiego, Wyd. „Dom Organizatora", Toruń 2005.
124. Kosmaczewska J., Turystyka jako czynnik rozwoju obszarów wiejskich, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2013.
125. Kotarski H., *Kapitał ludzki i kapitał społeczny a rozwój województwa podkarpackiego,* Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2013.
126. Kowal J., *Polska turystyka uzdrowiskowa w liczbach,* w: *Turystyka uzdrowiskowa w gospodarce regionu i kraju*, pod red. T. Iwanek, Wyższa Szkoła Zarządzania, Wrocław 2006.
127. Krasiński Z., *Kondycja turystyki uzdrowiskowej w Polsce a reformy społeczne 1999 roku,* w: *Rozwój usług turystycznych u progu XXI wieku,* pod red. G. Gołembskiego, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 1999.
128. Kraś J., *Istota i znaczenie turystyki uzdrowiskowej w Polsce,* Seminare. Poszukiwania naukowe, Tom 29, 2011.
129. Królak S., *Turystyka uzdrowiskowa w Polsce – rozważania nad istotą, determinantami i przyszłością*, Rozwój Regionalny i Polityka Regionalna, 53, 2021.
130. Krupa J., Glądała A., *Charakterystyka dostępności komunikacyjnej województwa dolnośląskiego – obszaru recepcji fanoturystów*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, nr 392, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2020.
131. Krupa J., Wołowiec T., *Uzdrowiska Polski Wschodniej wobec wyzwań rozwojowych – turystyka zrównoważona,* w: *Współczesne trendy funkcjonowania uzdrowisk – klastering*, pod red. J. Hermaniuk, J. Krupy, Instytut Gospodarki Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania, Rzeszów 2010.
132. Krzyżanowska K., Roman M., *Problemy rozwoju regionalnego i lokalnego w Polsce*, Wydawnictwo Urzędu Miejskiego w Pułtusku, Pułtusk 2015.
133. Krzyżanowska K., *Turystyka i Rozwój Regionalny,* Journal of Tourism and Regional Development, Nr. 6, 2016.
134. Kuciński K. (red.), *Metodologia nauk ekonomicznych. Dylematy i wyzwania*, Difin, Warszawa 2010.
135. Kudełko J., Mączka L., *Polityka regionalna Polski w aspekcie integracji z Unią Europejską*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2005.

136. Kudłacz T., *Programowanie rozwoju regionalnego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.
137. Kukuła K., *Metoda unitaryzacji zerowanej na tle wybranych metod normowania cech diagnostycznych* Acta Scientifica Academiae Ostroviensis, Nr. 4, s. 5-31, 1999.
138. Kukuła K., *Metoda unitaryzacji zerowanej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
139. Kulykovets O., Czeczotko M., Kudlińska-Chylak A., Górska-Warsewicz H., *Współczesne narzędzia promocji turystyki uzdrowiskowej*, Wyższa Szkoła Turystyki i Języków Obcych, 21 (1), Warszawa 2018.
140. Kurek W. (red.), *Turystyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
141. Kurek W., Mika M., *Turystyka jako przedmiot badań naukowych*, w: *Turystyka*, pod red. W. Kurka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
142. Kurek W., *Wpływ turystyki na przemiany społeczno-ekonomiczne obszarów wiejskich polskich Karpat*, Rozprawy habilitacyjne, 194, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1990.
143. Kwilecki K., *Funkcje, motywy i potrzeby w turystyce*, Ogólnopolska Konferencja Naukowa z udziałem gości zagranicznych pt. „Współczesne trendy w hotelarstwie, gastronomii i turystyce międzynarodowej" 28 lutego – 1 marca 2013 Wyższa Szkoła Hotelarstwa i Gastronomii w Poznaniu, Poznań 2013, s. 6-8.
144. Lanz-Kaufmann E., Muller H., *Wellness Tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry*, J. Vacat. Mark, 7, 2001.
145. Legiędź, T., *Nowa ekonomia instytucjonalna a zmiany paradygmatu rozwoju gospodarczego*, Ekonomia - Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, nr 4 (25), Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, s. 77–91, Wrocław 2013.
146. Leśniak J., *Planowanie przestrzenne*, Warszawa 1985.
147. Lewandowska A., *Turystyka uzdrowiskowa, Materiały do studiowania*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2007.
148. Liu C., Watts B., Litaker D., *Access to and utilization of healthcare: the provider's role*, Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, Vol. 6, no. 6, 2006.
149. Lubiowiecki-Vikuk A., *Trendy w turystyce zdrowotnej i aktywnej*, Biuletyn KPKZ PAN, 269, 2018.

150. Lubowiecki-Vikuk A., Rab-Przybyłowicz J., *Wybrane aspekty funkcjonowania rynku turystyki medycznej w Polsce,* Folia Turistica, nr 34, 2015.
151. Lubowiecki-Vikuk A., *Turystyka medyczna jako produkt eksportowy polskiej gospodarki*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Ekonomiczne, Problemy Usług, nr 79, 2011.
152. Lubowiecki-Vikuk A.P., *Demograficzne tendencje i ich wpływ na rozwój turystyki i rekreacji w regionie krajów Europy Środkowo-Wschodniej,* Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Handlu i Usług w Poznaniu nr 19, Poznań 2010.
153. Łęcka I., *Nowe (?) trendy w turystyce zdrowotnej, Prace i Studia Geograficzne,* Tom 32, s. 173, Warszawa 2003.
154. Łobożewicz T., *Turystyka jako forma kultury fizycznej w życiu człowieka*, COIT, Warszawa 1988.
155. Łopaciński K., *Tworzenie regionalnych i lokalnych produktów turystycznych i dostosowanie produktów do sytuacji rynkowej*, w: *Kształtowanie produktu turystycznego jako czynnika aktywizacji gospodarczej regionów i społeczności lokalnych*, materiały seminaryjne, Polska Organizacja Turystyczna, Warszawa 2003.
156. Łoś A., *Turystyka zdrowotna – jej formy i motywy. czynniki rozwoju turystyki medycznej w Polsce*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego Nr 699, Ekonomiczne Problemy Usług, Nr 84, 2012.
157. Malecki E.J., *Technology and Economic Development. The Dynamics of Local*, Regional and National Competitiveness, Longman, London 1997.
158. Marciszewska B., *Potencjał turystyczny regionu a kreowanie jego wizerunku*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 590, Ekonomiczne Problemy Usług nr 52, 2010.
159. Marciszewska B., *Produkt turystyczny a ekonomia doświadczeń,* C.H. Beck, Warszawa 2010.
160. Markowski T., *Teoretyczne podstawy rozwoju lokalnego i regionalnego,* w: *Gospodarka regionalna i lokalna,* pod red. Z. Strzeleckiego, Warszawa 2008.
161. Marzewski T., Miejsce i rola turystyki na obszarach wiejskich w polityce regionalnej UE, Studia Periegetica Zeszyty Naukowe Wielkopolskiej Wyższej Szkoły Turystyki i Zarządzania w Poznaniu, Nr 7, Poznań 2012.
162. Matusiak K., Stawasz E., Jewtuchowicz A., *Zewnętrzne determinanty rozwoju innowacyjnych firm*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2001.

163. Mazur A., *Zastosowanie metody k-średnich do opisu zjawisk zachodzących na rynku nieruchomości*, Klasyfikacja i analiza danych – teoria i zastosowania, Taksonomia 11, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, nr 1022, Wrocław 2004.
164. Meyer B., Nowe trendy w kształtowaniu produktów turystycznych, Acta Scientiarum Polonorum, Oeconomica, nr 9 (4), 2010.
165. Mika M., Ptaszycka-Jackowska D., *Formy turystyki zdrowotnej*, w: *Turystyka*, pod red. W. Kurka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
166. Mikos M., *Zasięg dyfuzji bodźców gospodarczych – testowanie modelu rdzeń – peryferia w odniesieniu do kohezyjnej polityki regionalnej i lokalnej*, nr 2(22), 2019.
167. Milczarek T., *Samorząd gminy: status prawny, organy, kompetencje, mienie, finanse*, Wydawnictwo Prawno-Ekonomiczne INFOR, Warszawa 1999.
168. Milewska M., Włodarczyk B., *Hotelarstwo. Podstawowe wiadomości*, PWE, Warszawa 2009.
169. Miśkiewicz D., *Ekonomiczne determinanty atrakcyjności inwestycyjnej w tle ograniczeń budżetowych*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Współczesne Problemy Ekonomiczne nr 1(16), Szczecin 2018.
170. Moskal E., *Uwarunkowania i perspektywy rozwoju zagospodarowania turystycznego obszarów chronionych na przykładzie Lasów Janowskich*, Studia i Materiały CEPL w Rogowie,15, 37(4), 2013.
171. Mroczek-Czetwertyńska A.E., *Uwarunkowania i perspektywy rozwoju rynku usług spa&wellness na Dolnym Śląsku*, Maszynopis pracy doktorskiej, Uniwersytet Ekonomiczny, Wrocław 2013.
172. Niezgoda A., Zmyślony P., *Popyt turystyczny. Uwarunkowania i perspektywy rozwoju*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2006.
173. Noga B., *Determinants of Contemporary Economic Development*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Ekonomia, nr 81(6), 2009.
174. Nowak E., *Metody taksonomiczne w klasyfikacji obiektów społeczno-gospodarczych*, PWE, Warszawa 1990.
175. Noworól, A., Planowanie rozwoju terytorialnego w skali regionalnej i lokalnej, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
176. Ociepa-Kicińska E., Klóska R., Czyżycki R., Szklarz P., *Regional Development in Poland in Taxonomic Terms*, Sustainability,Tom 12(11), 2020.

177. Olejniczak K., *Organizacje pozarządowe w subregionie leszczyńskim. Potencjał i bariery*, Etyka w Życiu Gospodarczym, Tom 19(1), Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2016.
178. Oparka S., *Uwarunkowania rozwoju turystyki uzdrowiskowej na przykładzie Dolnego Śląska*, Maszynopis pracy doktorskiej, Uniwersytet Ekonomiczny, Wrocław 2014.
179. Orłowska J., *Czynniki i bariery rozwoju lokalnego*, Uniwersytet w Białymstoku, Białystok 2018.
180. Ostasiewicz S., Rusnak Z., Siedlecka U., *Statystyka: elementy teorii i zadania,* Wyd. Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego, Wrocław 1998.
181. Pafford B., *The Third Wave-Medical Tourism in the 21st Century,* Southern Medical Journal, Vol. 102, nr 8, 2009.
182. Pająk K., *Determinanty rozwoju regionalnego – współczesne odniesienie,* Roczniki Ekonomiczne Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy, 9, 2016.
183. Pakulska J., Rutkowska M., *Wpływ stanu środowiska na zdrowie ludności Polski,* Europejskie Forum Ekologiczne '98, Międzynarodowa konferencja naukowa, Gorzów Wielkopolski–Barlinek, 21–22 kwietnia 1998 roku.
184. Panasiuk A. (red.), *Polityka turystyczna*, Fundacja na rzecz Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin-Kopenhaga 2005.
185. Panasiuk A., *Innowacje na rynku turystyki zdrowotnej*, Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Turystyki i Języków Obcych, Turystyka i Rekreacja,1(21), 2018.
186. Panasiuk A., *Miejsce turystyki uzdrowiskowej w strukturze rynku turystycznego*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 784, Ekonomiczne Problemy Turystyki Nr 3 (23), Szczecin 2013.
187. Panasiuk A., Szostak D., *Kształtowanie lokalnej polityki turystycznej na przykładzie miejscowości nadmorskich*, w: *Determinanty rozwoju lokalnego i regionalnego w przededniu wejścia Polski do Unii Europejskiej*, pod red. B. Filipiaka, S., Flejterskiego, Gospodarka morska, turystyka, finanse, Zakład Usług Poligraficznych i Wydawniczych Jacek Plewnia, Szczecin–Darłowo 2004.
188. Panasiuk A., *Współczesna polityka turystyczna Unii Europejskiej jako determinanta rozwoju rynku turystycznego,* w: *Uwarunkowania i plany rozwoju turystyki.*

Planowanie i polityka turystyczna, Z. Młynarczyk, A. Zajadacz, (red.), Turystyka i Rekreacja – Studia i Prace, 22, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2019.

189. Parris-Chambers S., *Health tourism well in Jamaica eTurboNews. Wellness and tourismmind, body, spirit, place*, in: *Innovation and Tourism, R.*, Bushell, P.J. (eds.) Sheldon, Cognizant Communication Corporation: New York, NY, USA 2009.
190. Parysek J.J., *Podstawy gospodarki lokalnej*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2001.
191. Parysek J.J., *Rozwój społeczno-gospodarczy* oraz *czynniki* i *uwarunkowania rozwoju*. Studia komitetu przestrzennego zagospodarowania kraju PAN 183, *2018*.
192. Pastuszka S., *Uwarunkowania rozwoju regionalnego. Przegląd koncepcji teoretycznych*, Wrocławskie studia politologiczne 10/2009, s.132, Wrocław 2009.
193. Pawlak Z., Smoleń A., *Projektowanie strategii rozwoju turystyki w dużym mieście na przykładzie Warszawy*, Turystyka i Rekreacja, Tom 10, 2013.
194. Piasecki R., *Ewolucja ekonomii rozwoju a globalizacja*, Ekonomista, 2, 2003.
195. Polska Norma PN-2001/Z-11000, Uzdrowiska. Terminologia, klasyfikacja i wymagania ogólne.
196. Poskrobko B., Poskrobko T., *Zarządzanie środowiskiem w Polsce*, PWE, Warszawa 2012.
197. Przybyszewska-Gudelis R., *Turystyka zdrowotna i funkcje uzdrowisk a współczesne pojmowanie zdrowia*, Zeszyty Naukowe WSG, Turystyka i Rekreacja Tom 23(11), 2014.
198. Rab-Przybyłowicz J., *Produkt turystyki medycznej,* Difin, Warszawa 2014.
199. Rab-Przybyłowicz J., *Trends and Socio-economic Aspects of medical Tourism Development in Poland*, Studia Periegetica, nr 2(16), 2016, s.99-118.
200. Rapacz A., *Organizacja i zarządzanie turystyką w Polsce na szczeblach lokalnym i regionalnym*, w: *Gospodarka turystyczna. Wybrane zagadnienia jej funkcjonowania*, pod red. A. Rapacza A., Wyd. AD REM, Jelenia Góra 2009.
201. Religioni U., Religioni M., *Medical tourism trends in Poland*, Medical and Biological Sciences, 29/2, 2015.
202. Rietveld P., *Infrastructure and regional development, A survey of multiregional economic models*, *The Annals of Regional Science* volume 23, 1989.

203. Roman M., *Innowacyjność agroturystyki jako czynnik poprawy konkurencyjności turystycznej makroregionu Polski Wschodniej*, Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2018.
204. Saarinen J., *The regional economics of tourism in Northern Finland: The socioeconomic implications of recent tourism development and future possibilities for regional development*, Scandinavian Journal of Hospitality and Tourism, 3, 2, 2003, ss. 91-113.
205. Sallmann N., *Megatrend wellness & spa dla rynku usług wolnego czasu i hotelarstwa w XXI w.*, Pag, Kraków 2010.
206. Sanjay R. Ajmeri, *Medical Tourism – A Healthier Future for India, Arth Prabhand*: A Journal of Economics and Management, APJEM, Vol. 1 Issue 5, August 2012.
207. Scott, Allen J., Storper M., *Regional Development Reconsidered*, UCLA Working Paper Series, [https://escholarship.org/uc/item/1b61p7xg].
208. Sekuła A., *Bariery rozwoju lokalnego*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 401, Szczecin 2005.
209. Sekuła A., *Rozwój zrównoważony w skali gminy.,* w: *Europa bez granic – Polska a Unia Europejska*, pod red. A. Bałaban, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, Gorzów Wielkopolski 2002.
210. Sharpley R., Telfer D.J., *Tourism and Development: Concepts and Issues*, Channel View Publications, Clevedon 2002.
211. Sikora J., *Teoretyczno-empiryczne aspekty związków potrzeb, popytu i konsumpcji w turystyce*, Zeszyty naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 697, Ekonomiczne Problemy Usług nr 82, Szczecin 2012.
212. Siudek T., Drabarczyk K., Jakubiec A., *Rozwój gospodarczy powiatów i podregionów województwa mazowieckiego*, Zeszyty Naukowe Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego. Ekonomika i Organizacja Gospodarki Żywnościowej, 117, 2017.
213. Smith P.C., Forgione D., Globalny *outsourcing opieki zdrowotnej: model turystyki medycznej*, Journal of Information Technology Case and Application Research, 9(3), 2007.
214. Solarska S., *Rola samorządu terytorialnego w rozwoju turystyki na przykładzie Gminy Dubiecko,* Związek Gmin Turystycznych Pogórza Dynowskiego, 2016.
215. Stasiak E., *Rozwój społeczno-gospodarczy na przykładzie gmin miejskich województwa łódzkiego.*, w: *Ekonomia zrównoważonego rozwoju*,

pod red. E. Okraszewskiej, R. Dziuby, M. Szewczyk, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 76, Łódź 2017.

216. Strahl D. (red.), *Taksonomia struktur w badaniach regionalnych*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 1998.
217. Strahl D. (red.), *Taksonomia struktur w badaniach regionalnych*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 1998, za: *Istota rozwoju regionalnego i jego determinanty*, D. Głuszczuk, Ekonomia Economics 5(17), 2011.
218. Synówka-Bejenka E., *Nowa propozycja wskaźnika rozwoju funkcji turystycznej, Studia Ekonomiczne*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Nr 335, Katowice 2017.
219. Szewczuk A., Kogut-Jaworska M., Zioło M., *Rozwój lokalny i regionalny. Teoria i praktyka*, C.H. Beck, Warszawa 2011.
220. Szewczuk A., *Triada zależności przyczynowo-skutkowych: rozwój lokalny i regionalny – nowe zarządzanie publiczne – partycypacja obywatelska*, w: *Rozwój lokalny i regionalny. Znaczenie wsparcia udzielanego przez jednostki samorządu terytorialnego*, pod red. B. Filipiaka B., Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu Nr 31, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu, Poznań 2010.
221. Szopa R., Szczerbowski M., *Turystyka czynnikiem przemian ekonomicznych, w: Ekonomiczno-organizacyjne problemy działalności turystycznej w regionach*, pod red. S. Nowak, Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach, Katowice 2013.
222. Szpara K., Zawilińska B., Wilkońska A. (red.), *The local potential and the sustainable development of tourism in the Carpathian Mountains*, Centrum UNEP/GRID-Warszawa, Rzeszów–Warszawa 2015.
223. Szromek A.R. *Wskaźniki funkcji turystycznej, Koncepcja wskaźnika funkcji turystycznej i uzdrowiskowej*, Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice 2012.
224. Szromek A.R., *Cechy atrakcyjności polskich uzdrowisk*, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, Organizacja i Zarządzanie, 64, 2013.
225. Szromek A.R., *Pomiar funkcji turystycznej obszarów za pomocą rozwoju funkcji turystycznej na przykładzie obszarów państw europejskich*, Studia Ekonomiczne, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, Zastosowanie metod matematycznych w ekonomii i zarządzaniu, 132, 2013.

226. Szromek A.R., *The role of Health Resort Enterprises in Health Prevention during the Epidemic Crisis Caused by COVID 19,* J. Open Innov. Technol. Mark. Complex. 7, 2021, ss.133.
227. Sztando A., *Lokalna i ponadlokalne polityki rozwoju lokalnego – istota, rodzaje i spójność*, Roczniki Nauk Społecznych, Tom 9(45), Wrocław 2017.
228. Sztando A., *Ponadlokalna perspektywa zarządzania strategicznego rozwojem lokalnym na przykładzie młodych małych miast,* Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2017.
229. Szuba-Barańska E., Poczta W., Mrówczyńska-Kamińska A., Rozwój *agrobiznesu państw Europy Środkowo-Wschodniej po przystąpieniu do Unii Europejskiej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu, Poznań 2020.
230. Szwichtenberg A., *Gospodarka turystyczna polskiego wybrzeża,* Monografia Wydziału Ekonomii i Zarządzania, 121, Wydawnictwo Politechniki Koszalińskiej, Koszalin 2006.
231. Szymańska W., Współpraca samorządu i biznesu na poziomie lokalnym w obszarze turystyki, Acta Universitatis Lodziensis, FOLIA GEOGRAPHICA SOCIO-OECONOMICA 28, Łódź 2017.
232. Tabacchi M., *Sustaining tourism by managing health and sanitation conditions*, Inter-American Travel Congress, San Jose, 1997.
233. Tucki A., *Rola samorządów lokalnych w rozwoju turystyki na przykładzie regionu lubelskiego,* Turystyka w środowisku geograficznym, 2009.
234. Ulfik A., *Rola samorządów terytorialnych w kształtowaniu turystyki w regionach,* Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, 303, 2013.
235. UNDP (United Nations Development Programme), *Human Development Report: Beyond income, beyond averages, beyond today: Inequalities in human development in the 21st century*, Nowy Jork 2019.
236. UNWTO, Mueller H., Lanz-Kaufmann E., *Wellness Tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry*, Journal of Vacation Marketing, 7(1), Madrid 2001.
237. Warczak M., *Endogeniczne i egzogeniczne czynniki rozwoju gospodarczego z perspektywy finansów gminy*, Współczesna Gospodarka, Tom 6(4), 2015.
238. Warszyńska J., *Funkcja turystyczna Karpat polskich,* Folia Geographica, Series Geographica-Oeconomica, 18, 1985.

239. Warszyńska J., Jackowski A., *Podstawy geografii turyzmu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1979.
240. Waśniewska A., *Wybrane społeczno-gospodarcze uwarunkowania rozwoju gmin w Polsce*, Zeszyty Naukowe Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania, 40, Tom 1, Szczecin 2015.
241. Wiatrak A.P., Finansowe uwarunkowania przygotowania i realizacji strategii rozwoju lokalnego, Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy, nr 56, 2018.
242. Wiatrak A.P., Zagadnienia rozwijania turystyki w strategiach rozwoju lokalnego,
243. Widz M., application *of tourist function indicators in tourism development. Case study of tunisia,* Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia Vol. Lxxv Sectiob.
244. Więcław-Michniewska J., *Wybrane warunki rozwoju funkcji turystycznej miast Karpat Polskich*, Prace geograficzne, 125, Kraków 2011.
245. Wodejko S., *Ekonomiczne zagadnienia turystyki*, WSHiP, Warszawa 1998.
246. Wojtasiewicz L., *Czynniki i bariery rozwoju lokalnego w aktualnej polityce gospodarczej Polski*, w: *Gospodarka lokalna i regionalna w teorii i praktyce*, pod red. M. Obrębalskiego, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 1996.
247. Wolna-Samulak A., *Instrumenty polityki turystycznej wykorzystywane przez gminy*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Ekonomiczne Problemy Turystyki, 4(24), 2013.
248. Wolski J., *Turystyka zdrowotna a uzdrowiska europejskich krajów socjalistycznych*, Problemy uzdrowiskowe nr 5, Warszawa 1970.
249. Yeoman I., Schanzel H., Smith K., *A sclerosis of demography: How ageing populations lead to the incremental decline of New Zealand tourism*, Journal of Vacation Marketing, 19(2), 2013.
250. Zalewski A. (red.), *Aktualne problemy gospodarki lokalnej*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 1996.
251. Zienkiewicz T., Gruszczyńska K., Zienkiewicz E., *Możliwości rozwoju turystyki uzdrowiskowej w województwie lubelskim*, Annales Universitatis Maria Curie-Skłodowska, VOL. LXXI, z. 2 SECTIO B, Lublin 2016.
252. Zontek Z., *Plany rozwoju turystyki w strategiach gmin turystycznych*, w: *Turystyka i Rozwój Regionalny. Turystyka w rozwoju regionalnym*, pod red. A. Balińskiej, Wyd. SGGW, nr.1, 2014.

253. Żabińska T., *Paradygmat turystyki zrównoważonej a rozwój turystyki na obszarach chronionych*, w: *Gospodarka turystyczna u progu XXI wieku, pod* red. S. Bosiackiego, Wyd. AWF, Poznań 2000.
254. Żelazny W., *Modele integracji europejskiej: nawigacja między Europą państw a Europą regionów*, w: *Jaka Europa? Regionalizacja a integracja*, P. Buczkowski, K. Bondyra, P. Śliwa, Poznań 1998.

Akty prawne, dokumenty

1. *Ustawa z dnia 24 lipca 1998 r. o wprowadzeniu zasadniczego trójstopniowego podziału terytorialnego,* Dz.U. 1998 nr 96 poz. 603.
2. *Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo ochrony środowiska*, Dz. U. 2001 Nr 62 poz. 627.
3. *Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach*, Dz.U. z 2005 r., nr 167, poz. 1399 z późn. zm.
4. *Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych*, Dz. U. z 2020 r. poz. 2211.
5. *Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym* Dz.U. z 2022 r., poz. 559 t.j.
6. *Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa*, DzU z 1998 nr 91, poz. 576.

Inne źródła

1. *Główny Urząd Statystyczny,* 2018, www.stat.gov.pl.
2. *GUS: Turystyka w województwie zachodniopomorskim w latach 2008–2010*, Opracowanie, Urząd Statystyczny w Szczecinie, Szczecin 2011, s. 7–9.
3. Ministerstwa Zdrowia: *Rejestru uzdrowisk i obszarów ochrony uzdrowiskowej wraz z kierunkami leczniczymi*, www.mz.gov.pl.
4. *Patients' Guide to Treatment Abroad*, 2017, https://www.treatentabroad.com.
5. https://goleniow.biz/.
6. https://www.arka-mega.pl/o-nas/.
7. https://obliczeniastatystyczne.pl/wspolczynnik-zmiennosci/.
8. https://turystyka-medyczna.com/turystyka-zdrowotna-w-polsce-uspiony-potencjal/.
9. Mapa administracyjna gmin województwa zachodniopomorskiego, Wydawnictwo Edukacyjne Wiking, licencja: CC BY 3.0.

Spis tabel

Tabela 1.1. Schemat procesu badawczego 14
Tabela 2.1. Determinanty rozwoju regionalnego 34
Tabela 2.2. Determinanty rozwoju regionalnego w ujęciu wybranych teorii 38
Tabela 3.1. Liczba, struktura i dynamika obiektów turystycznych w województwie zachodniopomorskim w latach 2017-2020 65
Tabela 3.2. Stopień wykorzystania miejsc noclegowych w poszczególnych województwach w latach 2017-2020 67
Tabela 3.3. Udział turystów zagranicznych i krajowych w Polsce w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców 70
Tabela 3.4. Pochodzenie turystów zagranicznych odwiedzających województwo zachodniopomorskie w roku 2020 72
Tabela 3.5. Udzielone noclegi i liczba turystów korzystających z noclegów w obiektach noclegowych w województwie zachodniopomorskim w roku 2020 74
Tabela 3.6. Charakterystyka uzdrowisk w województwie zachodniopomorskim 77
Tabela 3.7. Kierunki lecznictwa uzdrowiskowego w województwie zachodniopomorskim 79
Tabela 3.8. Charakterystyka turystyki uzdrowiskowej w województwie zachodniopomorskim w latach 2017-2020 81
Tabela 3.9. Cele przyjazdu turystów do województwa zachodniopomorskiego w roku 2017 83
Tabela 4.1. Kompetencje gmin dotyczące turystyki 90
Tabela 4.2. Kryteria funkcji turystycznej gmin z uwzględnieniem kryterium syntetycznego 95
Tabela 4.3. Kombinacje możliwych pozycji i przypisany im stopień zdefiniowania funkcji 96
Tabela 4.4. Zestawienie wartości wskaźników Baretje'a-Deferta, Deferta, Schneidera ... 97
Tabela 4.5. Ranking wybranych gmin województwa zachodniopomorskiego z wartościami wskaźnika gęstości bazy noclegowej (W_{GB}) 100
Tabela 4.6. Zestawienie pozycji określających stopień i wartości rozwoju funkcji turystycznej wybranych gmin województwa zachodniopomorskiego w roku 2020 101
Tabela 4.7. Zestawienie wartości wskaźnika rozwoju ($W_{W\text{-}Sz}$) według skali w wybranych gminach województwa zachodniopomorskiego w roku 2020 104

Tabela 4.8. Czynniki rozwoju turystyki zdrowotnej według WTO 109
Tabela 4.9. Charakterystyka turystyki uzdrowiskowej w województwie zachodniopomorskim 116
Tabela 4.10. Zmienne diagnostyczne wybrane do badania wpływu turystyki zdrowotnej na rozwój lokalny 118
Tabela 4.11. Wyniki uporządkowania gmin według wartości TMR - z_i 119
Tabela 4.12. Wyniki grupowania gmin po zastosowaniu TMR 120
Tabela 5.1. Wartości zmiennych diagnostycznych wykorzystanych do oceny poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego województw w 2020 r. 126
Tabela 5.2. Wykaz gmin, które charakteryzowały się największą liczbą niemobilnych mieszkańców w wieku produkcyjnym i ogółem w województwie zachodniopomorskim w roku 2020 128
Tabela 5.3. Wykaz gmin, które charakteryzowały się najmniejszą liczbą niemobilnych mieszkańców w wieku produkcyjnym i ogółem w województwie zachodniopomorskim w roku 2020 130
Tabela 5.4. Zestawienie gmin o najwyższej gęstości zaludnienia w województwie zachodniopomorskim w latach 2012-2020 130
Tabela 5.5. Zestawienie gmin o najniższej gęstości zaludnienia w województwie zachodniopomorskim w latach 2012-2020 131
Tabela 5.6. Zestawienie gmin o najwyższej liczbie pracujących na 1 000 mieszkańców w województwie zachodniopomorskim w latach 2010-2020 132
Tabela 5.7. Zestawienie gmin z najniższą liczbą pracujących na 1000 ludności w województwie zachodniopomorskim w latach 2010-2020 134
Tabela 5.8. Zestawienie gmin z najwyższą liczbą prywatnych podmiotów gospodarczych ogółem w województwie zachodniopomorskim w latach 2010-2020 135
Tabela 5.9. Zestawienie gmin o najniższej liczbie prywatnych podmiotów gospodarczych w województwie zachodniopomorskim w latach 2010-2020 136
Tabela 5.10. Zestawienie gmin o najwyższej liczbie podmiotów gospodarczych według rejestru REGON na 1000 ludności w województwie zachodniopomorskim w latach 2010-2020 137
Tabela 5.11. Zestawienie gmin o najmniejszej liczbie podmiotów gospodarczych według rejestru REGON na 1 000 ludności w województwie zachodniopomorskim w latach 2010-2020 138

Tabela 5.12. Wyniki klasyfikacji na podstawie parametrów rozwoju społeczno-gospodarczego w roku 2020 144
Tabela 5.13. Wyniki klasyfikacji na podstawie parametrów rozwoju społeczno-gospodarczego w roku 2017 145
Tabela 5.14. Wyniki klasyfikacji na podstawie parametrów turystycznych w roku 2020 145
Tabela 5.15. Wyniki klasyfikacji na podstawie parametrów turystycznych w roku 2017 146
Tabela 5.16. Wyniki klasyfikacji na podstawie parametrów rozwoju lokalnego i turystycznych w roku 2020 147
Tabela 5.17. Wyniki klasyfikacji na podstawie parametrów rozwoju lokalnego i turystycznych w roku 2017 147
Tabela 6.1. Produkty turystyczne wybierane najczęściej przez klientów obiektów hotelowych w województwie zachodniopomorskim 154
Tabela 6.2. Atrakcje i usługi, które oferowane są gościom hotelowym w województwie zachodniopomorskim 155
Tabela 6.3. Zestawienie wybranych obiektów turystyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim objętych badaniem sytuacji finansowej 176
Tabela 6.4. Przychody ze sprzedaży, koszty, zysk/strata przedsiębiorstw objętych badaniem w latach 2018-2020 w województwie zachodniopomorskim (tys. zł) 182
Tabela 6.5. Zestawienie wskaźników dla uzdrowisk (grupa 1) w roku 2020 188
Tabela 6.6. Zestawienie wskaźników dla obiektów hotelowych świadczących usługi z zakresu turystyki zdrowotnej (grupa 2) w roku 2020 191

Spis rysunków

Rys. 5.1. Mapa administracyjna gmin województwa zachodniopomorskiego 123
Rys. 5.2. Etapy przebiegu metody k-średnich 143
Rys. 6.1. Arka Medical SPA w Kołobrzegu 195

Spis wykresów

Wykres 3.1. Liczba pacjentów/kuracjuszy leczonych stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w latach 2018-2021 60
Wykres 3.2. Liczba udzielonych noclegów/1 000 ludności w Polsce w latach 2017-2020 69
Wykres 3.3. Struktura turystów odwiedzających województwo zachodniopomorskie w latach 2019-2020.....70
Wykres 3.4. Średni czas pobytu turystów w poszczególnych typach obiektów turystycznych w województwie zachodniopomorskim w roku 2020 [dni] 84
Wykres 3.5. Stopień wykorzystania miejsc noclegowych w obiektach turystycznych.....84
Wykres 6.1. Struktura menadżerów reprezentujących obiekty hotelowe, które wzięły udział w badaniu ankietowym 150
Wykres 6.2. Rozmieszczenie badanych hoteli w województwie zachodniopomorskim według rodzaju.....151
Wykres 6.3. Wykaz miejscowości, w których znajdowało się najwięcej przedstawicieli hoteli trzy-, cztero- i pięciogwiazdkowych, którzy wzięli udział w badaniu 152
Wykres 6.4. Liczba miejsc noclegowych w obiektach hotelowych, reprezentowanych przez menadżerów 153
Wykres 6.5. Obszary działalności w hotelu, które wymagają poprawy według respondentów 157
Wykres 6.6. Atrakcje i usługi, których brakuje w hotelach.....158
Wykres 6.7. Czynniki wyróżniające hotel względem innych obiektów o zbliżonym profilu prowadzonej działalności.....159
Wykres 6.8. Średni wiek gości w hotelu.....161
Wykres 6.9. Udział turystów zagranicznych w obłożeniu obiektów hotelowych 161
Wykres 6.10. Czy hotel jest dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych?.....162
Wykres 6.11. W jaki sposób hotel promuje swój obiekt i ofertę? 163
Wykres 6.12. Liczba zatrudnionych osób w obiekcie hotelowym w ścisłym sezonie ...164
Wykres 6.13. Źródła pozyskiwania pracowników do pracy w hotelu. 166
Wykres 6.14. Pobyty cieszące się największym zainteresowaniem wśród gości hotelu.167
Wykres 6.15. Największe obłożenie w hotelach w województwie zachodniopomorskim 168

Wykres 6.16. Motywy przyjazdu turystów do hoteli w województwie zachodniopomorskim 169
Wykres 6.17. Czy uważa Pan/Pani, że władze samorządowe wspierają rozwój turystyki w gminie? 170
Wykres 6.18. Czy gmina udziela wsparcia dla Państwa hotelu? 171
Wykres 6.19. Formy wsparcia, jakie hotel otrzymuje od samorządu terytorialnego 172
Wykres 6.20. Jakie formy turystyki można uprawiać w okolicy hotelu?. 172
Wykres 6.21. Czynniki mające wpływ na rozwój turystyki w gminie..... 174
Wykres 6.22. Średnie przychody ze sprzedaży wybranych podmiotów turystyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim 185
Wykres 6.23. Średni poziom kosztów osiągany przez wybrane podmioty turystyki zdrowotnej 186
Wykres 6.24. Średnie zyski/straty osiągane przez wybrane podmioty turystyki zdrowotnej 187

Załączniki

1. Kwestionariusz ankietowy
2. Wskaźniki analizy finansowej wybranych podmiotów turystyki zdrowotnej w latach 2018-2020 (tabele 1-8)

Załącznik nr 1.

Kwestionariusz ankietowy

do badań pierwotnych w ramach rozprawy doktorskiej:

WPŁYW TURYSTYKI ZDROWOTNEJ NA ROZWÓJ LOKALNY WYBRANYCH GMIN WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

*Jestem pracownikiem Zakładu Studiów Regionalnych i Europejskich Zachodniopomorskiego Uniwersytetu Technologicznego w Szczecinie. Ankieta kierowana jest do obiektów hotelarskich ***, ****, ***** i dotyczy turystyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim.*

Państwa opinie są bardzo cennym źródłem informacji i pozwolą lepiej zrozumieć procesy zachodzące w tym obszarze.

Państwa odpowiedzi będą przedstawiane wyłącznie w formie zagregowanej, z poszanowaniem anonimowości.

Uprzejmie dziękuję za poświęcony czas i udział w badaniach,

Natalia Oleszczyk

W pytaniach proszę wskazać tylko jedną odpowiedź, z wyjątkiem pytań, w którym poproszono o zaznaczenie więcej niż jednej odpowiedzi.

Metryczka

1. **Gdzie zlokalizowany jest Państwa hotel?**

- w gminie miejskiej
- w gminie wiejskiej
- w gminie miejsko-wiejskiej

2. **Miejscowość: …….**

3. **Do jakiej kategorii obiektów hotelarskich należy Państwa obiekt?**

- Hotel ***
- Hotel ****
- Hotel *****

4. **Iloma miejscami noclegowymi dysponuje Państwa hotel?**

- Mniej niż 50
- 51-100 miejsc noclegowych

- 101-150 miejsc noclegowych
- 151-200 miejsc noclegowych
- Więcej niż 201 miejsc noclegowych

5. **Skąd zatrudniają Państwo pracowników w swoim hotelu?** ***(maks. 2 odpowiedzi)***

- Agencja zatrudnienia
- Powiatowe Urzędy Pracy
- Gmina, na obszarze, której znajduje się hotel
- Inne ……

6. **Ile osób zatrudnia Państwa hotel w najwyższym sezonie?**

- Mniej niż 50 osób
- 51-75 osób
- 76-100 osób
- 101-150 osób
- Więcej niż 151 osób

7. **Czy zatrudniają Państwo osoby zamieszkujące na terenie gminy, na której zlokalizowany jest obiekt?**

- Tak
- Nie

***

1. **Dla których grup konsumentów Państwa hotel świadczy obecnie usługi?** ***(maks. 3 odpowiedzi)***

- kuracjusze z NFZ/ ZUS
- kuracjusze finansujący pobyt z prywatnych środków
- turyści krajowi spa&wellness
- turyści zagraniczni spa &wellness
- turyści medyczni z zagranicy

2. **Do kogo głównie skierowana jest oferta Państwa hotelu?** ***(maks. 3 odpowiedzi)***

- Singli
- Rodzin z dziećmi
- Osób korzystających z zabiegów spa&wellness
- Uczestników pobytów uzdrowiskowych finansowanych ze środków prywatnych
- Uczestników pobytów uzdrowiskowych finansowanych przez NFZ/ZUS
- Uczestników konferencji i szkoleń
- Nierezydentów z państw Unii Europejskiej
- Inne……

3. **Dla których grup konsumentów Pana/Pani hotel zamierza świadczyć usługi w najbliższej przyszłości?** ***(maks. 3 odpowiedzi)***

- kuracjusze z NFZ/ ZUS
- kuracjusze finansujący pobyt z prywatnych środków
- turyści krajowi spa&wellness
- turyści zagraniczni spa &wellness

- turyści medyczni z zagranicy
- inne……

4. Jaki produkt turystyczny znajduje się w ofercie Państwa hotelu?

- Pakiet 7 dniowy z zabiegami spa&wellness
- Pakiet 7 dniowy dla rodzin z dziećmi
- Weekend koferencyjny + rekreacja
- Pobyt uzdrowiskowy dla kuracjuszy
- Wyjazd motywacyjny
- Inne……

5. Jakie usługi dodatkowo świadczy Państwa hotel?

- Siłownia
- Sala gier
- Sala zabaw
- Mały zespół odnowy biologicznej
- Kompleksowe zaplecze spa&wellness
- Wypożyczalnia sprzętu wodnego
- Wypożyczalnia sprzętu rowerowego
- Kajakarstwo
- Inne……..

6. Co według Pana/Pani należałoby poprawić w Państwa hotelu, aby podnieść jakość jego usług? *(maks. 3 odpowiedzi)*

- Przygotowanie hotelu do obsługi cudzoziemców
- Kompetencje pracowników medycznych
- Kompetencje pracowników (kursy, znajomość języków obcych, prawo jazdy kat. B)
- Stopień wykorzystania naturalnych zasobów leczniczych
- Zwiększyć promocję oferty pobytów sanatoryjnych
- Aktywność władz samorządowych wpływająca na rozwoju turystyki
- Inne…….

7. Jakich usług brakuje w Państwa hotelu? *(maks. 2 odpowiedzi)*

- Kręgielnia
- Medycyna estetyczna
- Komory solnej
- Wypożyczalnia sprzętu plażowego
- Wieczory tematyczne dla gości 55+
- Trener personalny
- Inne …….…….

8. Co wyróżnia Państwa hotel na tle innych obiektów w okolicy? (*maks. 3 odpowiedzi*)

- Położenie
- Wysoki standard pokoi
- Restauracja czynna całą dobę

- Rozbudowana strefa spa&wellness
- Pobyty sanatoryjne dla kuracjuszy z zabiegami
- Kompleks wodny (baseny, jacuzzi, sauny)
- Aktywny program dla gości 55+
- Możliwość skorzystania z opieki nad dziećmi podczas pobytu w strefie spa&wellness
- Inne……

9. Jaka jest średnia wieku gości w Państwa hotelu?

- < 24 lata
- 24-34 lata
- 35-46 lat
- 47-54 lat
- 55-65 lat
- 66 lat i więcej

10. Jaki jest udział gości zagranicznych w Państwa hotelu?

- Mniej niż 10 %
- 11-25 %
- 26-50 %
- 51-75 %
- 76-100 %

11. Czy Państwa hotel jest dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych?

- Tak
- Nie

12. W jaki sposób promują Państwo swój obiekt? *(maks. 2 odpowiedzi)*

- Strona internetowa hotelu
- Ulotki reklamowe
- Oferty 7 dniowe oferowane przez biura podróży
- Banery reklamowe
- Reklamy w mediach społecznościowych
- Spoty reklamowe w radio i telewizji
- Inne ……

13. Iloma miejscami noclegowymi dysponuje Państwa hotel?

- Mniej niż 50
- 51-100 miejsc noclegowych
- 101-150 miejsc noclegowych
- 151-200 miejsc noclegowych
- Więcej niż 201 miejsc noclegowych

14. Skąd zatrudniają Państwo pracowników w swoim hotelu? *(maks. 2 odpowiedzi)*

- Agencja zatrudnienia
- Powiatowe Urzędy Pracy
- Gmina, na obszarze, której znajduje się hotel

- Inne ……

15. Jakie pobyty cieszą się największym zainteresowaniem w Państwa hotelu? (*maks. 2 odpowiedzi*)

- Pobyt wypoczynkowy
- Pobyt uzdrowiskowy
- Pobyt odchudzający
- Pobyt z zabiegami sp&wellness
- Inne…….

16. Jakie miesiące sprzyjają największemu obłożeniu miejsc noclegowych w Państwa hotelu? (*maks. 2 odpowiedzi*)

- Styczeń-marzec
- Kwiecień-maj
- Czerwiec-sierpień
- Wrzesień
- Październik-listopad
- Grudzień

17. Jaki jest według Pana/Pani główny motyw przyjazdu turystów do Państwa hotelu? (*maks. 3 odpowiedzi*)

- Imprezy turystyczne
- Zwiedzanie okolicznych zabytków
- Konferencje i spotkania biznesowe
- Spotkania ze znajomymi
- Wypoczynek
- Rekreacja (aktywny wypoczynek)
- Odnowa biologiczna (wellness)
- Rehabilitacja/względy medyczne
- Pobyt sanatoryjny
- Inne ……

18. Czy uważa Pan/Pani, że władze samorządowe wspierają rozwój turystyki w gminie?

- Tak
- Nie
- Nie mam zdania

19. Czy gmina udziela wsparcia dla hotelu?

- Tak
- Nie
- Nie mam zdania

20. Jakiego wsparcia udziela obiektowi samorząd terytorialny?

- Promocja obiektu na stronie gminy
- Ulgi w podatku od nieruchomości
- Inne……

21. Do jakich form turystyki, według Pana/Pani, gmina, na terenie której zlokalizowany jest Państwa hotel, ma największe predyspozycje? (*maks. 3 odpowiedzi*)

- Turystyka rowerowa
- Turystyka wodna
- Turystyka biznesowa
- Turystyka konna
- Zwiedzanie zabytków
- Turystyka uzdrowiskowa
- Agroturystyka
- Turystyka przyrodnicza
- Wellness & Spa
- Inne……..……

22. Jakie czynniki Pani/Pana zdaniem mogą mieć wpływ na rozwój turystyki w gminie? (*maks. 3 odpowiedzi*)

- Stan środowiska naturalnego
- Walory przyrodnicze
- Infrastrukturę komunikacyjną
- Położenie w pasie nadmorskim/pojezierza
- Warunki do inwestowania
- Położenie przy granicy z Niemcami
- Bliskość dużej aglomeracji
- Inne……

Załącznik nr 2.

Tabela 1. Obliczenia wskaźnika rentowności operacyjnej aktywów (ROA)

L.p.	Nazwa ośrodka	Zysk netto			Aktywa ogółem			ROA		
		2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
1.	Novotel Szczecin Centrum	363 358 000	1 258 586 000		3 218 480 000	4 905 393 000		11,29	25,66	
2.	Radisson Blu Szczecin	9 158 407	14 490 074	-1 027 333	163 680 285	180 123 418	193 794 345	5,60	8,04	-0,53
3.	Połczyn Uzdrowisko	2 342 650	2 945 581	-6 766 747	74 748 811	74 763 372	80 535 266	3,13	3,94	-8,40
4.	Kołobrzeg Uzdrowisko	4 303 959	3 167 649	-3 309 323	68 228 468	72 191 255	74 590 016	6,31	4,39	-4,44
5.	Kamień Pom. Uzdrowisko	-285 109	441 741	-5 323 800	41 748 126	45 102 714	43 336 763	-0,68	0,98	-12,28
6.	Stary Dziwnów	-8 408 583	-7 849 571	-8 991 310	99 147 122	96 749 420	90 842 519	-8,48	-8,11	-9,90
7.	Arka Medical Spa Kołobrzeg	412 129			142 104 863			0,29		
8.	Gromada Koszalin	349 780	266 735	-758 850	916 616	1 282 676	777 675	38,16	20,80	-97,58
9.	New Skanpol Kołobrzeg	319 479	1 083 727	-225 414	10 447 771	10 770 176	12 503 629	3,06	10,06	-1,80
10.	Jawor Sarbinowo	730 520	1 315	-14 244 790	179 769 116	170 019 151	166 721 977	0,41	0,00	-8,54
11.	Amber Balitc Międzyzdroje	5 062 510	1 710 863	-6 689 028	49 655 386	56 947 585	61 658 834	10,20	3,00	-10,85
12.	Rycerski Szczecin	-9 897 645	182 395	-2 323 489	133 225 635	131 242 905	130 953 203	-7,43	0,14	-1,77
13.	Aquarius Kołobrzeg	2 754 763	4 278 422	704 289	98 305 897	95 118 192	93 591 513	2,80	4,50	0,75
14.	Podewils Ostrowiec	-80 914	131 678	-319 207	2 829 056	2 935 410	2 575 644	-2,86	4,49	-12,39
15.	Panorama Szczecin	23 139	59 660	-1 576 574	8 255 097	8 311 815	6 682 937	0,28	0,72	-23,59
16.	Atrium Szczecin	26 577	-10 102	-441 120	275 020	449 657	361 932	9,66	-2,25	-121,88
17.	Jantar Spa Kołobrzeg	791 886	1 278 426	222 352	16 835 797	17 965 803	18 204 639	4,70	7,12	1,22
18.	Medical Spa Unitral Mielno	5 641 875	5 981 329	4 182 078	29 997 585	35 626 171	52 451 462	18,81	16,79	7,97
19.	Piast Cedynia	682 878	1 894 391	884 766	2 845 352	2 538 449	3 302 765	24,00	74,63	26,79
20.	Vestina Wellness Międzyzdroje	3 402 595	2 346 206	415 544	17 237 713	19 641 601	20 545 792	19,74	11,95	2,02
21.	Salvador Pyrzyce	1 170 394	1 671 893	2 029 196	7 858 562	8 515 359	7 912 294	14,89	19,63	25,65
22.	Lech Sanatorium Kołobrzeg	130 195	52 324		6 838 780	6 833 327		1,90	0,77	
23.	Diva Spa Kołobrzeg	594 246	109 061	-209 974	9 087 472	10 197 963	10 730 055	6,54	1,07	-1,96
24.	Sand Kołobrzeg	-2 471 673	7 706 445	3 774 311	17 939 782	22 935 782	27 626 828	-13,78	33,60	13,66
25.	Wodnik Ustronie Morskie	340 927	-1 261 334	-311 554	17 402 811	15 005 860	14 686 479	1,96	-8,41	-2,12

Ciąg dalszy tabeli 1.

L.p.	Nazwa ośrodka	Zysk netto			Aktywa ogółem			ROA		
		2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
26.	Leda Spa Kołobrzeg	1 334 941	1 756 250	43 855	23 769 115	23 768 922	24 542 299	5,62	7,39	0,18
27.	Sens Dołuje	387 787	884 968		16 981 360	17 479 671		2,28	5,06	
28.	Park Hotel Szczecin	-602 251	-536 413	-1 143 893	17 414 089	10 763 787	10 044 524	-3,46	-4,98	-11,39
29.	Abrava Drawsko Pomorskie	-142 917	21 730	-189 705	261 171	290 775	107 262	-54,72	7,47	-176,86
30.	Marina Międzyzdroje	390 566	665 685	518 087	550 475	579 222	788 921	70,95	114,93	65,67
31.	Hanseatic Kołobrzeg	1 253 164	1 300 489	709 067	8 134 964	7 565 357	8 385 980	15,40	17,19	8,46
32.	Active Szczecinek	165 255	326 554	105 516	5 339 250	5 502 764	5 603 921	3,10	5,93	1,88
33.	Baltic Plaza Kołobrzeg	1 192 500	1 568 300		57 708 700	56 123 100		2,07	2,79	
34.	Hotel Barlinek	175 963	476 950	-44 610	3 572 900	3 510 423	4 155 014	4,92	13,59	-1,07
35.	Havet Spa Dźwirzyno	1 932 009	3 715 616	403 560	25 585 775	25 282 999	27 774 325	7,55	14,70	1,45
36.	Dworski Warzymice	165 987	-107 091	-382 207	6 653 757	7 453 097	8 929 113	2,49	-1,44	-4,28
37.	Silver Szczecin	215 575	227 370	-1 003 867	21 691 477	20 749 582	19 981 457	0,99	1,10	-5,02
38.	Mały Młyn Stargard Szcz	267 177	105 403	38 532	000	2 568 224	2 654 996		4,10	1,45
39.	Interferie Spa Świnoujście	5 106 368			99 763 159			5,12		
40.	Focus Szczecin	2 508 799	3 321 767	-7 985 603	16 379 862	22 116 104	12 940 170	15,32	15,02	-61,71
41.	Planeta Mielno	113 440	6 542	707 186	4 361 788	6 633 876	6 659 034	2,60	0,10	10,62
42.	Hampton Hilton Świnoujście	1 687 043	576 764	-5 798 986	10 471 233	47 345 635	50 034 339	16,11	1,22	-11,59
43.	Senator Dźwirzyno	-2 905	-91 603	51 714	14 626	34 168	39 280	-19,86	-268,10	131,65
44.	Aurora Międzyzdroje	000	528 000	-1 174 000	30 356 000	34 974 000	33 904 000	0,00	1,51	-3,46
45.	Maxymilian Kołobrzeg	-44 139	371 905	-439 539	5 882 408	5 541 583	5 609 516	-0,75	6,71	-7,84
46.	Dana Szczecin	-679 130	396 085	-2 041 117	28 221 135	27 833 460	25 741 331	-2,41	1,42	-7,93
47.	Everdin Świnoujście	000	000	232 780	30 280 584	28 715 536	29 081 436	0,00	0,00	0,80
48.	Cesarskie Ogrody Świnoujście	1 317 488	2 407 904	-599 651	26 561 667	26 613 482	26 770 956	4,96	9,05	-2,24
49.	Villa Herkules Świnoujście		000	-1 053 182		9 023 818	8 002 804		0,00	-13,16
50.	Vulcan Szczecin	-1 058 725			19 635 711			-5,39		
51.	Delfin Dąbki	-432 551	497 792	-1 101 418	20 116 573	19 697 606	19 249 244	-2,15	2,53	-5,72

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Obliczenia wskaźnika rentowności zaangażowanych kapitałów (ROE)

L.p.	Nazwa ośrodka	Zysk netto			Kapitał własny			ROE		
		2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
1.	Novotel Szczecin Centrum	363 358 000	1 258 586 000		2 387 147 000	3 415 357 000		15,22	36,85	
2.	Radisson Blu Szczecin	9 158 407	14 490 074	-1 027 333	155 174 883	169 664 957	166 312 923	5,90	8,54	-0,62
3.	Połczyn Uzdrowisko	2 342 650	2 945 581	-6 766 747	38 231 797	41 177 379	34 410 632	6,13	7,15	-19,66
4.	Kołobrzeg Uzdrowisko	4 303 959	3 167 649	-3 309 323	46 921 365	50 089 013	46 779 690	9,17	6,32	-7,07
5.	Kamień Pom. Uzdrowisko	-285 109	441 741	-5 323 800	36 025 001	36 566 878	31 156 447	-0,79	1,21	-17,09
6.	Stary Dziwnów	-8 408 583	-7 849 571	-8 991 310	83 200 318	75 350 747	66 359 438	-10,11	-10,42	-13,55
7.	Arka Medical Spa Kołobrzeg	412 129			82 591 288			0,50		
8.	Gromada Koszalin	349 780	266 735	-758 850	581 122	847 857	89 008	60,19	31,46	-852,56
9.	New Skanpol Kołobrzeg	319 479	1 083 727	-225 414	4 150 823	4 915 070	4 689 656	7,70	22,05	-4,81
10.	Jawor Sarbinowo	730 520	1 315	-14 244 790	142 731 947	137 145 315	122 900 526	0,51	0,00	-11,59
11.	Amber Balitc Międzyzdroje	5 062 510	1 710 863	-6 689 028	-13 616 894	-11 906 030	-18 595 059	-37,18	-14,37	35,97
12.	Rycerski Szczecin	-9 897 645	182 395	-2 323 489	118 187 067	118 687 161	115 342 441	-8,37	0,15	-2,01
13.	Aquarius Kołobrzeg	2 754 763	4 278 422	704 289	73 618 284	76 926 707	76 945 996	3,74	5,56	0,92
14.	Podewils Ostrowiec	-80 914	131 678	-319 207	2 738 148	2 844 186	1 818 941	-2,96	4,63	-17,55
15.	Panorama Szczecin	23 139	59 660	-1 576 574	7 905 494	7 965 154	6 328 920	0,29	0,75	-24,91
16.	Atrium Szczecin	26 577	-10 102	-441 120	184 293	178 076	-263 043	14,42	-5,67	167,70
17.	Jantar Spa Kołobrzeg	791 886	1 278 426	222 352	16 783 507	17 961 556	18 183 907	4,72	7,12	1,22
18.	Medical Spa Unitral Mielno	5 641 875	5 981 329	4 182 078	22 313 435	25 549 645	27 556 609	25,28	23,41	15,18
19.	Piast Cedynia	682 878	1 894 391	884 766	2 577 716	2 196 448	2 317 277	26,49	86,25	38,18
20.	Vestina Wellness Międzyzdroje	3 402 595	2 346 206	415 544	16 024 559	18 370 765	18 786 309	21,23	12,77	2,21
21.	Salvador Pyrzyce	1 170 394	1 671 893	2 029 196	3 144 035	3 645 535	4 002 838	37,23	45,86	50,69
22.	Lech Sanatorium Kołobrzeg	130 195	52 324		5 712 117	5 734 440		2,28	0,91	
23.	Diva Spa Kołobrzeg	594 246	109 061	-209 974	1 564 040	2 565 471	3 347 995	37,99	4,25	-6,27
24.	Sand Kołobrzeg	-2 471 673	7 706 445	3 774 311	-6 693 724	1 012 722	4 787 033	36,93	760,96	78,84
25.	Wodnik Ustronie Morskie	340 927	-1 261 334	-311 554	11 458 121	10 037 166	9 783 167	2,98	-12,57	-3,18
26.	Leda Spa Kołobrzeg	1 334 941	1 756 250	43 855	7 930 650	9 686 900	9 730 754	16,83	18,13	0,45

Ciąg dalszy tabeli 2.

L.p.	Nazwa ośrodka	Zysk netto			Kapitał własny			ROE		
		2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
27.	Sens Dołuje	387 787	884 968		12 882 313	10 261 085		3,01	8,62	
28.	Park Hotel Szczecin	-602 251	-536 413	-1 143 893	16 468 848	9 923 387	8 779 493	-3,66	-5,41	-13,03
29.	Abrava Drawsko Pomorskie	-142 917	21 730	-189 705	169 239	190 969	1 264	-84,45	11,38	-15008,31
30.	Marina Międzyzdroje	390 566	665 685	518 087	489 346	428 789	615 076	79,81	155,25	84,23
31.	Hanseatic Kołobrzeg	1 253 164	1 300 489	709 067	5 528 453	6 828 942	7 538 009	22,67	19,04	9,41
32.	Active Szczecinek	165 255	326 554	105 516	5 217 377	5 402 732	5 181 693	3,17	6,04	2,04
33.	Baltic Plaza Kołobrzeg	1 192 500	1 568 300		19 308 100	20 876 400		6,18	7,51	
34.	Hotel Barlinek	175 963	476 950	-44 610	1 243 727	2 834 847	2 611 519	14,15	16,82	-1,71
35.	Havet Spa Dźwirzyno	1 932 009	3 715 616	403 560	13 766 008	15 557 649	15 961 209	14,03	23,88	2,53
36.	Dworski Warzymice	165 987	-107 091	-382 207	441 222	334 131	1 954 224	37,62	-32,05	-19,56
37.	Silver Szczecin	215 575	227 370	-1 003 867	6 668 465	6 895 835	5 891 968	3,23	3,30	-17,04
38.	Mały Młyn Stargard Szcz	267 177	105 403	38 532	000	1 696 065	1 734 598		6,21	2,22
39.	Interferie Spa Świnoujście	5 106 368			67 472 949			7,57		
40.	Focus Szczecin	2 508 799	3 321 767	-7 985 603	5 925 849	9 247 616	1 262 012	42,34	35,92	-632,77
41.	Planeta Mielno	113 440	6 542	707 186	2 622 797	2 629 339	3 336 525	4,33	0,25	21,20
42.	Hampton Hilton Świnoujście	1 687 043	576 764	-5 798 986	3 332 819	2 383 626	-3 108 408	50,62	24,20	186,56
43.	Senator Dźwirzyno	-2 905	-91 603	51 714	4 337	-87 265	-26 852	-66,98	104,97	-192,59
44.	Aurora Międzyzdroje	000	528 000	-1 174 000	13 018 000	13 546 000	12 371 000	0,00	3,89	-9,49
45.	Maxymilian Kołobrzeg	-44 139	371 905	-439 539	1 994 860	2 268 412	1 828 373	-2,21	16,39	-24,04
46.	Dana Szczecin	-679 130	396 085	-2 041 117	8 884 903	9 280 988	7 239 871	-7,64	4,27	-28,19
47.	Everdin Świnoujście	000	000	232 780	8 608 617	10 063 156	10 295 936	0,00	0,00	2,26
48.	Cesarskie Ogrody Świnoujście	1 317 488	2 407 904	-599 651	10 305 529	11 713 485	11 113 834	12,78	20,56	-5,40
49.	Villa Herkules Świnoujście		000	-1 053 182		789 640	-263 542		0,00	399,63
50.	Vulcan Szczecin	-1 058 725			2 859 702			-37,02		
51.	Delfin Dąbki	-432 551	497 792	-1 101 418	2 473 307	3 056 108	1 950 020	-17,49	16,29	-56,48

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Obliczenia wskaźnika rentowności sprzedaży (ROS)

L.p.	Nazwa ośrodka	Zysk/strata ze sprzedaży			Przychody ze sprzedaży			ROS		
		2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
1.	Novotel Szczecin Centrum	437 344 000	329 193 000		1 440 028 000	1 455 296 000		30,37	22,62	
2.	Radisson Blu Szczecin	10 379 467	17 055 461	-2 660 919	69 096 010	75 886 228	47 394 044	15,02	22,48	-5,61
3.	Połczyn Uzdrowisko	8 237 631	8 980 794	-4 420 922	43 316 947	46 780 142	23 824 065	19,02	19,20	-18,56
4.	Kołobrzeg Uzdrowisko	2 988 275	95 768	2 058 098	49 824 987	54 364 312	32 590 808	6,00	0,18	6,31
5.	Kamień Pom. Uzdrowisko	409 542	136 815	-4 825 995	18 061 703	19 379 443	10 305 951	2,27	0,71	-46,83
6.	Stary Dziwnów	-8 101 025	-7 939 272	-8 421 565	51 647 952	53 567 114	27 967 084	-15,69	-14,82	-30,11
7.	Arka Medical Spa Kołobrzeg	2 625 679			48 906 777			5,37		
8.	Gromada Koszalin	417 267	296 673	-756 115	3 703 567	3 601 538	2 155 429	11,27	8,24	-35,08
9.	New Skanpol Kołobrzeg	808 324	1 629 060	263 041	13 737 583	15 241 739	9 320 903	5,88	10,69	2,82
10.	Jawor Sarbinowo	1 723 618	1 042 031	-13 622 351	62 991 676	73 675 956	47 394 726	2,74	1,41	-28,74
11.	Amber Balitca Międzyzdroje	8 296 278	3 342 971	772 385	19 589 448	18 211 060	15 856 977	42,35	18,36	4,87
12.	Rycerski Szczecin	-9 636 339	108 484	-2 499 516	51 530 275	44 909 522	18 193 903	-18,70	0,24	-13,74
13.	Aquarius Kołobrzeg	3 486 834	4 811 356	974 802	36 174 404	37 759 311	21 718 251	9,64	12,74	4,49
14.	Podewils Ostrowiec	-83 754	132 461	-320 879	3 138 153	3 786 427	1 746 703	-2,67	3,50	-18,37
15.	Panorama Szczecin	25 227	45 480	-1 583 479	5 708 520	5 691 771	2 767 281	0,44	0,80	-57,22
16.	Atrium Szczecin	0	-10 102	-435 091	3 888 978	4 318 713	2 418 054		-0,23	-17,99
17.	Jantar Spa Kołobrzeg	0	0	0	1 298 641	614 796	394 938			
18.	Medical Spa Unitral Mielno	5 949 897	6 064 155	4 297 060	21 354 642	22 986 996	14 236 389	27,86	26,38	30,18
19.	Piast Cedynia	683 358	1 887 387	883 109	8 371 019	9 249 740	5 919 815	8,16	20,40	14,92
20.	Vestina Wellness Międzyzdroje	3 910 229	3 072 065	297 652	14 880 713	15 472 010	9 932 033	26,28	19,86	3,00
21.	Salvador Pyrzyce	0	0	0	34 083 810	31 177 856	28 338 909			
22.	Lech Sanatorium Kołobrzeg	184 589	101 669		6 672 934	6 852 557		2,77	1,48	
23.	Diva Spa Kołobrzeg	0	0	0	15 696 066	15 232 223	12 580 460			
24.	Sand Kołobrzeg	-2 430 898	8 346 152	3 736 629	110 796 909	132 532 217	85 679 130	-2,19	6,30	4,36

Ciąg dalszy tabeli 3.

L.p.	Nazwa ośrodka	Zysk/strata ze sprzedaży			Przychody ze sprzedaży			ROS		
		2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
25.	Wodnik Ustronie Morskie	514 584	-1 075 495	-231 686	9 630 899	8 033 964	3 218 796	5,34	-13,39	-7,20
26.	Leda Spa Kołobrzeg	2 064 194	2 114 148	962 644	12 144 765	12 501 398	8 200 985	17,00	16,91	11,74
27.	Sens Dołuje	466 507	1 096 131		57 208 908	57 597 759		0,82	1,90	
28.	Park Hotel Szczecin				5 849 840	5 428 044	2 841 896			
29.	Abrava Drawsko Pomorskie	-107 076	27 045	-191 133	830 669	1 002 158	663 531	-12,89	2,70	-28,81
30.	Marina Międzyzdroje				2 254 587	2 151 076	1 360 041			
31.	Hanseatic Kołobrzeg				3 939 798	4 126 211	2 353 893			
32.	Active Szczecinek				2 388 609	2 072 770	1 206 641			
33.	Baltic Plaza Kołobrzeg	2 465 900	2 815 000		10 533 600	11 162 900		23,41	25,22	
34.	Hotel Barlinek	269 788	0	0	2 240 409	2 586 442	1 334 528	12,04		
35.	Havet Spa Dźwirzyno	2 767 680	5 010 655	678 985	21 463 166	23 882 139	18 651 476	12,90	20,98	3,64
36.	Dworski Warzymice	165 987	-107 091	-382 207	1 277 113	970 362	133 559	13,00	-11,04	-286,17
37.	Silver Szczecin	0	0	0	7 226 259	7 261 628	4 366 526			
38.	Mały Młyn Stargard Szcz	299 702	119 198	46 070	1 035 825	1 007 743	914 930	28,93	11,83	5,04
39.	Interferie Spa Świnoujście	8 032 302			32 240 813			24,91		
40.	Focus Szczecin	2 840 507	3 817 047	-9 780 421	53 448 785	65 684 987	30 755 148	5,31	5,81	-31,80
41.	Planeta Mielno	222 912	95 552	816 864	2 495 010	2 216 443	1 193 471	8,93	4,31	68,44
42.	Hampton Hilton Świnoujście	2 234 366	1 679 041	-4 857 997	38 294 173	42 927 822	35 686 075	5,83	3,91	-13,61
43.	Senator Dźwirzyno	-7 133	-3 123	124 524	0	60 000	50 000		-5,21	249,05
44.	Aurora Międzyzdroje	0	0	0	0	16 771	12 107			
45.	Maxymilian Kołobrzeg	172 319	429 472	-189 896	3 695 074	4 021 375	2 513 290	4,66	10,68	-7,56
46.	Dana Szczecin	-308 778	770 461	-1 736 730	7 004 827	7 884 086	2 860 748	-4,41	9,77	-60,71
47.	Everdin Świnoujście	0	0	678 703	0	0	5 697 043			11,91
48.	Cesarskie Ogrody Świnoujście	2 276 439	3 332 256	873 979	17 622 294	22 013 360	14 403 758	12,92	15,14	6,07

Ciąg dalszy tabeli 3.

L.p.	Nazwa ośrodka	Zysk/strata ze sprzedaży			Przychody ze sprzedaży			ROS		
		2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
49.	Villa Herkules Świnoujście		0	-879 226		0	3 076 607			-28,58
50.	Vulcan Szczecin	43 417			6 691 182			0,65		
51.	Delfin Dąbki	953 347	1 347 164	246 806	5 838 257	5 704 878	3 710 125	16,33	23,61	6,65

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Obliczenia wskaźnika bieżącej płynności (CR)

L.p.	Nazwa ośrodka	Aktywa obrotowe			Zobowiązania krótkoterminowe			CR		
		2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
1.	Novotel Szczecin Centrum	671 838 000	2 095 338 000		286 283 000	761 945 000		2,35	2,75	
2.	Radisson Blu Szczecin	20 034 269	41 493 993	43 622 311	5 537 386	6 918 549	14 025 806	3,62	6,00	3,11
3.	Połczyn Uzdrowisko	4 694 984	5 043 194	7 542 336	10 829 640	11 677 317	20 639 438	0,43	0,43	0,37
4.	Kołobrzeg Uzdrowisko	12 577 080	8 896 479	12 564 919	11 801 477	13 547 769	17 896 981	1,07	0,66	0,70
5.	Kamień Pom. Uzdrowisko	2 439 451	4 256 477	3 213 088	3 773 702	3 614 654	7 196 607	0,65	1,18	0,45
6.	Stary Dziwnów	7 184 504	7 091 278	4 049 277	12 066 206	17 038 354	16 190 309	0,60	0,42	0,25
7.	Arka Medical Spa Kołobrzeg	17 463 736			20 476 437			0,85		
8.	Gromada Koszalin	602 130	333 365	452 473	300 786	428 823	649 140	2,00	0,78	0,70
9.	New Skanpol Kołobrzeg	1 956 155	2 374 566	2 889 670	1 873 969	2 042 597	2 056 505	1,04	1,16	1,41
10.	Jawor Sarbinowo	9 628 711	9 006 471	10 514 678	13 712 605	13 912 489	17 345 308	0,70	0,65	0,61
11.	Amber Balitc Międzyzdroje	8 386 752	7 170 945	13 916 089	4 806 997	3 524 110	5 335 356	1,74	2,03	2,61
12.	Rycerski Szczecin	18 113 755	20 214 764	22 653 970	8 379 781	6 523 325	9 039 577	2,16	3,10	2,51
13.	Aquarius Kołobrzeg	4 738 282	5 222 201	6 995 237	7 627 215	6 631 088	10 398 757	0,62	0,79	0,67
14.	Podewils Ostrowiec	886 732	1 111 906	878 692	83 414	79 652	735 110	10,63	13,96	1,20
15.	Panorama Szczecin	3 766 494	4 124 464	2 794 931	349 603	346 660	354 017	10,77	11,90	7,89
16.	Atrium Szczecin	241 791	406 232	323 625	90 727	271 581	279 308	2,67	1,50	1,16
17.	Jantar Spa Kołobrzeg	3 710 610	7 188 964	7 400 131	52 290	4 247	20 731	70,96	1692,72	356,96
18.	Medical Spa Unitral Mielno	2 114 445	7 797 356	8 518 789	4 612 146	3 331 491	6 004 993	0,46	2,34	1,42
19.	Piast Cedynia	1 223 724	1 080 094	1 901 036	267 636	342 001	985 488	4,57	3,16	1,93
20.	Vestina Wellness Międzyzdroje	13 077 415	15 585 699	16 428 616	1 213 154	1 270 836	1 759 483	10,78	12,26	9,34
21.	Salvador Pyrzyce	4 055 050	5 029 159	4 527 911	4 714 527	4 869 824	3 909 456	0,86	1,03	1,16
22.	Lech Sanatorium Kołobrzeg	591 656	891 175		502 847	612 952		1,18	1,45	
23.	Diva Spa Kołobrzeg	4 549 082	5 755 615	6 380 419	1 564 040	2 565 561	3 347 995	2,91	2,24	1,91
24.	Sand Kołobrzeg	16 796 282	20 639 986	25 843 272	24 578 311	21 279 978	22 444 850	0,68	0,97	1,15
25.	Wodnik Ustronie Morskie	3 412 803	2 092 219	2 398 847	1 574 918	1 345 047	1 584 546	2,17	1,56	1,51
26.	Leda Spa Kołobrzeg	3 854 992	4 604 760	6 134 765	1 886 875	2 238 285	2 975 255	2,04	2,06	2,06

Ciąg dalszy tabeli 4.

L.p.	Nazwa ośrodka	Aktywa obrotowe			Zobowiązania krótkoterminowe			CR		
		2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
27.	Sens Dołuje	13 194 512	14 075 962		4 099 047	4 210 321		3,22	3,34	
28.	Park Hotel Szczecin	2 535 541	698 180	467 267	409 003	293 267	577 897	6,20	2,38	0,81
29.	Abrava Drawsko Pomorskie	259 311	290 025	104 270	91 931	99 806	105 998	2,82	2,91	0,98
30.	Marina Międzyzdroje	71 697	122 957	276 136	61 130	150 432	161 845	1,17	0,82	1,71
31.	Hanseatic Kołobrzeg	919 328	532 469	1 517 700	186 502	126 367	398 809	4,93	4,21	3,81
32.	Active Szczecinek	2 150 216	2 437 541	2 654 918	121 872	100 032	98 227	17,64	24,37	27,03
33.	Baltic Plaza Kołobrzeg	10 641 600	11 134 800		9 044 800	8 414 600		1,18	1,32	
34.	Hotel Barlinek	239 193	505 171	1 207 157	465 169	60 432	415 552	0,51	8,36	2,90
35.	Havet Spa Dźwirzyno	2 010 571	5 043 813	8 499 676	5 390 196	4 312 493	6 673 724	0,37	1,17	1,27
36.	Dworski Warzymice	290 005	233 264	130 189						
37.	Silver Szczecin	918 595	669 732	371 054	2 280 892	1 539 847	2 088 078	0,40	0,43	0,18
38.	Mały Młyn Stargard Szcz	000	983 181	1 055 686	000	76 747	80 887		12,81	13,05
39.	Interferie Spa Świnoujście	10 096 684			8 092 028			1,25		
40.	Focus Szczecin	11 035 354	16 641 275	7 249 329	10 048 016	12 597 523	11 528 644	1,10	1,32	0,63
41.	Planeta Mielno	780 830	705 539	907 814	305 101	2 690 087	2 319 480	2,56	0,26	0,39
42.	Hampton Hilton Świnoujście	8 447 251	10 962 854	15 523 699	6 615 882	14 304 095	24 333 411	1,28	0,77	0,64
43.	Senator Dźwirzyno	14 626	14 168	19 280	10 288	121 434		1,42	0,12	
44.	Aurora Międzyzdroje	1 896 000	5 171 000	4 685 000	1 325 0000	1 209 000	1 965 000	1,43	4,28	2,38
45.	Maxymilian Kołobrzeg	791 323	934 885	1 515 135	923 522	858 951	1 590 565	0,86	1,09	0,95
46.	Dana Szczecin	1 424 495	2 095 749	1 045 988	1 895 476	1 735 652	1 272 523	0,75	1,21	0,82
47.	Everdin Świnoujście	4 236 368	3 147 520	3 924 075	4 000 357	2 683 319	3 603 809	1,06	1,17	1,09
48.	Cesarskie Ogrody Świnoujście	2 461 084	4 021 070	5 649 460	3 279 470	3 861 113	4 162 482	0,75	1,04	1,36
49.	Villa Herkules Świnoujście		1 185 187	948 245		933 146	1 118 443		1,27	0,85
50.	Vulcan Szczecin	931 916			3 767 017			0,25		
51.	Delfin Dąbki	247 543	459 486	571 688	2 547 851	2 372 761	2 498 290	0,10	0,19	0,23

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 5. Obliczenia wskaźnika szybkiej płynności (QR)

L.p.	Nazwa ośrodka	Aktywa obrotowe			Zapasy			Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe			Zobowiązania krótkoterminowe			CR		
		2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
1.	Novotel Szczecin Centrum	671 838 000	2 095 338 000		6 463 000	6 777 000		6 735 000	3 431 000		286 283 000	761 945 000		2,30	2,74	
2.	Radisson Blu Szczecin	20 034 269	41 493 993	43 622 311	1 037 242	1 103 599	999 361	866 119	1 153 151	548 226	5 537 386	6 918 549	14 025 806	3,27	5,67	3,00
3.	Połczyn Uzdrowisko	4 694 984	5 043 194	7 542 336	416 765	383 063	374 957	1 032 807	674 600	8 639 826	10 829 640	11 677 317	20 639 438	0,30	0,34	-0,07
4.	Kołobrzeg Uzdrowisko	12 577 080	8 896 479	12 564 919	297 157	430 846	438 421	132 350	128 509	11 132 080	11 801 477	13 547 769	17 896 981	1,03	0,62	0,06
5.	Kamień Pom. Uzdrowisko	2 439 451	4 256 477	3 213 088	104 048	118 284	148 939	256 027	365 158	4 769 708	3 773 702	3 614 654	7 196 607	0,55	1,04	-0,24
6.	Stary Dziwnów	7 184 504	7 091 278	4 049 277	668 855	549 543	340 369	000	000	000	12 066 206	17 038 354	16 190 309	0,54	0,38	0,23
7.	Arka Medical Spa Kołobrzeg	17 463 736			0			2 457 479			20 476 437			0,73		
8.	Gromada Koszalin	602 130	333 365	452 473	000	000	000	000	14 356	5 996	300 786	428 823	649 140	2,00		
9.	New Skanpol Kołobrzeg	1 956 155	2 374 566	2 889 670	144 788	152 093	123 697	90 069	100 445	38 682	1 873 969	2 042 597	2 056 505	0,92	1,04	1,33
10.	Jawor Sarbinowo	9 628 711	9 006 471	10 514 678	436 314	427 926	273 920	000	25 700	2 346	13 712 605	13 912 489	17 345 308	0,67	0,61	0,59
11.	Amber Balitc Międzyzdroje	8 386 752	7 170 945	13 916 089	172 879	298 720	186 616	492 467	477 830	325 636	4 806 997	3 524 110	5 335 356	1,61	1,81	2,51
12.	Rycerski Szczecin	18 113 755	20 214 764	22 653 970	368 938	147 747	220 810	633 709	488 697	302 924	8 379 781	6 523 325	9 039 577	2,04	3,00	2,45
13.	Aquarius Kołobrzeg	4 738 282	5 222 201	6 995 237	836 914	864 350	542 022	1 016 197	1 270 901	936 034	7 627 215	6 631 088	10 398 757	0,38	0,47	0,53
14.	Podewils Ostrowiec	886 732	1 111 906	878 692	26 436	24 175	7 082	000	000	000	83 414	79 652	735 110	10,31	13,66	1,19
15.	Panorama Szczecin	3 766 494	4 124 464	2 794 931	83 247	91 139	64 204	16 682	17 202	18 651	349 603	346 660	354 017	10,49	11,59	7,66
16.	Atrium Szczecin	241 791	406 232	323 625	48 323	28 484	22 197		0	0	90 727	271 581	279 308	2,13	1,39	1,08
17.	Jantar Spa Kołobrzeg	3 710 610	7 188 964	7 400 131	000	000	000	000	000	6 462	52 290	4 247	20 731	70,96	1692, 72	356,6 5
18.	Medical Spa Unitral Mielno	2 114 445	7 797 356	8 518 789	209 236	214 946	143 888	269 238	330 220	33 852	4 612 146	3 331 491	6 004 993	0,35	2,18	1,39
19.	Piast Cedynia	1 223 724	1 080 094	1 901 036	158 612	196 041	167 083	000	12 731	16 021	267 636	342 001	985 488	3,98	2,55	1,74
20.	Vestina Wellness Międzyzdroje	13 077 415	15 585 699	16 428 616	95 024	112 911	59 690	0	0	0	1 213 154	1 270 836	1 759 483	10,70	12,18	9,30
21.	Salvador Pyrzyce	4 055 050	5 029 159	4 527 911	719 009	866 666	666 993	732	000	000	4 714 527	4 869 824	3 909 456	0,71	0,85	0,99

Ciąg dalszy tabeli 5.

L.p.	Nazwa ośrodka	Aktywa obrotowe			Zapasy			Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe			Zobowiązania krótkoterminowe			CR		
		2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
22.	Lech Sanatorium Kołobrzeg	591 656	891 175		15 942	18 434		150 090	254 451		502 847	612 952		0,85	1,01	
23.	Diva Spa Kołobrzeg	4 549 082	5 755 615	6 380 419	128 923	146 940	109 600	50 242	70 525	59 340	1 564 040	2 565 561	3 347 995	2,79	2,16	1,86
24.	Sand Kołobrzeg	16 796 282	20 639 986	25 843 272	908 204	1 013 841	528 533	2 575 093	2 655 020	1 207 037	24 578 311	21 279 978	22 444 850	0,54	0,80	1,07
25.	Wodnik Ustronie Morskie	3 412 803	2 092 219	2 398 847	57 898	56 482	25 762	278 079	162 242	519	1 574 918	1 345 047	1 584 546	1,95	1,39	1,50
26.	Leda Spa Kołobrzeg	3 854 992	4 604 760	6 134 765	386 962	469 969	227 029	0	0	0	1 886 875	2 238 285	2 975 255	1,84	1,85	1,99
27.	Sens Dołuje	13 194 512	14 075 962		10 583 655	8 354 608			0	0	4 099 047	4 210 321		0,64	1,36	
28.	Park Hotel Szczecin	2 535 541	698 180	467 267	72 021	86 881	78 283	40 609	21 630	37 657	409 003	293 267	577 897	5,92	2,01	0,61
29.	Abrava Drawsko Pomorskie	259 311	290 025	104 270			0	0	0	0	91 931	99 806	105 998	2,82	2,91	0,98
30.	Marina Międzyzdroje	71 697	122 957	276 136	000	000	000	0	0	0	61 130	150 432	161 845	1,17	0,82	1,71
31.	Hanseatic Kołobrzeg	919 328	532 469	1 517 700	35 352	48 505	33 926	22 364	000	000	186 502	126 367	398 809	4,62	3,83	3,72
32.	Active Szczecinek	2 150 216	2 437 541	2 654 918	23 407	31 779	15 944	1 945	000	000	121 872	100 032	98 227	17,44	24,05	26,87
33.	Baltic Plaza Kołobrzeg	10 641 600	11 134 800		108 700	116 400		4 380 900	4 227 700		9 044 800	8 414 600		0,68	0,81	
34.	Hotel Barlinek	239 193	505 171	1 207 157	15 761	12 574	13 313	5 631	000	26 157	465 169	60 432	415 552	0,47	8,15	2,81
35.	Havet Spa Dźwirzyno	2 010 571	5 043 813	8 499 676	300 143	286 340	203 924	603 135	967 430	1 000 598	5 390 196	4 312 493	6 673 724	0,21	0,88	1,09
36.	Dworski Warzymice	290 005	233 264	130 189	3 750	625	000	0	0	0						
37.	Silver Szczecin	918 595	669 732	371 054	56 415	49 801	43 642	0	0	0	2 280 892	1 539 847	2 088 078	0,38	0,40	0,16
38.	Mały Młyn Stargard Szcz	000	983 181	1 055 686	000	10 785	8 436	000	14 354	9 103	000	76 747	80 887		12,48	12,83
39.	Interferie Spa Świnoujście	10 096 684			265 216						8 092 028			1,21		
40.	Focus Szczecin	11 035 354	16 641 275	7 249 329	359 162	385 466	226 926	1 924 199	2 486 730	1 653 864	10 048 016	12 597 523	11 528 644	0,87	1,09	0,47
41.	Planeta Mielno	780 830	705 539	907 814	45 969	45 969	45 969	000	000	000	305 101	2 690 087	2 319 480	2,41	0,25	0,37
42.	Hampton Hilton Świnoujście	8 447 251	10 962 854	15 523 699	922 423	1 852 994	1 071 362	1 473 511	1 929 917	420 903	6 615 882	14 304 095	24 333 411	0,91	0,50	0,58

Ciąg dalszy tabeli 5.

L.p.	Nazwa ośrodka	Aktywa obrotowe			Zapasy			Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe			Zobowiązania krótkoterminowe			CR		
		2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
43.	Senator Dźwirzyno	14 626	14 168	19 280							10 288	121 434		1,42	0,12	
44.	Aurora Międzyzdroje	1 896 000	5 171 000	4 685 000	495 000	683 000	666 000	473 000	346 000	226 000	1 325 000	1 209 000	1 965 000	0,70	3,43	1,93
45.	Maxymilian Kołobrzeg	791 323	934 885	1 515 135	47 790	71 149	57 180	000	970	377	923 522	858 951	1 590 565	0,81	1,00	0,92
46.	Dana Szczecin	1 424 495	2 095 749	1 045 988	56 754	71 986	46 687	65 738	87 002	73 438	1 895 476	1 735 652	1 272 523	0,69	1,12	0,73
47.	Everdin Świnoujście	4 236 368	3 147 520	3 924 075	353 254	332 846	293 593	75 124	359 422	000	4 000 357	2 683 319	3 603 809	0,95	0,92	1,01
48.	Cesarskie Ogrody Świnoujście	2 461 084	4 021 070	5 649 460	126 067	145 953	142 307	32 296	28 295	25 344	3 279 470	3 861 113	4 162 482	0,70	1,00	1,32
49.	Villa Herkules Świnoujście		1 185 187	948 245		30 275	32 676		23 422	000		933 146	1 118 443		1,21	0,82
50.	Vulcan Szczecin	931 916			79 503			0	0	0	3 767 017			0,23		
51.	Delfin Dąbki	247 543	459 486	571 688	8 387	12 765	3 097	389 182	321 050	269 491	2 547 851	2 372 761	2 498 290	-0,06	0,05	0,12

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6. Obliczenia wskaźnika zadłużenia ogółem

L.p.	Nazwa ośrodka	Zobowiązania ogółem			Aktywa ogółem			Zadłużenie ogółem		
		2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
1.	Novotel Szczecin Centrum	831 694 000	1 490 715 000		3 218 480 000	4 905 393 000		25,84	30,39	
2.	Radisson Blu Szczecin	8 505 402	10 458 462	27 481 421	163 680 285	180 123 418	193 794 345	5,20	5,81	14,18
3.	Połczyn Uzdrowisko	36 517 014	33 585 994	46 124 634	74 748 811	74 763 372	80 535 266	48,85	44,92	57,27
4.	Kołobrzeg Uzdrowisko	21 307 104	22 102 242	27 810 326	68 228 468	72 191 255	74 590 016	31,23	30,62	37,28
5.	Kamień Pom. Uzdrowisko	5 723 125	8 535 836	12 180 316	41 748 126	45 102 714	43 336 763	13,71	18,93	28,11
6.	Stary Dziwnów	15 946 804	21 398 672	24 483 081	99 147 122	96 749 420	90 842 519	16,08	22,12	26,95
7.	Arka Medical Spa Kołobrzeg	59 513 575			142 104 863			41,88		
8.	Gromada Koszalin	335 494	434 819	688 668	916 616	1 282 676	777 675	36,60	33,90	88,55
9.	New Skanpol Kołobrzeg	6 296 949	5 855 106	7 813 972	10 447 771	10 770 176	12 503 629	60,27	54,36	62,49
10.	Jawor Sarbinowo	37 037 169	32 873 835	43 821 451	179 769 116	170 019 151	166 721 977	20,60	19,34	26,28
11.	Amber Baltic Międzyzdroje	63 272 279	68 853 615	80 253 892	49 655 386	56 947 585	61 658 834	127,42	120,91	130,16
12.	Rycerski Szczecin	15 038 569	12 555 743	15 610 762	133 225 635	131 242 905	130 953 203	11,29	9,57	11,92
13.	Aquarius Kołobrzeg	24 687 613	18 191 485	16 645 517	98 305 897	95 118 192	93 591 513	25,11	19,13	17,79
14.	Podewils Ostrowiec	90 907	91 224	756 702	2 829 056	2 935 410	2 575 644	3,21	3,11	29,38
15.	Panorama Szczecin	349 603	346 660	354 017	8 255 097	8 311 815	6 682 937	4,23	4,17	5,30
16.	Atrium Szczecin	90 727	271 581	624 975	275 020	449 657	361 932	32,99	60,40	172,68
17.	Jantar Spa Kołobrzeg	52 290	4 247	20 731	16 835 797	17 965 803	18 204 639	0,31	0,02	0,11
18.	Medical Spa Unitral Mielno	7 684 150	10 076 526	24 894 852	29 997 585	35 626 171	52 451 462	25,62	28,28	47,46
19.	Piast Cedynia	267 636	342 001	985 488	2 845 352	2 538 449	3 302 765	9,41	13,47	29,84
20.	Vestina Wellness Międzyzdroje	1 213 154	1 270 836	1 759 483	17 237 713	19 641 601	20 545 792	7,04	6,47	8,56
21.	Salvador Pyrzyce	4 714 527	4 869 824	3 909 456	7 858 562	8 515 359	7 912 294	59,99	57,19	49,41
22.	Lech Sanatorium Kołobrzeg	1 126 664	1 098 887		6 838 780	6 833 327		16,47	16,08	
23.	Diva Spa Kołobrzeg	1 564 040	2 565 471	3 347 995	9 087 472	10 197 963	10 730 055	17,21	25,16	31,20

Ciąg dalszy tabeli 6.

L.p.	Nazwa ośrodka	Zobowiązania ogółem			Aktywa ogółem			Zadłużenie ogółem		
		2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
24.	Sand Kołobrzeg	24 633 505	21 923 061	22 839 795	17 939 782	22 935 782	27 626 828	137,31	95,58	82,67
25.	Wodnik Ustronie Morskie	5 944 689	4 968 694	4 903 312	17 402 811	15 005 860	14 686 479	34,16	33,11	33,39
26.	Leda Spa Kołobrzeg	15 838 465	14 082 022	14 811 545	23 769 115	23 768 922	24 542 299	66,63	59,25	60,35
27.	Sens Dołuje	4 099 047	7 218 586		16 981 360	17 479 671		24,14	41,30	
28.	Park Hotel Szczecin	945 242	840 400	1 265 031	17 414 089	10 763 787	10 044 524	5,43	7,81	12,59
29.	Abrava Drawsko Pomorskie	91 931	99 806	105 998	261 171	290 775	107 262	35,20	34,32	98,82
30.	Marina Międzyzdroje	61 130	150 432	173 845	550 475	579 222	788 921	11,10	25,97	22,04
31.	Hanseatic Kołobrzeg	2 606 510	736 415	847 971	8 134 964	7 565 357	8 385 980	32,04	9,73	10,11
32.	Active Szczecinek	121 872	100 032	422 227	5 339 250	5 502 764	5 603 921	2,28	1,82	7,53
33.	Baltic Plaza Kołobrzeg	38 400 600	35 246 700		57 708 700	56 123 100		66,54	62,80	
34.	Hotel Barlinek	000	675 576	1 543 495	3 572 900	3 510 423	4 155 014	0,00	19,24	37,15
35.	Havet Spa Dźwirzyno	11 819 767	9 725 350	11 813 116	25 585 775	25 282 999	27 774 325	46,20	38,47	42,53
36.	Dworski Warzymice	6 212 535	7 118 966	6 974 889	6 653 757	7 453 097	8 929 113	93,37	95,52	78,11
37.	Silver Szczecin	15 023 012	13 853 747	14 089 489	21 691 477	20 749 582	19 981 457	69,26	66,77	70,51
38.	Mały Młyn Stargard Szcz	000	872 159	920 399	0	2 568 224	2 654 996		33,96	34,67
39.	Interferie Spa Świnoujście	32 290 210			99 763 159			32,37		
40.	Focus Szczecin	10 454 013	12 868 488	11 678 158	16 379 862	22 116 104	12 940 170	63,82	58,19	90,25
41.	Planeta Mielno	1 738 991	4 004 536	3 322 508	4 361 788	6 633 876	6 659 034	39,87	60,36	49,89
42.	Hampton Hilton Świnoujście	7 138 414	44 962 009	53 142 747	10 471 233	47 345 635	50 034 339	68,17	94,97	106,21
43.	Senator Dźwirzyno	10 288	121 434	66 132	14 626	34 168	39 280	70,34	355,40	168,36
44.	Aurora Międzyzdroje	17 337	21 429	21 533	30 356 000	34 974 000	33 904 000			
45.	Maxymilian Kołobrzeg	3 887 548	3 273 171	3 781 143	5 882 408	5 541 583	5 609 516	66,09	59,07	67,41
46.	Dana Szczecin	19 336 232	18 552 472	18 501 461	28 221 135	27 833 460	25 741 331	68,52	66,66	71,87
47.	Everdin Świnoujście	21 671 967	18 652 381	18 785 500	30 280 584	28 715 536	29 081 436	71,57	64,96	64,60

Ciąg dalszy tabeli 6.

L.p.	Nazwa ośrodka	Zobowiązania ogółem			Aktywa ogółem			Zadłużenie ogółem		
		2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
48.	Cesarskie Ogrody Świnoujście	16 256 138	14 899 997	15 657 122	26 561 667	26 613 482	26 770 956	61,20	55,99	58,49
49.	Villa Herkules Świnoujście		8 234 178	8 266 346		9 023 818	8 002 804		91,25	103,29
50.	Vulcan Szczecin	16 776 009			19 635 711			85,44		
51.	Delfin Dąbki	17 643 266	16 641 498	17 299 224	20 116 573	19 697 606	19 249 244	87,71	84,48	89,87

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 7. Obliczenia wskaźnika cyklu rotacji należności

L.p.	Nazwa ośrodka	Należności z tyt. Usług			Przychody ze sprzedaży			Cykl rotacji należności		
		2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
1.	Novotel Szczecin Centrum	69 707 000	54 625 000		1 440 028 000	1 455 296 000		18	14	
2.	Radisson Blu Szczecin	1 330 658	2 227 108	2 511 758	69 096 010	75 886 228	47 394 044	7	11	19
3.	Połczyn Uzdrowisko	104 467	168 468	141 112	43 316 947	46 780 142	23 824 065	1	1	2
4.	Kołobrzeg Uzdrowisko	2 037 041	2 183 990	502 950	49 824 987	54 364 312	32 590 808	15	15	6
5.	Kamień Pom. Uzdrowisko	927 152	921 842	456 510	18 061 703	19 379 443	10 305 951	19	17	16
6.	Stary Dziwnów	2 749 895	2 996 719	1 044 005	51 647 952	53 567 114	27 967 084	19	20	14
7.	Arka Medical Spa Kołobrzeg	5 323 845			48 906 777			40		
8.	Gromada Koszalin	63 029	119 116	40 045	3 703 567	3 601 538	2 155 429	6	12	7
9.	New Skanpol Kołobrzeg	242 124	227 322	38 604	13 737 583	15 241 739	9 320 903	6	5	2
10.	Jawor Sarbinowo	478 690	724 279	251 793	62 991 676	73 675 956	47 394 726	3	4	2
11.	Amber Balitc Międzyzdroje	957 267	519 241	204 355	19 589 448	18 211 060	15 856 977	18	10	5
12.	Rycerski Szczecin	1 183 973	1 548 427	1 716 700	51 530 275	44 909 522	18 193 903	8	13	34
13.	Aquarius Kołobrzeg	1 004 318	1 022 872	274 971	36 174 404	37 759 311	21 718 251	10	10	5
14.	Podewils Ostrowiec	57 149	15 071	404	3 138 153	3 786 427	1 746 703	7	1	
15.	Panorama Szczecin	177 897	142 764	17 708	5 708 520	5 691 771	2 767 281	11	9	2
16.	Atrium Szczecin	53 934	212 786	89 048	3 888 978	4 318 713	2 418 054	5	18	13
17.	Jantar Spa Kołobrzeg	4 935	3 634 154	3 318 874	1 298 641	614 796	394 938	1	2 158	3 067
18.	Medical Spa Unitral Mielno	508 855	821 032	135 875	21 354 642	22 986 996	14 236 389	9	13	3
19.	Piast Cedynia	184 815	266 944	309 957	8 371 019	9 249 740	5 919 815	8	11	19
20.	Vestina Wellness Międzyzdroje	429 600	775 145	462 815	14 880 713	15 472 010	9 932 033	11	18	17
21.	Salvador Pyrzyce	2 884 796	2 661 919	2 239 284	34 083 810	31 177 856	28 338 909	31	31	29
22.	Lech Sanatorium Kołobrzeg	123 599	169 748		6 672 934	6 852 557		7	9	
23.	Diva Spa Kołobrzeg	000	1 318 729	1 548 874	15 696 066	15 232 223	12 580 460		32	45
24.	Sand Kołobrzeg	000	000	000	110 796 909	132 532 217	85 679 130			
25.	Wodnik Ustronie Morskie	298 586	421 749	270 879	9 630 899	8 033 964	3 218 796	11	19	31
26.	Leda Spa Kołobrzeg	62 191	139 873	94 031	12 144 765	12 501 398	8 200 985	2	4	4

Ciąg dalszy tabeli 7.

L.p.	Nazwa ośrodka	Należności z tyt. Usług			Przychody ze sprzedaży			Cykl rotacji należności		
		2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
27.	Sens Dołuje	24 369	19 704		57 208 908	57 597 759				
28.	Park Hotel Szczecin	156 852	112 616	5 650	5 849 840	5 428 044	2 841 896	10	8	1
29.	Abrava Drawsko Pomorskie	53 646	19 959	19 422	830 669	1 002 158	663 531	24	7	11
30.	Marina Międzyzdroje	6 335	45 201	54 144	2 254 587	2 151 076	1 360 041	1	8	15
31.	Hanseatic Kołobrzeg	3 938	15 493	8 240	3 939 798	4 126 211	2 353 893		1	1
32.	Active Szczecinek	000	000	000	2 388 609	2 072 770	1 206 641			
33.	Baltic Plaza Kołobrzeg	1 897 400	1 443 800		10 533 600	11 162 900		66	47	
34.	Hotel Barlinek	89 563	21 563	60 286	2 240 409	2 586 442	1 334 528	15	3	16
35.	Havet Spa Dźwirzyno	299 517	464 118	88 832	21 463 166	23 882 139	18 651 476	5	7	2
36.	Dworski Warzymice	246 917	178 182	122 434	1 277 113	970 362	133 559	71	67	335
37.	Silver Szczecin	226 985	142 668	35 260	7 226 259	7 261 628	4 366 526	11	7	3
38.	Mały Młyn Stargard Szcz	000	24 971	18 606	1 035 825	1 007 743	914 930		9	7
39.	Interferie Spa Świnoujście	212 459			32 240 813			2		
40.	Focus Szczecin	1 696 195	1 824 691	635 428	53 448 785	65 684 987	30 755 148	12	10	8
41.	Planeta Mielno	346 995	298 287	365 855	2 495 010	2 216 443	1 193 471	51	49	112
42.	Hampton Hilton Świnoujście	4 946 510	3 332 517	3 974 771	38 294 173	42 927 822	35 686 075	47	28	41
43.	Senator Dźwirzyno	10 400	000	15 700	000	60 000	50 000			115
44.	Aurora Międzyzdroje	873 000	1 021 000	113 000	000	16 771 000	12 107 000		22	3
45.	Maxymilian Kołobrzeg	128 562	1 098	000	3 695 074	4 021 375	2 513 290	13		
46.	Dana Szczecin	329 784	506 409	248 267	7 004 827	7 884 086	2 860 748	17	23	32
47.	Everdin Świnoujście	551 598	516 143	875 236	000	000	5 697 043			56
48.	Cesarskie Ogrody Świnoujście	577 108	1 377 993	357 806	17 622 294	22 013 360	14 403 758	12	23	9
49.	Villa Herkules Świnoujście		853	92 848		000	3 076 607			11
50.	Vulcan Szczecin	525 922			6 691 182			29		
51.	Delfin Dąbki	135 684	285 861	188 816	5 838 257	5 704 878	3 710 125	8	18	19

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 8. Obliczenia wskaźnika cyklu rotacji zobowiązań

L.p.	Nazwa ośrodka	Zobowiązania ogółem			Przychody ze sprzedaży			Cykl rotacji Zobowiązań		
		2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
1.	Novotel Szczecin Centrum	831 694 000	1 490 715 000		1 440 028 000	1 455 296 000		211	374	
2.	Radisson Blu Szczecin	8 505 402	10 458 462	27 481 421	69 096 010	75 886 228	47 394 044		50	212
3.	Połczyn Uzdrowisko	36 517 014	33 585 994	46 124 634	43 316 947	46 780 142	23 824 065	308	262	707
4.	Kołobrzeg Uzdrowisko	21 307 104	22 102 242	27 810 326	49 824 987	54 364 312	32 590 808	156	148	311
5.	Kamień Pom. Uzdrowisko	5 723 125	8 535 836	12 180 316	18 061 703	19 379 443	10 305 951	116	161	431
6.	Stary Dziwnów	15 946 804	21 398 672	24 483 081	51 647 952	53 567 114	27 967 084	113	146	320
7.	Arka Medical Spa Kołobrzeg	59 513 575			48 906 777			444		
8.	Gromada Koszalin	335 494	434 819	688 668	3 703 567	3 601 538	2 155 429	33	44	117
9.	New Skanpol Kołobrzeg	6 296 949	5 855 106	7 813 972	13 737 583	15 241 739	9 320 903	167	140	306
10.	Jawor Sarbinowo	37 037 169	32 873 835	43 821 451	62 991 676	73 675 956	47 394 726	215	163	337
11.	Amber Baltic Międzyzdroje	63 272 279	68 853 615	80 253 892	19 589 448	18 211 060	15 856 977	1 179	1 380	1 847
12.	Rycerski Szczecin	15 038 569	12 555 743	15 610 762	51 530 275	44 909 522	18 193 903	107	102	313
13.	Aquarius Kołobrzeg	24 687 613	18 191 485	16 645 517	36 174 404	37 759 311	21 718 251	249	176	280
14.	Podewils Ostrowiec	90 907	91 224	756 702	3 138 153	3 786 427	1 746 703	11	9	158
15.	Panorama Szczecin	349 603	346 660	354 017	5 708 520	5 691 771	2 767 281	22	22	47
16.	Atrium Szczecin	90 727	271 581	624 975	3 888 978	4 318 713	2 418 054	9	23	94
17.	Jantar Spa Kołobrzeg	52 290	4 247	20 731	1 298 641	614 796	394 938	15	3	19
18.	Medical Spa Unitral Mielno	7 684 150	10 076 526	24 894 852	21 354 642	22 986 996	14 236 389	131	160	638
19.	Piast Cedynia	267 636	342 001	985 488	8 371 019	9 249 740	5 919 815	12	13	61
20.	Vestina Wellness Międzyzdroje	1 213 154	1 270 836	1 759 483	14 880 713	15 472 010	9 932 033	30	30	65
21.	Salvador Pyrzyce	4 714 527	4 869 824	3 909 456	34 083 810	31 177 856	28 338 909	50	57	50

Ciąg dalszy tabeli 8.

L.p.	Nazwa ośrodka	Zobowiązania ogółem			Przychody ze sprzedaży			Cykl rotacji Zobowiązań		
		2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
22.	Lech Sanatorium Kołobrzeg	1 126 664	1 098 887		6 672 934	6 852 557		62	59	
23.	Diva Spa Kołobrzeg	1 564 040	2 565 471	3 347 995	15 696 066	15 232 223	12 580 460	36	61	97
24.	Sand Kołobrzeg	24 633 505	21 923 061	22 839 795	110 796 909	132 532 217	85 679 130	81	60	97
25.	Wodnik Ustronie Morskie	5 944 689	4 968 694	4 903 312	9 630 899	8 033 964	3 218 796	225	226	556
26.	Leda Spa Kołobrzeg	15 838 465	14 082 022	14 811 545	12 144 765	12 501 398	8 200 985	476	411	659
27.	Sens Dołuje	4 099 047	7 218 586		57 208 908	57 597 759		26	46	
28.	Park Hotel Szczecin	945 242	840 400	1 265 031	5 849 840	5 428 044	2 841 896	59	57	162
29.	Abrava Drawsko Pomorskie	91 931	99 806	105 998	830 669	1 002 158	663 531	40	36	58
30.	Marina Międzyzdroje	61 130	150 432	173 845	2 254 587	2 151 076	1 360 041	10	26	47
31.	Hanseatic Kołobrzeg	2 606 510	736 415	847 971	3 939 798	4 126 211	2 353 893	241	65	131
32.	Active Szczecinek	121 872	100 032	422 227	2 388 609	2 072 770	1 206 641	19	18	128
33.	Baltic Plaza Kołobrzeg	38 400 600	35 246 700		10 533 600	11 162 900		1 331	1 152	
34.	Hotel Barlinek	000	675 576	1 543 495	2 240 409	2 586 442	1 334 528		95	422
35.	Havet Spa Dźwirzyno	11 819 767	9 725 350	11 813 116	21 463 166	23 882 139	18 651 476	201	149	231
36.	Dworski Warzymice	6 212 535	7 118 966	6 974 889	1 277 113	970 362	133 559	1 776	2 678	19 061
37.	Silver Szczecin	15 023 012	13 853 747	14 089 489	7 226 259	7 261 628	4 366 526	759	696	1 178
38.	Mały Młyn Stargard Szcz.	000	872 159	920 399	1 035 825	1 007 743	914 930		316	367
39.	Interferie Spa Świnoujście	32 290 210			32 240 813			366		
40.	Focus Szczecin	10 454 013	12 868 488	11 678 158	53 448 785	65 684 987	30 755 148	71	72	139
41.	Planeta Mielno	1 738 991	4 004 536	3 322 508	2 495 010	2 216 443	1 193 471	254	659	1 016
42.	Hampton Hilton Świnoujście	7 138 414	44 962 009	53 142 747	38 294 173	42 927 822	35 686 075	68	382	544
43.	Senator Dźwirzyno	10 288	121 434	66 132	000	60 000	50 000		739	483

Ciąg dalszy tabeli 8.

L.p.	Nazwa ośrodka	Zobowiązania ogółem			Przychody ze sprzedaży			Cykl rotacji Zobowiązań		
		2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
44.	Aurora Międzyzdroje	17 337 000	21 429 000	21 533 000	000	16 771 000	12 107 000		466	649
45.	Maxymilian Kołobrzeg	3 887 548	3 273 171	3 781 143	3 695 074	4 021 375	2 513 290	384	297	549
46.	Dana Szczecin	19 336 232	18 552 472	18 501 461	7 004 827	7 884 086	2 860 748	1 008	859	2 361
47.	Everdin Świnoujście	21 671 967	18 652 381	18 785 500	000	000	5 697 043			1 204
48.	Cesarskie Ogrody Świnoujście	16 256 138	14 899 997	15 657 122	17 622 294	22 013 360	14 403 758	337	247	397
49.	Villa Herkules Świnoujście		8 234 178	8 266 346		000	3 076 607			981
50.	Vulcan Szczecin	16 776 009			6 691 182			915		
51.	Delfin Dąbki	17 643 266	16 641 498	17 299 224	5 838 257	5 704 878	3 710 125	1 103	1 065	1 702

Źródło: opracowanie własne.

Streszczenie

W rozprawie doktorskiej podjęto problematykę dotyczącą turystyki zdrowotnej i rozwoju lokalnego. W związku ze zmianami demograficznymi obserwowanymi w ostatnich latach, zwiększa się wśród społeczeństwa chęć dbania o siebie zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym. Dzięki turystyce zdrowotnej możliwe jest połączenie wyjazdów turystycznych z lecznictwem, rehabilitacją i zabiegami spa&wellness. Turystyka zdrowotna stanowi element rynku turystycznego, która wyróżnia się ze względu na motywacje do jej uprawiania. Ekspansja turystyki uzdrowiskowej, możliwa jest na obszarach, które posiadają status uzdrowiska. W miejscach tych występują bogactwa naturalne, które wykorzystywane są nie tylko w działalności leczniczej i rehabilitacyjnej, ale również spa&wellness.

Celem głównym pracy była diagnoza specyfiki rynku turystyki zdrowotnej i określenie wpływu turystyki zdrowotnej na rozwój lokalny na przykładzie wybranych gmin województwa zachodniopomorskiego. Ponadto w pracy sformułowano pięć celów szczegółowych, które umożliwiły przeprowadzenie badania zmierzającego do szerszej analizy i oceny przyjętego problemu badawczego.

Na potrzeby badań sformułowano trzy hipotezy badawcze: H1: Rozwój turystyki zdrowotnej przyczynia się do poprawy sytuacji społeczno-ekonomicznej wybranych gmin w województwie zachodniopomorskim; H2: Gminy, w których występują podmioty turystyki zdrowotnej osiągają najwyższy poziom rozwoju lokalnego na tle regionu; H3: Podmioty turystyki spa&wellness mają lepszą kondycję finansową niż obiekty uzdrowiskowe.

Rozprawa doktorska ma charakter teoretyczno-empiryczny i składa się z wstępu, sześciu rozdziałów oraz wniosków i podsumowania. W pierwszym rozdziale dokonano uzasadnienia wyboru tematu, określono cel główny i cele szczegółowe. Wskazane zostały hipotezy badawcze postawione w dysertacji. Niemniej istotnym elementem w tym rozdziale było omówienie przebiegu i istoty metod badawczych, wykorzystanych w rozprawie doktorskiej.

Drugi rozdział został poświęcony charakterystyce pojęcia i istoty rozwoju regionalnego. Przeprowadzono identyfikację determinant rozwoju regionalnego i lokalnego, uwzględniające różne klasyfikacje podziału. Następnie określono czynniki wpływające na rozwój w świetle wybranych teorii. Dokonano również analizy porównawczej między pojęciami rozwoju regionalnego i lokalnego.

Systematyzacja definicji usług turystyki zdrowotnej wraz z określeniem jej znaczenia i funkcji została przedstawiona w rozdziale trzecim. Omówiono także kierunki zmian w turystyce zdrowotnej i ich dynamikę na poziomie krajowym. Dokonano analizy turystyki w województwie zachodniopomorskim względem pozostałych województw. Zwieńczenie rozdziału stanowiła analiza turystyki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim.

W rozdziale czwartym określono kompetencje samorządu w zakresie kreowania turystyki. Dokonano analizy materiału empirycznego poprzez zbadanie funkcji turystycznej. Kolejnym etapem badań było opracowanie narzędzi pomiaru rozwoju

lokalnego z uwzględnieniem parametrów społeczno-gospodarczych gmin i funkcji turystyki. W tym celu wykorzystano Taksonomiczny Miernik Rozwoju.

Rozdział piąty, będący rozdziałem empirycznym poświęcony został między innymi analizie sytuacji społeczno-gospodarczej. W tej części pracy przedstawiono również opracowaną autorską klasyfikację gmin województwa zachodniopomorskiego z uwzględnieniem pomiaru rozwoju lokalnego i turystyki zdrowotnej. W celu przeprowadzenia typologii gmin wykorzystano jedno z narzędzi klasyfikacyjnych – metodę k-średnich. Dla dokładniejszej analizy zjawiska – dokonano analizy porównawczej wyników klasyfikacji dla lat 2017 i 2020.

W rozdziale szóstym o charakterze analityczno-empirycznym zaprezentowano w formie tabel i wykresów wyniki badania ankietowego, które zostało przeprowadzone wśród menadżerów obiektów hotelowych trzy-, cztero- i pięciogwiazdkowych w województwie zachodniopomorskim. Szczególną uwagę poświęcono ocenie funkcjonowania wybranych podmiotów świadczących usługi spa&wellness oraz uzdrowiskowe, która oparta została na analizie finansowej sprawozdań. Ponadto dokonano charakterystyki obiektów turystycznych, świadczących usługi turystyki zdrowotnej (szczególnie – uzdrowiskowe, lecznicze, spa&wellness).

W podsumowaniu i wnioskach zaprezentowano najważniejsze konkluzje, które stanowiły efekt końcowy przeprowadzonych badań. Dzięki pełnej realizacji założonych celów szczegółowych możliwe było zweryfikowanie postawionych w rozprawie hipotez.

Przedstawione w pracy rozważania teoretyczne oraz wyniki i wnioski z przeprowadzonych badań empirycznych stanowiły próbę uporządkowania i pogłębienia poruszanej problematyki. Badania mają charakter aplikacyjny i mogą stanowić podstawę do dalszych pogłębionych analiz i rozważań, pobudzać do dyskusji.

Summary

The dissertation addresses the issues of health tourism and local development. Due to the demographic changes observed in recent years, there is an increasing desire among the public to take care of themselves both physically and mentally. Thanks to health tourism, it is possible to combine tourist trips with medical treatment, rehabilitation, and spa & wellness treatments. Health tourism is an element of the tourism market that stands out because of the motivations for practicing it. The expansion of spa tourism is possible in areas that have spa status. In these places there are natural riches that are used not only in therapeutic activities and rehabilitation, but also spa&wellness.

The main objective of the study was to diagnose the specifics of the health tourism market and to determine the impact of health tourism on local development on the example of selected municipalities of the West Pomeranian Voivodeship. In addition, five specific objectives were formulated in the paper, which enabled the study aimed at a broader analysis and evaluation of the adopted research problem.

Three research hypotheses were formulated for the study: H1: The development of health tourism contributes to the improvement of the socio-economic situation of selected municipalities in the West Pomeranian region; H2: Municipalities with health tourism entities achieve the highest level of local development compared to the region; H3: Spa&wellness tourism entities have better financial condition than spa facilities.

The dissertation is theoretical and empirical in nature and consists of an introduction, six chapters, as well as conclusions and a summary. The first chapter justifies the choice of the topic, defines the main objective and specific objectives. The research hypotheses posed in the dissertation are indicated. Nevertheless, an important element in this chapter was a discussion of the course and essence of the research methods used in the dissertation.

The second chapter was devoted to the characterization of the concept and essence of regional development. An identification of the determinants of regional and local, taking into account various classifications of division. Then the factors influencing development were identified in the light of selected theories. A comparative analysis between the concepts of regional and local development was also made.

A systematization of the definitions of health tourism services, along with the determination of its meaning and functions is presented in the third chapter. The directions of changes in health tourism and their dynamics at the national level are also discussed. An analysis of tourism in the West Pomeranian region relative to other provinces was made. The chapter culminated with an analysis of health tourism in the West Pomeranian province.

The fourth chapter defined the competencies of local government in creating tourism. The empirical material was analyzed by examining the tourism function. The next stage of the research was to develop tools for measuring local development, taking into account the socio-economic parameters of municipalities and the tourism function. For this purpose, the Taxonomic Measure of Development was used.

The fifth chapter, which is an empirical chapter, was devoted, among other things, to the analysis of the socio-economic situation. This part of the work also presents the

author's classification of municipalities of the West Pomeranian Voivodeship developed including the measurement of local development and health tourism. In order to carry out the typology of municipalities, one of the classification tools - the k-means method - was used. For a more detailed analysis of the phenomenon - a comparative analysis of the classification results for 2017 and 2020 was made.

The sixth chapter of an analytical and empirical nature presents the in the form of tables and charts, the results of a survey conducted among managers of three-, four- and five-star hotel facilities in the West Pomeranian region. Special attention was paid to the evaluation of the performance of selected spa&wellness and spas, which was based on a financial analysis of the reports. In addition, a characterization of tourist facilities providing health tourism services (specifically - spa, therapeutic, spa&wellness) was made.

The summary and conclusions presented the most important conclusions, which constituted the final result of the conducted research. Thanks to the full implementation of the established specific objectives, it was possible to verify the hypotheses set in the dissertation hypotheses.

The theoretical considerations presented in the work, as well as the results and conclusions from the conducted empirical research were an attempt to organize and deepen the addressed issues. The research is of an applied nature and can provide a basis for further in-depth analysis and consideration, stimulate discussion.