

**Jadwiga Suchecka, Renata
Jaworska**

**Finansowanie publiczne i realizacja
świadczeń lecznictwa
uzdrowiskowego w Polsce w latach
2003-2014**

Problemy Zarządzania 13/2 (2), 216-230

2015

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

Finansowanie publiczne i realizacja świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce w latach 2003–2014*

Nadesłany: 20.01.15 | Zaakceptowany do druku: 29.06.15

Jadwiga Suchecka**, **Renata Jaworska*****

Lecznictwo uzdrowiskowe, będące częścią systemu ochrony zdrowia, jest wciąż niedocenianym i niedoinwestowanym obszarem gospodarki uzdrowiskowej.

Celem artykułu jest analiza zmian w sektorze lecznictwa uzdrowiskowego, zarówno od strony podaży, jak i popytu. Pod uwagę brane są różne aspekty funkcjonowania uzdrowisk, ze szczególnym naciskiem na element ekonomiczno-finansowy. Przeprowadzona analiza dotyczy wydatkowania środków publicznych na lecznictwo uzdrowiskowe.

Słowa kluczowe: lecznictwo uzdrowiskowe, sanatoria, turystyka uzdrowiskowa.

The Public Financing and Implementation of Health Resort Services in Poland in the years 2003–2013

Submitted: 20.01.15 | Accepted: 29.06.15

Health resort, as part of the health care system is still undervalued and underinvested spa area of the economy.

The purpose of this article is to describe the changes in the spa treatment, both in terms of supply and demand. There are taken into account various aspects of the spa, with special emphasis on the element budget. The analysis refers to public spending on health resort.

Keywords: health resort, spas, health tourism.

JEL: I11, I18

* Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2013/11/N/HS4/03404.

** **Jadwiga Suchecka** – prof. zw. dr hab., Katedra Ekonometrii Przestrzennej, Uniwersytet Łódzki.

*** **Renata Jaworska** – mgr, Katedra Ekonometrii Przestrzennej, Uniwersytet Łódzki.

1. Wprowadzenie

Obserwowany we współczesnym świecie wzrost liczby osób narażonych na choroby przewlekłe oraz inne zagrożenia zdrowia wynikające z rozwoju cywilizacyjnego powoduje rosnące zainteresowanie społeczeństwa takimi metodami leczenia, które są dostępne, skuteczne i nie powodują skutków ubocznych. Do takich metod leczenia można zaliczyć lecznictwo uzdrowiskowe, które z jednej strony wykorzystuje leczenie naturalnymi metodami, których początki można znaleźć w medycynie starożytnej, a z drugiej – stosuje nowoczesne procedury terapeutyczne lecznicze i rehabilitacyjne.

Lecznictwo uzdrowiskowe nie znajduje znaczącej pozycji we współczesnej medycynie, ale jest uznawane pośród innych specjalności, uzupełniając i intensyfikując rezultaty leczenia innymi metodami. Głównym celem takiego rodzaju lecznictwa jest świadczenie takich usług zdrowotnych, które umożliwiają utrzymanie sprawności, prowadzenie skutecznej rehabilitacji po przebytych zabiegach operacyjnych, wypadkach i urazach, zapobiegają inwalidztwu czy też dają szansę na powrót do czynnego życia.

Tradycyjne lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce sięga swoimi początkami XVII–XVIII wieku, wykorzystując doświadczenia jednej z najstarszych dziedzin medycyny – balneoterapii¹, a więc leczenia kąpielami wodnymi. Historia lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce miała podobny przebieg jak w Europie. Rozwój lecznictwa uzdrowiskowego następował na terenach posiadających źródła wód mineralnych, paleoidów (borowin) i gazów leczniczych oraz charakteryzujących się odpowiednimi warunkami klimatycznymi i krajobrazowymi.

Do najstarszych uzdrowisk w Polsce należy zaliczyć uzdrowiska położone na terenach Dolnego Śląska, Cieplic (1137), Łądką (1241), Iwonicza (1520), Szczawna Zdroju (1601), Kudowy (1636), czy Krynicy (1793). Natomiast dynamiczny rozwój lecznictwa uzdrowiskowego został zapoczątkowany w XIX wieku: w Solcu (1830), w Busku (1836), w Żegiestowie (1849), w Rymanowie (1881). Uzdrowiska te funkcjonują do dziś, oferując swoim kuracjom rozszerzoną działalność leczniczą, której podstawę stworzyła pierwsza ustawa o uzdrowiskach z roku 1922 i jej nowelizacja z roku 1928 roku. Dzięki tym ustawom zostały określone zasady:

- prowadzenia działalności leczniczej i turystycznej w uzdrowiskach,
- podejmowania prac inwestycyjnych,
- nadawania miejscowościom uzdrowiskowym specjalnego statusu prawnego i finansowego,
- podziału uzdrowisk na publiczne i prywatne².

Cechą charakterystyczną funkcjonowania lecznictwa uzdrowiskowego w okresie międzywojennym był znaczny wpływ ubezpieczeń społecznych (Kasy Chorych, Zakład Ubezpieczeń Społecznych). Ubezpieczeni w Kasach Chorych mieli zapewnione bezpłatnie niezbędne zabiegi i opiekę lekar-

ską. ZUS stworzył natomiast swoje pierwsze sanatoria w Krynicy, Iwoniczu i Inowrocławiu.

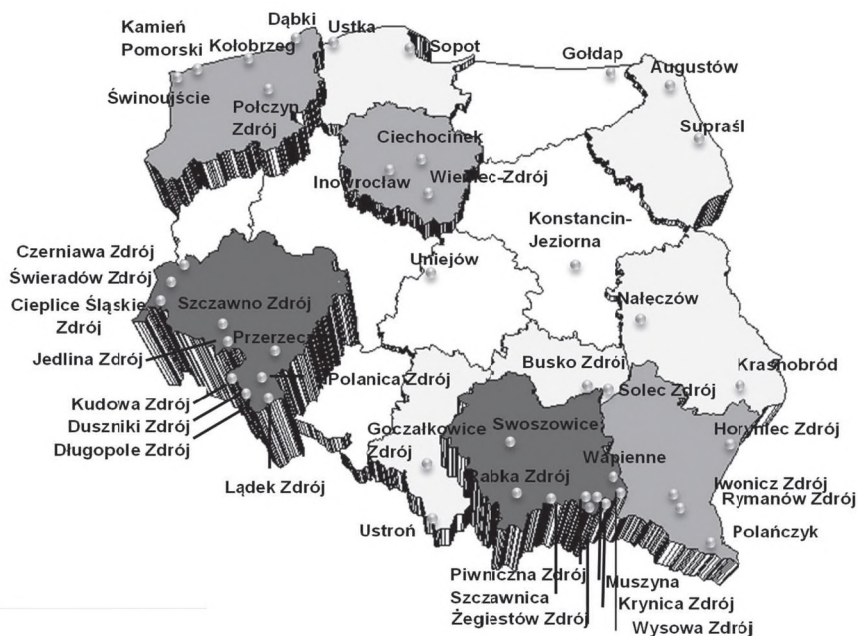
Ważnym etapem w rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce był okres powojenny, w którym nastąpiło upaństwowienie wszystkich uzdrowisk w Polsce oraz bezpłatne leczenie sanatoryjne. Problemy związane z finansowaniem tego typu świadczeń zdrowotnych z funduszy państwa spowodowały konieczność wprowadzenia nowych uregulowań prawnych. Uregulowania te umożliwiły rozbudowę uzdrowisk, powstanie nowych obiektów sanatoryjnych finansowanych przez poszczególne resorty, zakłady pracy, związki zawodowe i instytucje centralne.

Pod koniec lat 80. XX wieku nastąpiło gwałtowne ograniczenie środków finansowych na inwestycje, modernizacje i remonty. To negatywne zjawisko miało silny związek z trudną sytuacją ekonomiczną i polityczną kraju. Po roku 1989 w sferze lecznictwa uzdrowiskowego rozpoczęły się procesy przekształceń własnościowych i restrukturyzacji. Komercjalizacja i prywatyzacja lecznictwa uzdrowiskowego doprowadziły do ukształtowania się rynku usług uzdrowiskowych. Główne źródło finansowania zakładów lecznictwa sanatoryjnego stanowiły środki pochodzące ze sprzedaży usług, Narodowego Funduszu Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Na początku 1999 roku została dokonana prywatyzacja uzdrowisk. W wyniku tego procesu większość zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, będących do tej pory przedsiębiorstwami państwowymi, została przekształcona w jednoosobowe spółki Skarbu Państwa, a niektóre z nich częściowo lub w całości zostały odzyskane przez byłych właścicieli lub ich spadkobierców. Aktualnie w Polsce funkcjonuje 45 uzdrowisk statutowych³ (rysunek 1). W rozumieniu ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym⁴ z 2005 roku status uzdrowiska może być nadany obszarowi, który spełnia łącznie następujące warunki (Dz. U. Nr 167, z 2005 r., poz. 1399 z późn. zm.):

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

Warto zaznaczyć, że granice obszaru, któremu został nadany status uzdrowiska albo status obszaru ochrony uzdrowiskowej, najczęściej pokrywają się z granicami administracyjnymi gmin.



Rysunek 1. Rozmieszczenie uzdrowisk statutowych w Polsce (stan z dnia 30.09.2012).
Źródło: opracowanie własne.

2. Rola lecznictwa uzdrowiskowego w opiece zdrowotnej

Pomimo że posiada w Polsce długą tradycję i traktowane jest jako dziedzina medycyny, lecznictwo uzdrowiskowe nie zostało nigdy formalnie uznane za element systemu opieki zdrowotnej. Dopiero w uchwalonej 28 lipca 2005 roku ustawie o lecznictwie uzdrowiskowym znalazł się zapis uznający lecznictwo uzdrowiskowe za integralną część systemu ochrony zdrowia. Od tego czasu, mimo różnych poglądów o braku skuteczności naturalnych metod leczenia, lecznictwo uzdrowiskowe znalazło uprawnioną pozycję wśród innych działań z zakresu opieki zdrowotnej.

Najogólniej rzecz ujmując, lecznictwo uzdrowiskowe polega na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przy wykorzystaniu warunków naturalnych, takich jak:

- a) właściwości naturalnych surowców leczniczych,
- b) właściwości lecznicze klimatu, oraz właściwości lecznicze mikroklimatu – a także towarzyszące zabiegi z zakresu fizjoterapii (Dz. U. Nr 167, z 2005 r., poz. 1399 z późn. zm.).

W wielu przypadkach lecznictwo uzdrowiskowe stanowi kontynuację leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego. Głównym celem lecznictwa uzdro-

wiskowego jest uzupełnienie i wzmocnienie podstawowych metod terapeutycznych. Podstawowymi zadaniami stawianymi przed tą formą leczenia jest wspomaganie terapii chorób przewlekłych, zapobieganie inwalidztwu, skracanie czasu rekonwalescencji po chorobie oraz umożliwienie powrotu do czynnego życia po przebytych chorobach i urazach, które doprowadziły do trwałych zmian w organizmie, w tym utrzymanie zdolności do pracy i zadowalającego stanu zdrowia (Straburzyńska-Lupa i Straburzyński, 2010, s. 5).

Podstawowymi dziedzinami, mającymi zastosowanie w medycynie uzdrowiskowej, są medycyna fizykalna i balneologia, wykorzystujące naturalne metody leczenia i czynniki fizyczne, takie jak:

- wody mineralne, gazy i paleoidy,
- naturalne czynniki przyrodnicze (klimat, krajobraz, szata roślinna),
- różne formy aktywności fizycznej,
- czynniki fizyczne (światło, ciepło, zimno, pole elektromagnetyczne, dźwięki i inne).

Medycyna fizykalna jest działem medycyny opierającej się na fizjoterapii. Wśród metod fizjoterapii wyróżnia się: balneoterapię, klimatoterapię, hydroterapię, kinezyterapię, terapię manualną, masaż leczniczy, ergoterapię, fizykoterapię.

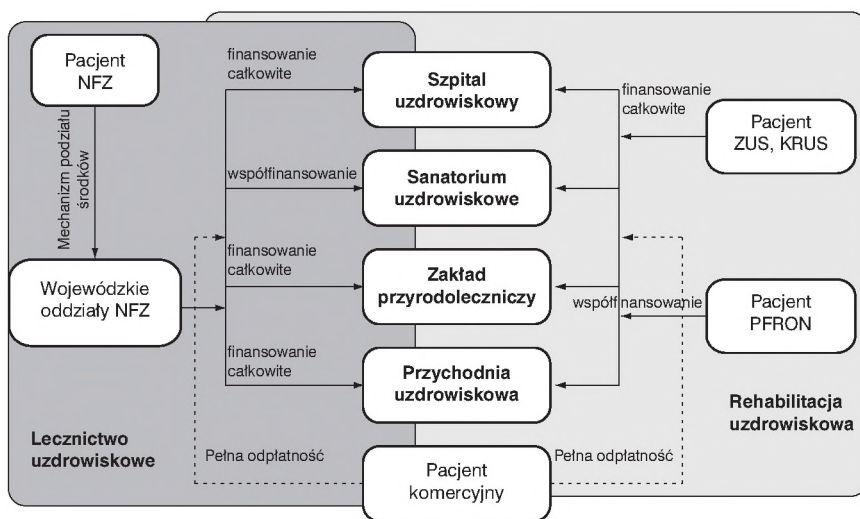
Balneoterapia jest terapią polegającą na stosowaniu wód mineralnych, gazów i paleoidów. Do najważniejszych zabiegów balneologicznych można zaliczyć: kąpiele lecznicze, kurację pitną, inhalacje i irygacje. Zabiegi balneologiczne wywołują w organizmie człowieka proces uruchomienia własnych mechanizmów adaptacyjnych, a aktywność pacjenta w trakcie zastosowanej balneoterapii ma znaczenie dla ostatecznych wyników leczenia (Ponikowska i Ferson, 2009).

Wartość i pozycja danego uzdrowiska w całym sektorze lecznictwa uzdrowiskowego zależą od ilości i jakości posiadanych naturalnych surowców leczniczych.

3. Mechanizm finansowania lecznictwa uzdrowiskowego

Od połowy XX wieku lecznictwo uzdrowiskowe finansowane było ze środków budżetowych. Do czasu przemiany ustrojowej w 1989 r. konstytucja gwarantowała darmowy dostęp do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, w tym lecznictwa uzdrowiskowego. Wprowadzone z początkiem lat 90. dodatkowe opłaty spotkały się z negatywnymi reakcjami zarówno świadczeniobiorców, jak i świadczeniodawców. Warto podkreślić, że do momentu wprowadzenia reformy ubezpieczeń zdrowotnych w 1999 r. środki przeznaczone na lecznictwo uzdrowiskowe stanowiły 4,5% wydatków na ochronę zdrowia. Obecnie udział ten wynosi przy tym niecały 1%⁵. Istotną rolę w finansowaniu lecznictwa uzdrowiskowego odegrała wprowadzona w 1999 r. reforma ubezpieczeń zdrowotnych, w wyniku której powołano do życia 16 regionalnych Kas Chorych oraz jedną Kasę branżową. W 2003 roku nastąpiła

likwidacja Kas Chorych, a ich zadania przejął Narodowy Fundusz Zdrowia. Od tego momentu NFZ stał się głównym podmiotem odpowiedzialnym za finansowanie lecznictwa uzdrowiskowego w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, z 2004 r., z późn. zm.) dokonywany jest podział puli środków pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ⁶. Wysokość, sposób oraz warunki finansowania gwarantowanych świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego określa odpowiednie rozporządzenie ministra zdrowia (Dz. U. z 2013 r., poz. 931). Ponadto pobyty uzdrowiskowe w ramach ubezpieczenia społecznego realizowane są przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) dla rolników⁷. Osoby niepełnosprawne mogą natomiast uzyskać dofinansowanie do rehabilitacji uzdrowiskowej od Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). Ogólny model finansowania w ramach lecznictwa uzdrowiskowego z uwzględnieniem różnych źródeł pokrywania świadczeń przedstawiono na rysunku 2.



Rysunek 2. Model finansowania leczenia uzdrowiskowego. Źródło: opracowanie własne.

Należy zaznaczyć, że w ramach poszczególnych form wsparcia występuje szereg istotnych różnic odnoszących się do samych celów i rodzajów leczenia, prowadzonego bądź to w formie turnusu rehabilitacyjnego, bądź leczenia uzdrowiskowego.

Najwięcej uprawnionych może skorzystać z pobytu w zakładach uzdrowiskowych, dofinansowanego z NFZ w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Do sanatorium może pojechać każda osoba, którą skieruje lekarz prowadzący,

czyli osoba, która choruje lub jest po przebytej chorobie i wymaga leczenia uzdrowiskowego w sanatorium, tj. zakładzie medycznym. Do Wojewódzkiego Oddziału NFZ składa się skierowanie od lekarza. W sanatorium – z założenia – realizowana jest rehabilitacja usprawniająca i lecznicza.

By móc skorzystać z pomocy PFRON, trzeba legitymować się orzeczeniem o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym. Środki PFRON znajdują się w dyspozycji powiatowego centrum pomocy rodzinie, gdzie można złożyć wniosek o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym. Turnus rehabilitacyjny jest formą aktywnej rehabilitacji, połączoną z elementami wypoczynku, mającą na celu przede wszystkim ogólną poprawę sprawności, wyrobienie zaradności, pobudzanie i rozwijanie zainteresowań. Wysokość dofinansowania w ramach tej formy wsparcia może wynosić 18–25% przeciętnego wynagrodzenia, a w szczególnych przypadkach może sięgać do 35% (Dz. U. Nr 230, poz. 1694) .

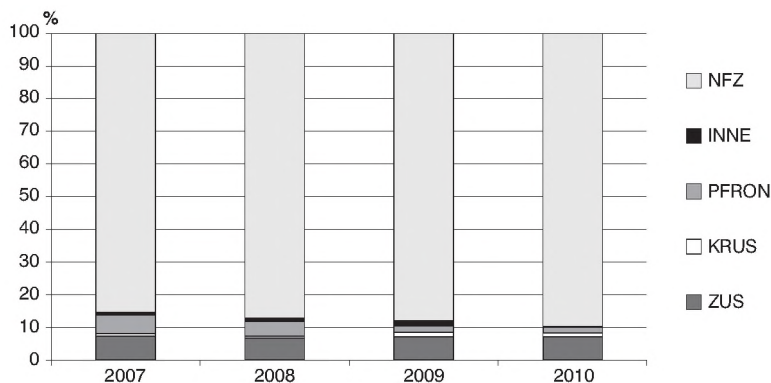
Wyjazd na rehabilitację leczniczą może być refundowany również przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. O wyjazd do sanatorium z ZUS mogą ubiegać się osoby zagrożone całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy, a także ubezpieczeni uprawnieni do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego. Podstawą skierowania na rehabilitację jest orzeczenie lekarza orzecznika ZUS. Skierowanie do sanatorium można też uzyskać od zakładu na bezpośredni wniosek lekarza orzecznika, np. gdy orzecznik kontroluje zwolnienie lekarskie. Na pisemną decyzję o przyznaniu sanatorium lub odrzuceniu złożonego uprzednio wniosku czeka się zwykle niecały miesiąc. W przypadku akceptacji pacjent dostanie skierowanie z datą i miejscem rehabilitacji. Czas trwania rehabilitacji leczniczej wynosi zazwyczaj 24 dni i obejmuje ustalony indywidualnie program ukierunkowany na leczenie schorzenia będącego przyczyną skierowania na rehabilitację oraz na schorzenia współistniejące. Co istotne, ZUS pokrywa pełny koszt rehabilitacji uwzględniający w szczególności koszty leczenia, zakwaterowania i żywienia, a nawet koszty dojazdu.

Analogicznie do ZUS rehabilitację uzdrowiskową dla rolników finansuje Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Sanatorium KRUS odbywa się w formie 21-dniowych turnusów, prowadzonych we własnych Centrach lub Ośrodkach Rehabilitacji Rolników KRUS oraz zakładach rehabilitacji leczniczej, z którymi Kasa współpracuje. Celem rehabilitacji leczniczej prowadzonej w ramach KRUS jest zapobieganie niepełnosprawności lub ograniczenie jej do poziomu umożliwiającego ubezpieczonemu dalsze wykonywanie pracy w gospodarstwie rolnym, bądź przywrócenie zdolności do pracy w przypadku osób, które tę zdolność już utraciły.

Z danych GUS (rysunek 3) wynika, że najwięcej pacjentów korzysta ze świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego w ramach NFZ (od około 80% w roku 2007 do blisko 90% w roku 2010). Na drugim miejscu pod względem finansowania leczenia uzdrowiskowego, a dokładnie rehabilitacji uzdrowiskowej, jest ZUS. Z tej formy wsparcia korzysta około 10% kuracjuszy

stacjonarnych. Z roku na rok maleje liczba kuracjuszy, których pobyt jest dofinansowywany przez PFRON. W 2007 roku dofinansowanie uzyskało około 10% wszystkich kuracjuszy stacjonarnych, a w 2010 roku ta grupa pacjentów stanowiła już tylko 2% wszystkich kuracjuszy stacjonarnych.

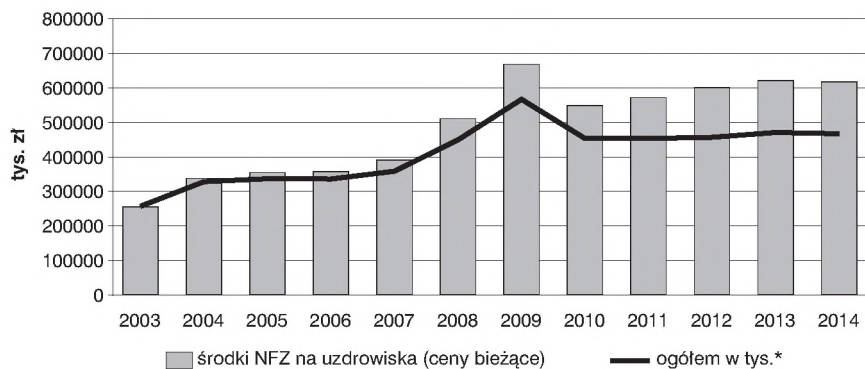
Z planów finansowych za lata 2003–2014 wynika tendencja wzrostowa finansowania świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, zarówno w ujęciu nominalnym, jak i realnym (rysunek 4). Najwyższe koszty finansowania tych świadczeń NFZ poniósł w 2009 roku. Od 2010 roku następuje



* ZUS, KRUS – dotyczy osób, którym udzielono świadczeń w ramach rehabilitacji rentowej i przedrentowej.

** PFRON – Dotyczy osób, którym udzielono świadczeń w ramach turnusów rehabilitacyjnych.

Rysunek 3. Struktura kuracjuszy stacjonarnych według różnych źródeł dofinansowania pobytu uzdrowiskowego⁸. Źródło: opracowanie własne na podstawie (Główny Urząd Statystyczny, 2010).



Rysunek 4. Środki NFZ na lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce w latach 2003–2014. Źródło: opracowanie własne na podstawie Planu Finansowe NFZ (2003–2014).

ponowny coroczny wzrost środków na realizację omawianych świadczeń. Biorąc jednak pod uwagę całość środków NFZ przeznaczanych na finansowanie świadczeń zdrowotnych, widzimy, że na lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce w ostatnich jedenastu latach przeznaczają się średnio 1,04% całości budżetu zadeklarowanego na realizację świadczeń zdrowotnych.

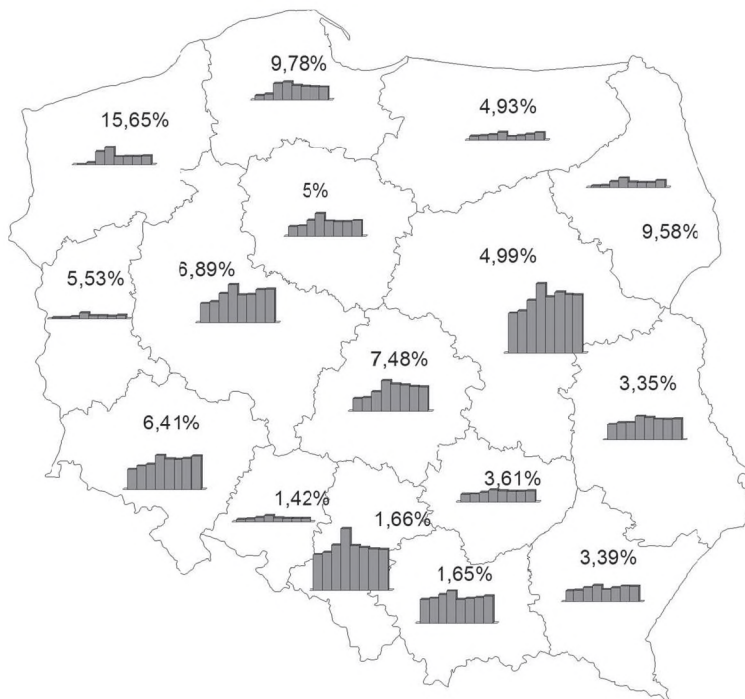
Kategorią, z którą można porównać wydatki na lecznictwo uzdrowiskowe, jest rehabilitacja lecznicza. Z zestawienia porównywanych wydatków (tabela 1) wynika, że w badanym okresie następował średnio dwukrotnie większy wzrost wydatków na rehabilitację leczniczą w stosunku do lecznictwa uzdrowiskowego, gdzie z roku na rok następował przeciętny wzrost wydatków o 6,29% w ujęciu realnym.

Rozpatrując omawianą kategorię wydatków w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ, należy stwierdzić, że dynamika zmian wykazuje podobną tendencję do dynamiki zmian w skali całego NFZ.

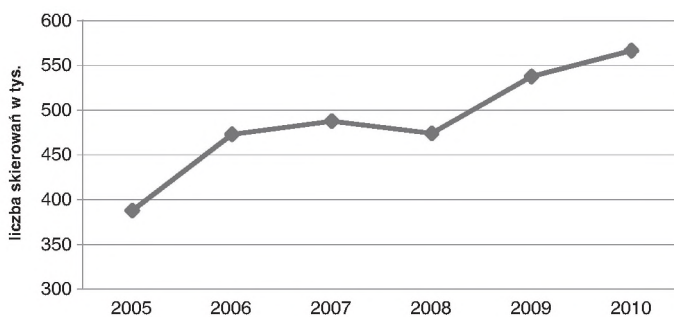
Rok	Środki NFZ ogółem w tys.*	Środki NFZ na lecznictwo uzdrowiskowe			Środki NFZ na rehabilitację leczniczą		
		ogółem w tys.*	udział w całości środków NFZ	dynamika (rok poprzedni = 100)*	ogółem w tys.*	udział w całości środków NFZ	dynamika (rok poprzedni = 100)*
2003	21632063,0	256075,0	1,18%		400712,0	1,85%	
2004	29482584,5	328011,6	1,11%	28,09%	804320,8	2,64%	100,72%
2005	31320163,5	337328,7	1,08%	2,84%	864773,1	2,61%	7,52%
2006	33886767,9	336496,0	0,99%	-0,25%	984763,1	2,72%	13,88%
2007	37606235,4	358680,5	0,95%	6,59%	1190893,9	2,89%	20,93%
2008	45055100,3	449302,1	1,00%	25,27%	1438158,2	2,80%	20,76%
2009	47060270,1	567515,7	1,21%	26,31%	1511517,9	2,72%	5,10%
2010	47220770,9	454252,4	0,96%	-19,96%	1472537,7	2,58%	-2,58%
2011	45736126,0	454042,8	0,99%	-0,05%	1438230,3	2,49%	-2,33%
2012	46541706,9	457581,8	0,98%	0,78%	1385222,6	2,27%	-3,69%
2013	47669996,0	471083,2	0,99%	2,95%	1461980,5	2,32%	5,54%
2014	48626798,0	467534,8	0,96%	-0,75%	1583733,0	2,46%	8,33%
			średnie tempo zmian	5,63%		średnie tempo zmian	13,31%

* środki wyrażone w cenach stałych z 2003 roku.

Tabela 1. Środki NFZ na lecznictwo uzdrowiskowe oraz rehabilitację leczniczą w Polsce w latach 2003–2014 z uwzględnieniem dynamiki zmian Źródło: opracowanie własne na podstawie Planu Finansowe NFZ (2003–2014).



Rysunek 5. Średki na lecznictwo uzdrowiskowe według OW NFZ w latach 2006–2013 w cenach stałych z uwzględnieniem średniego tempa zmian. Źródło: opracowanie własne na podstawie Narodowy Fundusz Zdrowia (2006–2013).



Rysunek 6. Zarejestrowane skierowania na leczenie uzdrowiskowe we wszystkich oddziałach NFZ w latach 2005–2010. Źródło: opracowanie własne na podstawie szacunkowych danych Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Realizacja świadczeń

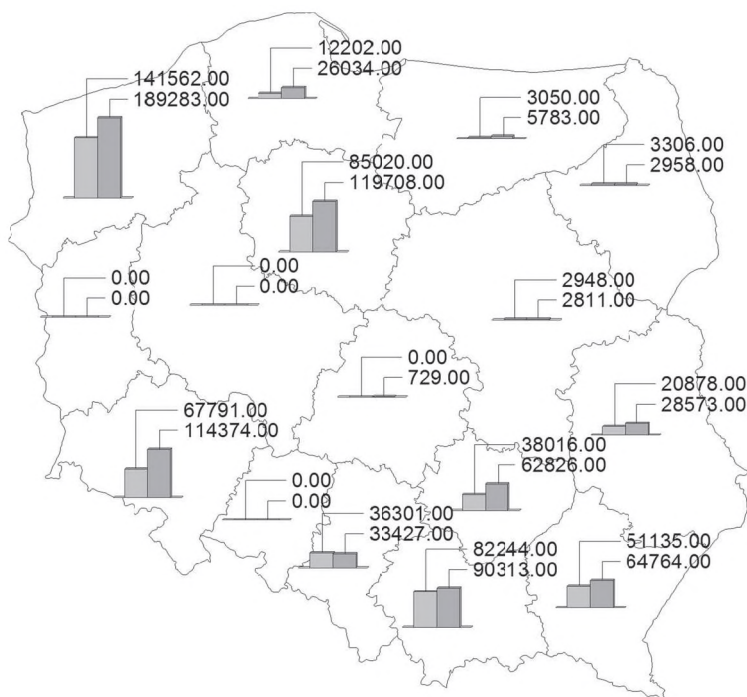
Realizacja świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego może odbywać się w trybie stacjonarnym bądź ambulatoryjnym:

- tryb stacjonarny – szpitale uzdrowiskowe i sanatoria;
- tryb ambulatoryjny – przychodnie uzdrowiskowe i zakłady przyrodolecznicze.

Okres pobytu na leczeniu uzdrowiskowym jest uzależniony od rodzaju pobytu i dla osób dorosłych wynosi on dla leczenia (Dz. U. Nr 167, z 2005 r., poz. 1399 z późn. zm.):

- 1) w szpitalu uzdrowiskowym – 21 dni;
- 2) uzdrowiskowego w formie rehabilitacji uzdrowiskowej w szpitalu uzdrowiskowym – 28 dni;
- 3) w sanatorium uzdrowiskowym – 21 dni;
- 4) uzdrowiskowego w formie rehabilitacji uzdrowiskowej w sanatorium uzdrowiskowym – 28 dni;
- 5) ambulatoryjnego – od 6 do 18 dni zabiegowych.

Okresy te mogą być wydłużone na wniosek lekarza zakładu lecznictwa uzdrowiskowego, za zgodą oddziału NFZ, który potwierdził skierowanie.



Rysunek 7. Liczba kuracjuszy w stacjonarnych zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w latach 2003 i 2012. Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS.

4.1. Infrastruktura lecznictwa uzdrowiskowego

Aby lecznictwo uzdrowiskowe mogło funkcjonować, konieczne jest zapewnienie odpowiedniej jakości infrastruktury uzdrowiskowej. Na infrastrukturę uzdrowiskową składa się wiele komponentów. Do uzdrowiskowej infrastruktury technicznej zalicza się zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, specjalistyczne urządzenia w obiektach uzdrowiskowych (wanny do kąpieli, urządzenia do krioterapii, magnetoterapii itp.), urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego (teżnie czy pijalnie wód), zakłady gastronomiczne, aquaparki itd. Infrastrukturę społeczną będą natomiast tworzyć obiekty sportowe, wypoczynkowe, urządzenia rozrywkowe, informacja turystyczna (Kaźmierczak, 2013).

Rok	Średnia liczba łóżek	Liczba zakładów uzdrowiskowych
2003	31802	283
2004	31555	279
2005	32308	276
2006	31631	256
2007	32563	254
2008	34448	260
2009	36979	265
2010	37143	268
2011	39525	277
2012	42301	285
zmiana*	33,01%	0,71%

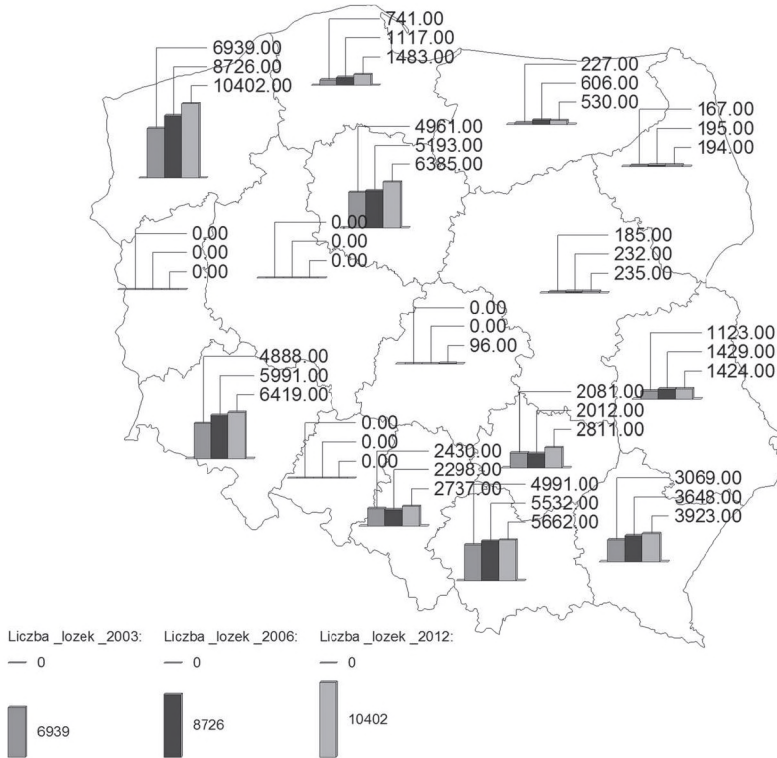
* indeks jednopodstawowy, 2003 = 100

Tabela 2. Liczba zakładów uzdrowiskowych w Polsce i liczba łóżek, jakimi dysponowały w latach 2003–2012. Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS.

Z danych zawartych w tabeli 2 wynika, że w ciągu ostatnich lat następuje systematyczny wzrost liczby łóżek w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego (sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych). W 2012 roku wzrost ten wyniósł około 33% w stosunku do 2003 roku. Liczba zakładów na przestrzeni badanego okresu prawie się jednak nie zmieniała, aczkolwiek od 2008 widoczna jest tendencja wzrostowa – z roku na rok przybywa po kilka zakładów. W tym miejscu należy postawić pytanie, czy rozwój infrastruktury na obecnym poziomie jest wystarczający.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę liczbę kuracjuszy przypadających na jedno łóżko, to wartości wskaźnika wynosiły w badanym okresie od 16,3 (2010) do 19,0 (2006). Nie widać zatem wyraźnego wzrostu, co mogłoby wskazywać

na dostosowanie infrastruktury do liczby osób leczonych. Jeśli natomiast porównamy zapotrzebowanie na świadczenia uzdrowskowe mierzone liczbą skierowań do liczby istniejących łóżek, wartości uzyskanej miary rosną z roku na rok. W roku 2005 wskaźnik wynosił 647 skierowań na 1 łóżko, a w 2010 już 887 skierowań na 1 łóżko. Świadczy to o wyraźnej, stale rosnącej nadwyżce popytu na usługi zdrowotne w ramach tej formy leczenia w stosunku do istniejącej podaży.



Rysunek 8. Liczba łóżek w stacjonarnych zakładach lecznictwa uzdrowskowego w latach 2003, 2006 i 2012. Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS.

Ponadto w zapotrzebowaniu na leczenie uzdrowskowe należałoby uwzględnić kuracjuszy pełnopłatnych oraz zagranicznych. Liczba tych pierwszych jest trudna do oszacowania ze względu na brak danych statystycznych. Z kolei kuracjusze zagraniczni już w 2011 roku stanowili około 9% wszystkich kuracjuszy. Z roku na rok ich liczba rośnie, podobnie jak liczba polskich pacjentów. Pacjenci pełnopłatni oraz zagraniczni stanowią

przyszłość polskich uzdrowisk. Trendy europejskie wskazują, że turystyka uzdrowiskowa stanie się ona najprężniej rozwijającą branżą turystyki. Polskie uzdrowiska muszą w tej sytuacji mieć nowoczesną infrastrukturę z wielofunkcyjnymi budynkami, szeroką gamą zabiegów (usługi wellness oraz spa w standardzie) dorównującą normom europejskim.

5. Zakończenie

Przeprowadzone analizy wskazują na wzrost środków na lecznictwo uzdrowiskowe w latach 2003–2013. Najwyższy, około 28% wzrost w ujęciu realnym w stosunku do roku poprzedniego, odnotowano w 2004 roku. Od 2010 roku dynamika wzrostu wykazywała tendencję malejącą. Podobny trend charakteryzuje udział nakładów na lecznictwo uzdrowiskowe w budżecie państwa. Jednocześnie rosnąca ilość zarejestrowanych skierowań w oddziałach wojewódzkich NFZ oraz rosnąca liczba kuracjuszy świadczą o zwiększaniu zainteresowania tą formą leczenia. W tej sytuacji dotychczasowe finansowanie świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego na średnim poziomie 0,99% corocznego budżetu NFZ okazuje się niewystarczające.

Zwiększający się popyt na usługi uzdrowiskowe przy niewystarczającym finansowaniu tego typu usług powoduje ograniczenie dostępności świadczeń dla pacjentów. Szansą na polepszenie trudnej sytuacji w lecznictwie uzdrowiskowym są zmiany w finansowaniu działalności podmiotów uzdrowiskowych, wprowadzenie zasady współpłacenia podczas leczenia w sanatoriach i wolna sprzedaż usług uzdrowiskowych. Współczesne trendy na rynku uzdrowiskowym zmuszają również do wyjścia poza świadczenie usług związanych tylko z lecznictwem uzdrowiskowym oraz profilaktyką. Stąd coraz większą rolę przypisuje się turystyce uzdrowiskowej.

Przypisy

- ¹ Balneoterapia pochodzi od dwóch słów: łacińskiego *balneum* – kąpiel i greckiego *therapeia*, co oznacza – „leczenie”. Tak więc terapia jest oddziaływaniem na człowieka (w sferze fizycznej i psychicznej) bez użycia środków farmakologicznych czy chirurgicznych.
- ² W okresie międzywojennym funkcjonowało 38 uzdrowisk, z czego 15 uzdrowisk posiadało statut użyteczności publicznej, w tym 6 było własnością państwa, a pozostałe 23 należały do właścicieli prywatnych. Szerzej na ten temat Małecka i Marcinkowski (2007, s. 140).
- ³ Wykaz uzdrowisk statutowych Ministerstwa Zdrowia, dostępny na: www2.mz.gov.pl (30.09.2012).
- ⁴ W sprawach nieuregulowanych w ustawie do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092).
- ⁵ Obliczenia własne na podstawie Planów Finansowych NFZ. Pozyskano z <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?dzialnr=10&katnr=3>, (01.04.2014).

- 6 Szczegółowe kryteria podziału określa rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 193, poz. 1495).
- 7 Pobyty uzdrowskowe finansowane przez ZUS i KRUS regulowane są m.in. w: Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz. U. Nr 131, z 2001 r., poz. 1457), Ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 7, z 1997 r., poz. 887 z późn. zm.), Ustawie z 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznych rolników (Dz. U. Nr 7, z 1991 r., poz. 24 z późn. zm.).
- 8 Krótki szereg czasowy wynika z braku dostępności danych. Niemniej pozwala to na odczytanie tendencji utrzymującej się w całym badanym okresie.
Wszystkie prezentowane dane pozyskane z Banku Danych Lokalnych GUS dostępne są do roku 2012.

Bibliografia

- Główny Urząd Statystyczny (2010). *Lecznictwo uzdrowskowe w Polsce w latach 2000–2010*.
- Każmierczak, A. (2013). *Infrastruktura uzdrowskowa w latach 1989–2012 ze szczególnym uwzględnieniem Dolnego Śląska – problemy z jej wykorzystaniem po transformacji ustrojowej i nowe szanse rozwoju*. Pozyskano z: <https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/3261/infrastruktura.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, s. 355–382 (01.04.2014).
- Krupa, J. i Wołowicz, T. (2010). *Uzdrowska Polski Wschodniej wobec wyzwań rozwojowych – turystyka zrównoważona*. W: J. Hermaniuk i J. Krupa (red.), *Współczesne trendy funkcjonowania uzdrowsk – klastering*. Rzeszów: Instytut Gospodarki Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania.
- Narodowy Fundusz Zdrowia (2003–2014). *Plany finansowe*. Pozyskano z: <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?dzialnr=10&katnr=3>, (01.04.2014).
- Ponikowska I., Ferson D. (2009). *Nowoczesna medycyna uzdrowskowa*. Warszawa: Wyd. Medi Press.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowskowego (Dz. U. z 2013 r., poz. 931).
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694).
- Straburzyńska-Lupa, A. i Straburzyński, G. (2010). *Uzdrowska jako współczesne centra zdrowia*. W: Z. Franczukowski, *Kuracja w uzdrowskach” 2010/2011*. Polanica Zdrój: Wydawnictwo Press-Forum, Polanica-Zdrój.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092).
- Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowskowym uzdrowskach i obszarach ochrony uzdrowskowej oraz o gminach uzdrowskowych (Dz. U. Nr 167, z 2005 r., poz. 1399 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, z 2004 r., z późn. zm.).
- www.stat.gov.pl (01.04.2014).
- www2.mz.gov.pl (01.04.2014).