

Uniwersytet w Białymstoku

Beata Harasim
Absolwentka studiów doktoranckich
Wydział Ekonomii i Zarządzania

**TURYSTYKA ZDROWOTNA JAKO CZYNNIK
ROZWOJU GOSPODARKI PODLASIA**

Praca napisana pod kierunkiem
Prof. dr. hab. Kazimierza Meredyka

SPIS TREŚCI

Wstęp	3
Rozdział 1. Rozwój gospodarczy w przekroju regionalnym	6
1.1. Struktura i efektywność gospodarki polskiej.....	6
1.2. Dynamika rozwoju gospodarczego w województwie podlaskim.....	17
1.3. Czynniki rozwoju gospodarczego województwa podlaskiego.....	38
Rozdział 2. Turystyka zdrowotna i jej efektywność	46
2.1. Turystyka zdrowotna jako element składowy gospodarki.....	46
2.2. Efektywność sektora turystyki zdrowotnej.....	52
2.3. Mechanizm rozwoju turystyki zdrowotnej w województwie podlaskim.....	63
2.4. Warunki rozwoju turystyki zdrowotnej w województwie podlaskim.....	67
Rozdział 3. Usługi profilaktyczno-rehabilitacyjne a rozwój gospodarki województwa podlaskiego	73
3.1. Usługi profilaktyczno-rehabilitacyjne a zatrudnienie.....	73
3.2. Usługi profilaktyczno-rehabilitacyjne a dochody ludności.....	95
3.3. Usługi profilaktyczno-rehabilitacyjne a rozwój infrastruktury.....	99
Rozdział 4. Usługi medyczne a rozwój gospodarki województwa podlaskiego	108
4.1. Usługi medyczne a zatrudnienie.....	108
4.2. Usługi medyczne a dochody ludności.....	121
4.3. Usługi medyczne a rozwój infrastruktury.....	125
Rozdział 5. Usługi kosmetyczno-dietetyczne a rozwój gospodarki województwa podlaskiego	131
5.1. Usługi kosmetyczno- dietetyczne a zatrudnienie.....	131
5.2. Usługi kosmetyczno- dietetyczne a dochody ludności.....	136
5.3. Usługi kosmetyczno- dietetyczne a rozwój infrastruktury.....	140
Rozdział 6. Usługi paramedyczne a rozwój gospodarki województwa podlaskiego	145
6.1. Usługi paramedyczne a zatrudnienie.....	145
6.2. Usługi paramedyczne a dochody ludności.....	154
6.3. Usługi paramedyczne a rozwój infrastruktury.....	157
Zakończenie	166
Bibliografia	169
Spis tabel	178
Spis wykresów i rysunków	182

WSTĘP

Problemem podjętym w pracy jest **relatywnie niski poziom rozwoju gospodarczego regionu północno – wschodniej Polski** (por. Rozdział 1). Przejawia się to w niedostatecznym nasyceniu regionu w szeroko pojęte zasoby infrastrukturalne, niskim poziomie wykształcenia i kwalifikacji zawodowych, niewystarczających nakładach na B+R, niskim poziomie wykorzystywania nowoczesnych technologii, brakiem własnych środków finansowania innowacji, niskiej jakości usług oraz ich sezonowości. W efekcie region podlaski należy do najuboższych w kraju i nie wykazuje znaczącego udziału w tworzeniu polskiego Produktu Krajowego Brutto.

Celem rozprawy doktorskiej jest ukazanie ścieżki dynamicznego rozwoju regionu.

W rozprawie przyjęto hipotezę, że **usługi z zakresu turystyki zdrowotnej są przyszłościowym sektorem w ramach gospodarki współczesnej**. Zatem wydaje się, że istotnym czynnikiem rozwojowym regionu pn. – wsch. Polski jest sektor turystyki zdrowotnej.

Podlasie pod względem struktury wytwarzanego PKB charakteryzuje się niskim udziałem przemysłu i stosunkowo wysokim udziałem rolnictwa należąc jednocześnie do grupy regionów o niskim poziomie rozwoju gospodarczego. Należy jednak do obszaru Zielonych Płuc Polski, posiada nieprzeciętne walory przyrodnicze i krajobrazowe, jest jednym z regionów o najczystszej jakości środowiska naturalnego.

Niski poziom uprzemysłowienia regionu, bogate walory przyrodnicze, istnienie podstawowej bazy uzdrowiskowej oraz przygraniczne położenie byłyby optymalną podbudową dla rozwoju na tym obszarze turystyki, która bazuje na czystych ekologicznie terenach. Wydaje się więc, że istotnym czynnikiem rozwoju regionu może być turystyka zdrowotna, przynosząca wysokie dochody na całym świecie, do niedawna jeszcze niedoceniana w Polsce.

Według definicji A. Biały – Wolf, turystyka zdrowotna, to „ogół stosunków i zjawisk wynikających z pobytu i podróży osób, dla których głównym motywem i celem dominującym jest leczenie, poprawa lub zachowanie zdrowia”¹.

Do składników turystyki zdrowotnej zalicza się: usługi profilaktyczno-rehabilitacyjne, medyczne, kosmetyczno-dietetyczne oraz usługi paramedyczne. **Wydaje się zatem, że o rozwoju gospodarki województwa podlaskiego, a więc o poziomie zatrudnienia, dochodach ludności, poziomie infrastruktury w istotnym stopniu stanowią usługi profilaktyczno – rehabilitacyjne, medyczne, kosmetyczno – dietetyczne oraz paramedyczne** (por. Rozdział 2).

W dobie starzejącego się społeczeństwa turyści poszukują różnorodnych form aktywnego wypoczynku, który poprawi ich kondycję fizyczną oraz psychiczną,

¹ A. Biały – Wolf, Zdrowotna funkcja współczesnej turystyki, [w:] M. Boruszcak (red.), Turystyka zdrowotna, Wyższa Szkoła Turystyki i Hotelarstwa w Gdańsku, Gdańsk 2010, s. 18.

zdrowie, przedłuży młodość i pozwoli na regenerację organizmu. Cechą współczesnego społeczeństwa, zarówno w krajach wysoko rozwiniętych jak i tych rozwijających się, jest ciągły wzrost poziomu jego zamożności, a co za tym idzie odnotowywany jest wzrost popytu na dobra i usługi luksusowe, w szczególności te, które wiążą się z poprawieniem stanu zdrowotnego człowieka. Turystyka zdrowotna jest połączeniem aktywnego wypoczynku, profilaktyki i leczenia. Może stać się istotnym czynnikiem rozwoju północno – wschodniego regionu Polski, w którym znajduje się potencjał dla jej rozwoju. Ważny jest także fakt, że turystyka zdrowotna stwarza ofertę odporną na sezonowość (wzbogacanie oferty turystycznej o instytucje Spa, ośrodki odnowy biologicznej, dermatologii estetycznej, rehabilitacji, kliniki chirurgii kosmetycznej), co zapewnić mogłoby m. in. stałość zatrudnienia dla wysoko wykwalifikowanej kadry. Kompleksowa oferta skierowana będzie nie tylko do turystów krajowych, ale również zagranicznych, dla których byłyby one konkurencyjne cenowo. Obserwuje się bowiem, że ceny usług z zakresu turystyki zdrowotnej w podlaskim są nawet kilkukrotnie niższe niż w niektórych krajach na Zachodzie.

W celu weryfikacji hipotezy głównej wyodrębniono cztery hipotezy i funkcje szczegółowe.

Weryfikację pierwszej funkcji szczegółowej, że na rozwój gospodarki województwa podlaskiego wpływają usługi profilaktyczno – rehabilitacyjne, zawiera Rozdział 3.

Do usług profilaktyczno – rehabilitacyjnych zalicza się m. in.: ćwiczenia rekreacyjno- rehabilitacyjne, profilaktyczne, fizjoterapię, odnowę biologiczną. Usługi profilaktyczno – rehabilitacyjne wykonywane turystom zdiagnozowano na rynku podlaskim, ze szczególnym uwzględnieniem działalności Sanatorium Uzdrowskiego „Budowlani” w Augustowie. Podjęto również próbę oceny wpływu tego rodzaju usług na rozwój regionu Podlasia, gdyby ich udział w PKB i stopa wzrostu udziału tego sektora w rynku były takie, jak szacowane w Niemczech – kraju, gdzie ten sektor gospodarki jest bardzo dobrze rozwinięty (por. Rozdział 3).

Wydaje się, że na rozwój gospodarki województwa podlaskiego wpływają usługi medyczne.

Do usług medycznych z zakresu turystyki zdrowotnej zalicza się m. in.: usługi chirurgii plastycznej, stomatologiczne, okulistyczne, porady dermatologiczne. Usługi medyczne oferowane turystom zdiagnozowano na rynku podlaskim, ze szczególnym uwzględnieniem działalności jednego z białostockich szpitali, w którym wykonuje się m. in. usługi z zakresu chirurgii plastycznej. Podjęto również próbę oceny wpływu tego rodzaju usług na rozwój regionu Podlasia, gdyby ich udział w PKB był taki, jak szacowany w całej Polsce i stopa wzrostu udziału tego sektora w rynku była na poziomie szacowanej w Indiach – kraju, gdzie ten sektor gospodarki dynamicznie się rozwija (por. Rozdział 4).

Sądzi się, że na rozwój gospodarki województwa podlaskiego wpływają usługi kosmetyczno – dietetyczne.

Rosnące zapotrzebowanie na usługi związane z poprawą urody oraz zdrowym odżywianiem przekładają się na intensywny rozwój usług sektora kosmetyki i dietetyki. Usługi kosmetyczno - dietetyczne wykonywane turystom zdiagnozowano na rynku podlaskim. Podjęto również próbę oceny wpływu tego rodzaju usług na rozwój regionu Podlasia, gdyby ich udział w PKB oraz stopa wzrostu udziału tego

sektora w rynku były, jak szacowane w całej Polsce - ten sektor gospodarki w kraju dynamicznie się rozwija (por. Rozdział 5).

Weryfikacji czwartej funkcji szczegółowej, że na rozwój gospodarki województwa podlaskiego wpływają usługi paramedyczne dokonuje się w Rozdziale 6.

Do metod leczniczych z zakresu medycyny niekonwencjonalnej, inaczej paramedycyny, zalicza się między innymi: homeopatię, bioenergoterapię, medycynę chińską. Istotną rolę odgrywa również ziołolecznictwo oraz produkcja kosmetyków na bazie naturalnego surowca. Usługi medycyny niekonwencjonalnej wykonywane turystom zdiagnozowano na rynku podlaskim. Podjęto również próbę oceny wpływu tego rodzaju usług na rozwój regionu Podlasia, gdyby ich udział w PKB i stopa wzrostu udziału tego sektora w rynku były na poziomie szacowanych w Stanach Zjednoczonych – kraju, gdzie ten sektor gospodarki jest bardzo dobrze rozwinięty (por. Rozdział 6).

W pracy stosuje się wyrastającą z klasycznej tradycji dochodzenia do prawdy, hipotetyczno-dedukcyjną metodę badań. Opierając się na uniwersalnych instrumentach badawczych, takich jak analiza i synteza oraz sposobach wnioskowania, jak indukcja i dedukcja, sformułowano główny problem badawczy (Rozdział 1), hipotezę główną (Rozdział 2) i cztery hipotezy szczegółowe. Skonstruowane funkcje szczegółowe zostają poddane procesowi weryfikacji (Rozdziały 3,4,5,6), w którym wykorzystuje się rozumowanie przez analogię. Zastosowane podejście pozwoli na konkretyzację zależności oraz umożliwi precyzowanie wniosków.

Praca opiera się na licznych dokumentach źródłowych, artykułach naukowych, materiałach statystycznych z innych źródeł oraz badaniach własnych. Wykorzystuje się też bogatą interdyscyplinarną literaturę polsko i obcojęzyczną. Układ rozprawy został podporządkowany myśli przewodniej (hipoteza główna) oraz wyodrębnionym z niej funkcjom szczegółowym.

ROZDZIAŁ 1

ROZWÓJ GOSPODARCZY W PRZEKROJU REGIONALNYM

1.1. Struktura i efektywność gospodarki polskiej

Od czasu, kiedy Polska stała się pełnoprawnym członkiem Unii Europejskiej, zaobserwowano ożywienie tempa wzrostu gospodarczego kraju. Związane to było z dobrymi kontaktami z partnerami zagranicznymi, wysokim wzrostem PKB, zmniejszeniem stopy bezrobocia, inflacji, rozwojem w przemyśle i budownictwie oraz wzrostem eksportu. Polacy zaczęli również wykorzystywać szansę studiowania za granicą oraz podejmowania pracy w krajach należących do Unii. Obecność w UE stworzyła ogromną możliwość poprawy sytuacji gospodarczej kraju oraz szansę na nowe perspektywy rozwojowe i stopniowe dorównywanie do poziomu gospodarczego najbardziej rozwiniętych krajów w Europie. Przystąpienie Polski do UE odczuli przedsiębiorcy, których firmy zaczęły lepiej prosperować, np. poprzez ułatwienia w wymianie towarów z zagranicą. Konsumenci zaś niestety zaobserwowali wzrost cen produktów.

Jednak od roku 2008 gospodarka polska funkcjonuje w warunkach globalnego kryzysu gospodarczego, który szczególnie odczuwalny był w latach 2008 – 2009. Wszystkie wskaźniki makroekonomiczne uległy pogorszeniu. Odnotowano spowolnienie tempa wzrostu gospodarczego, tempa wzrostu życia, spadek popytu krajowego oraz nakładów brutto na środki trwałe.

Po 1 maja 2004 roku obserwowano istotne zmiany zachodzące w polskiej gospodarce. Nie sposób jednoznacznie ocenić następstw akcesji na sytuację gospodarczą, gdyż równoległe odbywają się procesy globalizacji, cyklu koniunkturalnego. Jednak do istotnych następstw wstąpienia do UE zaliczyć należy otwarcie rynku towarów i usług czy transfery otrzymywane z budżetu UE. Od czasu wstąpienia do UE do roku 2008 polska gospodarka znajdowała się w okresie wzrostu, który odczuwalny był w sektorze usług, budownictwa czy przemyśle. Znacznie zwiększył się eksport, co doprowadziło do wzrostu zatrudnienia i produkcji, a w efekcie popytu wewnętrznego. Wkład poszczególnych czynników we wzrost gospodarczy był zróżnicowany ze względu na zmieniające się tempo wzrostu poszczególnych składników zagregowanego popytu, a to zaś skutkowało zmianami w strukturze PKB. Nastąpił wysoki wzrost inwestycji, który związany był z korzystną sytuacją finansową przedsiębiorstw, dającą optymistyczne przesłanki na przyszłość. Rosło wykorzystanie środków unijnych, wzrastały nakłady inwestycyjne przedsiębiorstw, wzrastały możliwości i zdolności produkcyjne. Inwestycje w rezultacie przewyższały wzrost PKB, co owocowało w powiększanie zasobu kapitału w gospodarce, a to z kolei spowodowało wzrost technicznego uzbrojenia pracy. Rosła również konkurencyjność polskich towarów. Integracja europejska oraz procesy globalizacji dały możliwość ekspansji polskich towarów na rynkach zagranicznych. Korzystnie na eksport wpływał również kurs walutowy.

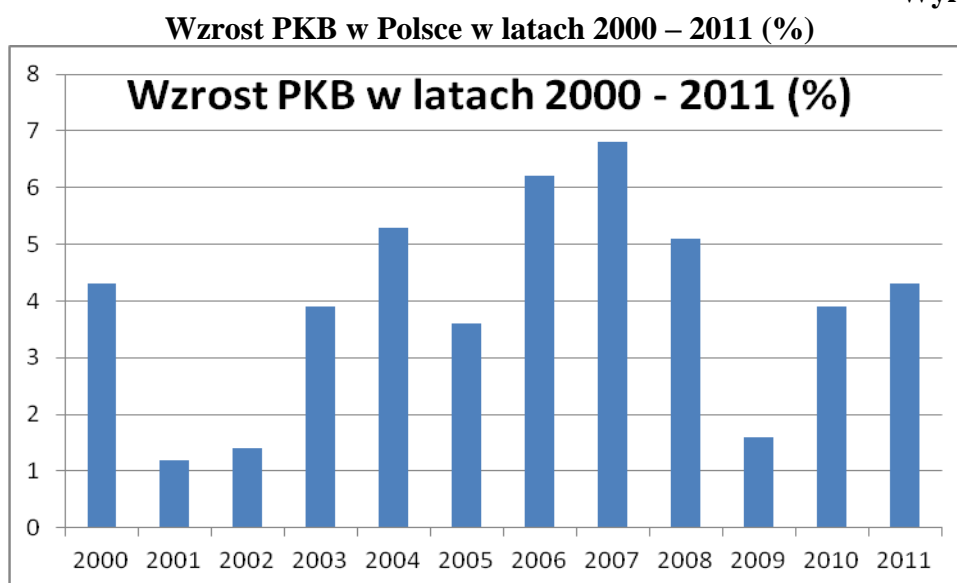
Stały wzrost konsumpcji gospodarstw domowych w latach 2004 – 2008, rosnący eksport towarów i usług oraz rosnący poziom inwestycji, korzystnie wpływały na koniunkturę gospodarczą w Polsce.

Najbardziej stabilnym sektorem gospodarki w Polsce w latach 2004 – 2008 był sektor usług rynkowych. Bez względu na to czy notowano okresy spowolnienia, czy wzrostu, sektor ten miał największy dodatni wpływ na tempo wzrostu gospodarczego. Większym wahaniom podlegały zaś pozostałe sektory gospodarki. Silnym wahaniom podlegał sektor przemysłowy i budowlany. Niedużą rolę we wzroście gospodarczym odgrywało rolnictwo pomimo, że wstąpienie do UE miało na nie silny pozytywny wpływ (w ramach wspólnej polityki rolnej wsparcie finansowe ze środków UE wpłynęło na wzrost dochodów z rolnictwa, jego restrukturyzację i modernizację). Polski sektor żywnościowy sprostał silnej konkurencji europejskiej, gdyż artykuły rolno – spożywcze importowane były przez inne państwa UE w coraz większym stopniu.

Jednak po upadku Lehman Brothers gospodarka globalna załamała się. Wskutek kryzysu finansowego, największe rozwinięte gospodarki dotknęła recesja – nastąpił światowy kryzys gospodarczy. Odnotowywano obniżanie dynamiki popytu w krajach rozwijających się. W związku z tym, że sytuacja gospodarcza w Polsce poza czynnikami wewnętrznymi w dużej mierze uwarunkowana jest koniunkturą w gospodarce światowej, a zwłaszcza partnerów handlowych – krajów Unii Europejskiej, pogorszenie koniunktury zaobserwowano również w Polsce.

Zaobserwowano spowolnienie rozwoju tempa gospodarczego. Korzystne wyniki gospodarcze zahamował światowy kryzys finansowy. Nastąpił spadek produkcji przemysłowej, spadek obrotów z zagranicą, wzrosła stopa bezrobocia i liczba bezrobotnych. Zmniejszyło się tempo wzrostu wynagrodzeń oraz popyt krajowy. Zwiększył się deficyt budżetu państwa. Wskutek kryzysu gospodarczego kraje rozwinięte odnotowały recesję, Polska zaś spowolnienie gospodarcze.

Wykres 1.



Źródło: Polska 2012 Raport o stanie gospodarki, Ministerstwo Gospodarki, Warszawa 2012, s. 85.

Roczny wzrost PKB w Polsce w latach 2004 - 2008 wyniósł średnio 5,4%, podczas gdy w latach 2000 – 2003 2,7% (por. Wykres 1). Lata 2004 – 2008, to okres silnego wzrostu gospodarczego, który obejmował główne sektory: usługi, przemysł oraz budownictwo. Rosnąca aktywność gospodarcza osiągnęła swoje apogeum w roku 2007, kiedy wzrost PKB w skali roku wyniósł 6,8%. W roku 2009 tendencja wzrostowa znacznie spowolniła.

W roku 2009 Polska jako jedyny kraj Unii Europejskiej odnotowywała wzrost gospodarczy. Przy szacowanym na 4,9% spadku PKB w 2009 roku w UE, Polska rozwijała się w tempie 1,8% w skali roku. Relatywnie dobry wynik polskiej gospodarki był efektem kilku czynników endo- i egzogenicznych, które w połączeniu ograniczyły skutki globalnego kryzysu finansowego w kraju. Należały do nich m. in.: deprecjacja złotego (wolniejszy spadek eksportu niż importu zwiększył kontrybucję eksportu netto we wzrost PKB), relatywnie niski stosunek wartości eksportu do PKB (mniejsze uzależnienie od popytu zagranicznego w tworzeniu wartości dodanej w gospodarce), elastyczna linia kredytowa (Flexible Credit Line, FCL – pomogła w utrzymaniu wiarygodności Polski jako kraju wypłacalnego), a także rządowy plan antykryzysowy (wsparcie przedsiębiorstw oraz pracowników przy ograniczonym obciążeniu budżetu państwa)².

Niekorzystne tendencje zapoczątkowane w światowej gospodarce w 2008 roku, które były skutkiem załamania na rynku instrumentów finansowych w Stanach Zjednoczonych, utrzymały swoje negatywne oddziaływanie na gospodarkę Unii Europejskiej również w latach kolejnych. Po okresie globalnej recesji, która punkt kulminacyjny miała w roku 2009, w latach 2010-2011 unijna gospodarka musiała stawić czoła kolejnym problemom. Kłopoty ze zrównoważeniem finansów publicznych poszczególnych krajów strefy euro (tzw. grupa *PIIGS*), okazały się być najpoważniejszym z nich, co stanowiło jednocześnie największe zagrożenie dla stabilności wzrostu gospodarczego. Pomimo utrzymujących się problemów fiskalnych w strefie euro, które ograniczają aktywność gospodarczą Niemiec - głównego partnera handlowego Polski, w 2011 roku polska gospodarka nadal utrzymywała się na ścieżce wzrostu gospodarczego i generowała jeden z najwyższych przyrostów PKB w całej Unii Europejskiej. Przy szacowanej na 1,5% zmianie PKB dla całej Wspólnoty, Polska osiągnęła wynik o 2,8 pkt. proc. lepszy, gdyż rozwijała się w tempie 4,3% w skali roku. Tak dobry wynik polskiej gospodarki, przy dodatniej bazie odniesienia, był w głównej mierze efektem stale rosnącego popytu krajowego³.

Wartość nominalna PKB w Polsce w roku 2011 wyniosła 1.524,7 mld zł. Uwzględniając siłę nabywczą pieniądza PKB per capita wzrósł z poziomu 51% przeciętnej dla krajów UE-27 w 2005 roku do 65% w roku 2011, według szacunków Eurostatu PKB per capita wg parytetu siły nabywczej wzrósł realnie w Polsce w 2011 roku o 4,3%, podczas gdy w całej Unii Europejskiej o 1,3%⁴.

² Polska 2010 Raport o stanie gospodarki, Ministerstwo Gospodarki, Warszawa 2010, s. 39 – 40.

³ Polska 2012 Raport o stanie gospodarki... op. cit., s. 45 – 46.

⁴ Ibidem, s. 97.

Tabela 1.

Tempo wzrostu PKB i wartości dodanej brutto w Polsce w latach 2005 – 2011

Wyszczególnienie	2005	2008	2009	2010	2011
PKB	3,6	5,1	1,6	3,9	4,3
Wartość dodana	3,3	5,1	1,8	3,9	4,0
w tym:					
• Rolnictwo	0,3	-1,7	9,1	-7,0	-0,3
• Przemysł	3,5	6,0	1,3	9,4	6,3
• Budownictwo	6,6	5,8	11,6	6,4	11,8
• Handel; naprawa pojazdów samochodowych	4,1	6,4	4,3	2,6	4,6
• Transport i gospodarka magazynowa	8,6	-1,5	-3,9	7,3	6,2
• Zakwaterowanie i gastronomia	7,2	3,1	1,4	2,6	2,5
• Informacja i komunikacja	-3,3	9,5	3,4	-1,9	0,6
• Działalność finansowa i ubezpieczeniowa	7,7	15,4	-27,5	3,2	-2,5
• Obsługa rynku nieruchomości	-0,5	-1,0	3,2	5,7	2,9
• Działalność profesjonalna, naukowa i techniczna; Administrowanie i działalność wspierająca	4,7	8,9	6,2	1,1	2,1
• Administracja publiczna i obrona narodowa; Obowiązkowe zabezpieczenia społeczne; Edukacja; Opieka zdrowotna i pomoc społeczna	1,1	1,8	3,2	0,2	1,0
• Działalność związana z kulturą, rozrywką i rekreacją oraz pozostała działalność usługowa oraz gospodarstwa domowe zatrudniające pracowników oraz wytwarzające produkty na własne potrzeby	3,5	6,8	-1,0	-2,8	0,8

Źródło: Polska 2012 Raport o stanie gospodarki... op. cit., s. 95.

Tabela 1 zawiera informacje dotyczące tempa wzrostu PKB i wartości dodanej brutto w latach 2005 – 2011. Wartość dodana brutto w roku 2011 wzrosła o 4% w stosunku do roku 2010, zatem nieco wolniej niż wzrost PKB i stanowiła niemal 88% PKB (część pozostała to podatki od produktów pomniejszone o dotacje od produktów). Poza sektorem rolnictwa oraz finansowym i ubezpieczeniowym, pozostałe sektory gospodarki oddziaływały pozytywnie na wzrost wartości dodanej. Największy wkład w jej wzrost miał przemysł. Silne ożywienie w sektorach przemysłowym i finansowym obserwowano od roku 2003, obejmowało ono stopniowo inne sektory gospodarki (najwyższe wartości w latach 2006 - 2007). W okresie kryzysu znacznie osłabiła się rola przemysłu, którego wkład we wzrost w latach 2009 – 2010 miał bardzo niski poziom. Tendencją jest, że w okresie wzrostu sektor ten rośnie szybciej niż wartość dodana ogółem. Wartość dodana sektora budownictwa w latach 2007 oraz 2009 rosła dynamicznie, zaś w latach 2008 i 2010 jego dynamika znacznie spowolniła, sektor ten podlega znacznym fluktuacjom. Utrzymywany jest niewielki, dodatni wkład sektora usług nierynkowych.

Struktura tworzenia wartości dodanej brutto obrazuje zmiany strukturalne zachodzące w gospodarce polskiej. Obserwuje się wzrost udziału wartości dodanej sektorów, które związane są z działalnością usługową (por. Tab. 2). W ostatnich czterech latach odbudował swoje znaczenie sektor budownictwa, którego udział pozostaje stabilny. Maleje natomiast udział rolnictwa, natomiast zaobserwowano ożywienie w przemyśle, który ma największy wkład we wzrost gospodarczy (wartość ta w roku 2011 wyniosła 25,1%, zatem wzrost o 1,4 pkt. proc. względem roku 2010). Swoją pozycję utracił sektor usług rynkowych, zaś wzrosło ponownie znaczenie sektora budownictwa (jego wkład w wartości dodanej brutto w roku 2011

wyniósł 8,1%) a także sprzedaży detalicznej. Na wzrost wartości dodanej brutto negatywnie wpływa sektor finansowy (4,1% wartości dodanej brutto w roku 2011, podczas gdy w roku 2008 wkład tego sektora miał wartość 5,3%).

Tabela 2.

**Zmiany w strukturze tworzenia wartości dodanej w Polsce
w okresie 2005 – 2011 (w cenach bieżących)**

Wyszczególnienie	2005	2008	2009	2010	2011
• Rolnictwo	4,6	3,7	3,6	3,8	3,6
• Przemysł	24,6	24,1	24,6	23,7	25,1
• Budownictwo	6,3	7,7	8,1	8,2	8,1
• Handel; naprawa pojazdów samochodowych	18,8	18,3	18,8	19,4	19,7
• Transport i gospodarka magazynowa	5,5	5,5	5,6	6,0	6,0
• Zakwaterowanie i gastronomia	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
• Informacja i komunikacja	4,3	4,1	4,1	3,7	3,5
• Działalność finansowa i ubezpieczeniowa	4,4	5,3	3,9	4,3	4,1
• Obsługa rynku nieruchomości	6,4	6,1	5,6	5,6	5,4
• Działalność profesjonalna, naukowa i techniczna; Administrowanie i działalność wspierająca	6,3	6,9	7,1	6,8	6,6
• Administracja publiczna i obrona narodowa; Obowiązkowe zabezpieczenia społeczne; Edukacja; Opieka zdrowotna i pomoc społeczna	14,1	13,9	14,1	14,1	13,8
• Działalność związana z kulturą, rozrywką i rekreacją oraz pozostała działalność usługowa oraz gospodarstwa domowe zatrudniające pracowników oraz wytwarzające produkty na własne potrzeby	3,5	3,4	3,3	3,1	3,0

Źródło: Polska 2012 Raport o stanie gospodarki... op. cit., s. 96.

W 2011 roku odnotowano poprawę sytuacji sektora przemysłowego Unii Europejskiej. Lepsza koniunktura wewnątrz i na zewnątrz wspólnego rynku wpłynęła na stopniową odbudowę popytu na produkcję przemysłową wytwarzaną przez unijne gospodarki, co w efekcie dało wzrost produkcji sprzedanej przemysłu w UE w 2011 roku. Liderami tu były Estonia, Łotwa i Litwa, które doznając głębokiej recesji w roku 2009 roku, doświadczyły w latach 2010 – 2011 dynamicznej odbudowy potencjału w przemyśle.

Wzrost produkcji sprzedanej przemysłu w Polsce w roku 2011 przekroczył poziom średniej unijnej. Dzięki rosnącej aktywności gospodarczej wśród największych partnerów handlowych (głównie Niemiec), polski sektor przemysłowy rozwijał się w tym czasie w tempie 7,2% w skali roku. Należy też podkreślić, że wynik ten został osiągnięty przy relatywnie wysokiej bazie z roku 2010. Odnotowany wówczas 10,8% wzrost produkcji sprzedanej w skali roku w Polsce był jednym z lepszych wyników, jakie osiągnęły państwa członkowskie UE⁵.

Korzystne wyniki w sektorze budowlanym, które związane były z wysokim poziomem popytu na nieruchomości i realizowanych inwestycji infrastrukturalnych w UE dawały oczekiwania pozytywne rozwojowe w przyszłości. Jednak w dobie kryzysu pojawiła się awersja do ryzyka inwestycyjnego w roku 2009, co często skutkowało wycofywaniem się inwestorów z zaplanowanych projektów, a także spowolnieniem już realizowanych. W roku 2011 problemy w sektorze budowlanym

⁵ Polska 2012 Raport o stanie gospodarki... op. cit., s. 47.

pogłębiały się głównie w wyniku niskiego popytu inwestycyjnego, z powodu zaostrzeń polityki kredytowej banków odnośnie projektów budowlanych.

Mimo utrzymującej się zapaści na rynku nieruchomości w Hiszpanii, Grecji czy Irlandii, po trzech latach recesji w sektorze budowlanym, rok 2011 przyniósł średnio 1,2% wzrost produkcji sprzedanej w Unii Europejskiej. Na tym tle korzystnie prezentował się polski sektor budowlany, który w 2011 roku zanotował 15,8% wzrost produkcji sprzedanej, przy 3,6% przyroście w roku poprzednim. Ten dobry wynik sektora w dużej mierze zdeterminowany został m.in. realizacją projektów inwestycyjnych przesuniętych z 2010 roku ze względu na trudne warunki atmosferyczne, relatywnie dobrymi warunkami pogodowymi (głównie w IV kw. 2011 roku) i intensyfikacją publicznych projektów inwestycyjnych w związku z Mistrzostwami Europy w piłce nożnej w 2012 roku⁶.

W 2011 roku niekorzystne tendencje dla rozwoju sytuacji na rynku pracy w Unii Europejskiej utrzymały się, a efektem tego było ustabilizowanie się stopy bezrobocia na poziomie 9,7% (zgodnie z metodologią Eurostatu). W tym czasie zatrudnienie wzrosło o 0,3% w skali roku, po spadku o 0,5% w roku poprzednim. W 2011 r. stopa bezrobocia w Polsce kształtowała się na poziomie średniej unijnej 9,7% (zaś przed rokiem 9,6%), odnotowano 1% wzrost zatrudnienia. Według BAEL wskaźnik zatrudnienia w grupie wiekowej 15-64 lata był w Polsce nadal niższy od średniej unijnej (64,3%) i wyniósł w całym 2011 r. 59,7%. Na nieco słabsze niż w roku poprzednim wyniki w odniesieniu do stopy bezrobocia w Polsce nadal rzutowały efekty wywołane ograniczeniem aktywności gospodarczej w okresie globalnego kryzysu oraz bezpośrednio po nim. Ocenia się, że wraz z oczekiwaną poprawą koniunktury sytuacja na rynku pracy ustabilizuje się i w efekcie jego podstawowe wskaźniki stopniowo będą się poprawiać⁷.

Globalny kryzys finansowy, poprzez stymulowanie awersji do ryzyka, w dużym stopniu ograniczył popyt na pieniądź i efektem tego, przy ograniczonej konsumpcji, był stosunkowo niewielki przyrost cen dóbr i usług. Jego skala w Unii Europejskiej w całym 2009 roku wyniosła 1,0%, natomiast w roku 2010 tendencja ta odwróciła się, bowiem coraz większy napływ kapitału do gospodarek rozwijających się (w tym do Polski), rosnący popyt konsumpcyjny, ceny towarów spożywczych i nośników energii, znalazły swoje odzwierciedlenie we wzroście inflacji (HICP) w Unii Europejskiej do 2,1%. W roku 2011 utrzymała się presja inflacyjna w skali całej UE, w rezultacie czego średnioroczne tempo inflacji (HICP) wyniosło 3,1%. Najwyższą inflację odnotowano w Rumunii (5,8%), Estonii (5,1%) oraz w Wielkiej Brytanii (4,5%). W Polsce w roku 2011 wskaźnik inflacji (HICP) wzrósł o 3,9%, czyli o 1,2 pkt. proc. więcej niż w roku 2010. Wzrost cen w 2011 roku w stosunku do roku poprzedzającego, determinowany był głównie dużą zmiennością cen żywności oraz surowców (energetycznych) na rynkach międzynarodowych. Osłabieniu presji inflacyjnej nie sprzyjały też czynniki wewnętrzne, jak rosnący popyt konsumpcyjny oraz presja płacowa, będąca rezultatem rosnącego zatrudnienia. W pierwszych miesiącach 2012 r. obserwowano stopniowy spadek wskaźnika inflacji HICP, zaś w maju wyniósł on 3,6%, tj. najmniej od września 2010 r.⁸.

Pomimo, że polską gospodarkę w obliczu globalnego kryzysu dotknęło spowolnienie gospodarcze (w krajach rozwiniętych odnotowano recesję), istnieje

⁶ Polska 2012 Raport o stanie gospodarki... op. cit., s. 47.

⁷ Ibidem, s. 48.

⁸ Ibidem, s. 48 – 49.

jednak ogromna dysproporcja w rozwoju gospodarki polskiej oraz rozwiniętych gospodarek krajów Unii Europejskiej. Polska gospodarka na tle międzynarodowych rankingów i porównań od lat przedstawia się niekorzystnie mimo, że w ostatnich latach odnotowuje poprawę pozycji rankingowych. Aby dołączyć do szeregu krajów wysokorozwiniętych znajdujących się w Europie, niezbędna jest poprawa konkurencyjności naszych przedsiębiorstw, rozwój innowacyjności, postęp inwestycyjny itd. Charakterystyczne cechy gospodarki polskiej, to bardzo niska konkurencyjność i bardzo niska innowacyjność. Opisywane poniżej wyniki rankingów światowych pozwolą ocenić pozycję gospodarki naszego kraju na tle innych krajów.

Uznaje się na ogół, że przewaga konkurencyjna przedsiębiorstwa jest związana z jego korzystniejszym usytuowaniem na rynku w porównaniu z usytuowaniem konkurentów⁹.

Samo pojęcie *konkurencyjności* w odniesieniu do kraju – gospodarki jako całości – nie było wcześniej precyzyjnie zdefiniowane. Często nadawano mu wymiar makroekonomiczny, kształtowany przez takie zmienne, jak: kurs walutowy, stopa procentowa, a także deficyt budżetowy. Inne podejścia zaś akcentowały obfitość zasobów naturalnych, niski koszt siły roboczej, czy też politykę rządów. Jednak żadne z tych wyjaśnień nie jest w pełni zadowalające. Autorem kompleksowej koncepcji przewag konkurencyjnych krajów jest amerykański ekonomista, związany z Harvard Business School – M. Porter. Zdaniem Portera konkurencyjność należy kojarzyć z wydajnością zatrudnionych zasobów (pracy i kapitału)¹⁰.

Jednym z najważniejszych rankingów i raportów, które przedstawiają pozycję konkurencyjną polskiej gospodarki na tle innych państw jest ranking globalnej konkurencyjności *Światowego Forum Ekonomicznego*. Jest on kluczowym elementem corocznego raportu Światowego Forum Ekonomicznego pt. *The Global Competitiveness Report*. Powstaje on na podstawie oceny tzw. indeksu globalnej konkurencyjności (*The Global Competitiveness Index - GCI*), mierzący ogólną konkurencyjność gospodarki. Indeks obliczono na podstawie ponad 100 wskaźników cząstkowych ujętych w 12 kategorii i przypisanych do trzech głównych obszarów: podstawowe wymogi, bodźce wymuszające efektywność, innowacje oraz stopień rozwoju biznesu¹¹.

Wskaźnik GCI mierzy średniookresowe perspektywy rozwoju gospodarczego, uwzględnia warunki makroekonomiczne kraju, jakość instytucji publicznych i zaawansowanie technologiczne¹².

⁹ H. Wnorowski, Strategia marki i jej wykorzystanie w budowaniu pozycji konkurencyjnej w branży spirytusowej, [w:] H. Podedworny, J. Grabowiecki, H. Wnorowski (red.), Konkurencyjność gospodarki polskiej a rola państwa przed akcesją do Unii Europejskiej, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2000, s. 234.

¹⁰ Kompendium wiedzy o gospodarce, praca zbiorowa pod redakcją Edwarda Cyrsona, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa; Poznań 1996, s. 153

¹¹ Polska 2012 Raport o stanie gospodarki... op. cit., s. 82.

¹² Polska 2007 Raport o stanie gospodarki, Ministerstwo Gospodarki, Warszawa 2007, s. 53

Tabela 3.

**Ranking według indeksu globalnej konkurencyjności GCI dla Polski
w latach 2007 – 2012**

Rok	Pozycja konkurencyjna Polski wg wskaźnika konkurencyjności wzrostu GCI	Liczba krajów
2007 – 2008	51	131
2008 – 2009	53	134
2009 – 2010	46	133
2010 – 2011	39	139
2011 – 2012	41	142

Zródło: Opracowanie własne na podstawie Global Competitiveness Report 2007 – 2008, 2008 – 2009, 2009 – 2010, 2010 – 2011, 2011 – 2012, World Economic Forum, WEF website.

W badanym pięcioletnim okresie czasu pozycja konkurencyjna Polski pod względem wskaźnika konkurencyjności wzrostu GCI nie przedstawiała się korzystnie. W latach 2007 – 2008 Polska plasowała się na pięćdziesiątym pierwszym miejscu na 131 krajów biorących udział w rankingu, po czym w latach 2008 – 2009 jej pozycja pogorszyła się o dwa miejsca, zaś liczba krajów biorących udział w ocenie zmniejszyła się 3, więc miejsce Polski w rankingu nie uległo znacznej zmianie (por. Tab. 3). W latach 2009 – 2010 pozycja konkurencyjna Polski poprawiła się o sześć miejsc, przy czym liczba badanych krajów zmalała o 1. W latach 2010 – 2011 odnotowano kolejną poprawę sytuacji Polski pod względem badanego wskaźnika, bowiem zajęła ona lokatę trzydziestą dziewiątą, a liczba badanych państw wzrosła o 6. Wskutek dalszego zwiększania liczby krajów do oceny, miejsce Polski w latach 2011 - 2012 zeszło na czterdziestą pierwszą pozycję. Tym samym wyprzedziła w rankingu dwanaście państw Unii Europejskiej: Cypr, Słowenię, Portugalię, Litwę, Włochy, Maltę, Węgry, Słowację, Rumunię, Łotwę, Bułgarię oraz Grecję.

Spośród dwunastu kategorii najniżej oceniono infrastrukturę (74 miejsce, spadek o 2 pozycje w stosunku do roku poprzedniego), otoczenie makroekonomiczne (74 miejsce, spadek o 13 miejsc), stopień rozwoju biznesu (miejsce 60), innowacje (58 miejsce, spadek o 4 pozycje) oraz efektywność rynku pracy (miejsce 58, spadek o 5 pozycji). Najwyżej zaś oceniono: wielkość rynku (20 lokata, poprawa o 1 miejsce), szkolnictwo wyższe i szkolenia (31 pozycja) oraz rozwój rynków finansowych (34 miejsce)¹³.

Indeks wolności gospodarczej – *Heritage Foundation i Wall Street Journal*, oceniana tu jest swoboda prowadzenia działalności gospodarczej, polityka handlowa, obciążenia podatkowe, polityka budżetowa, polityka rynku pracy, a także stopień korupcji¹⁴.

Wolność gospodarcza – jej treścią jest reguła, według której podejmowanie i prowadzenie działalności gospodarczej jest wolne i dozwolone każdemu na równych prawach, przy czym z zachowaniem warunków określonych przepisami prawa.

¹³ Polska 2012 Raport o stanie gospodarki... op. cit., s. 82.

¹⁴ Polska 2007 Raport o stanie gospodarki... op. cit., s. 54

Tabela 4.

Ranking wolności gospodarczej dla Polski w latach 2008 – 2012

Rok	Pozycja konkurencyjna dla Polski wg indeksu wolności gospodarczej	Liczba krajów
2008	83	162
2009	82	179
2010	71	179
2011	68	179
2012	64	179

Źródło: Index of Economic Freedom 2008, 2009, 2010, 2011, 2012; The Heritage Foundation, The Wall Street Journal.

Pozycja konkurencyjna Polski wg indeksu wolności gospodarczej nie przedstawia się korzystnie. W latach 2008 i 2009 Polska w rankingu zajmowała ostatnie miejsce wśród krajów UE - 27. Dopiero w roku 2010 zajęła siedemdziesiąte pierwsze miejsce (awansowała o 11 pozycji), wyprzedzając trzy kraje unijne: Grecję, Włochy i Bułgarię. W roku kolejnym poprawiła swoją sytuację o 3 miejsca, zaś w aktualnej edycji rankingu wolności gospodarczej, w którym ocenie poddano 179 krajów, zajęła sześćdziesiąte czwarte miejsce (por. Tab. 4). Odnotowała tym samym awans o 4 pozycje w porównaniu z rokiem ubiegłym i wyprzedziła 5 państw członkowskich UE: Francję, Słowenię, Portugalię, Włochy i Grecję.

W porównaniu z rankingiem z roku 2011, Polska odniosła poprawę w 4 obszarach (poziom percepcji korupcji, polityka fiskalna, polityka monetarna, rynek pracy), w dwóch (wydatki budżetowe, wolność handlu) zanotowała pogorszenie, natomiast ocena pozostałych 4 kryteriów (wolność biznesowa, ochrona praw własności, wolność inwestycyjna i wolność finansowa) pozostała bez zmian. Czynniki, które najbardziej obciążają ocenę wolności gospodarczej w Polsce są wg autorów raportu: słabość instytucjonalna, wysoki poziom percepcji korupcji oraz niesprawny system sądownictwa, a także wysoki deficyt budżetowy. Pozytywnie oceniono obszary polityki handlowej oraz monetarnej¹⁵.

W najbardziej kompleksowy i precyzyjny sposób konkurencyjność w odniesieniu do gospodarek narodowych bada Międzynarodowy Instytut Rozwoju Zarządzania (IMD), który raz w roku publikuje raport pt. *World Competitiveness Yearbook*. IMD wydaje swoje opracowanie od 1989 r., zaś w raporcie wykorzystuje dwa rodzaje danych: ilościowe i jakościowe. Dane te łącznie określone są mianem kryteriów cząstkowych, które z kolei są zebrane w czterech grupach, nazywanych czynnikami konkurencyjności. Są to: osiągnięcia gospodarcze (gospodarka narodowa, handel międzynarodowy, międzynarodowe inwestycje, zatrudnienie, ceny), efektywność rządu (finanse publiczne, polityka fiskalna, ramy instytucjonalne, ramy biznesowe, edukacja), efektywność biznesu (produktywność, rynek pracy, finanse, praktyki zarządzania, wpływ procesów globalizacji), oraz infrastruktura (infrastruktura podstawowa, infrastruktura technologiczna, infrastruktura naukowa, zdrowie i środowisko naturalne, system wartości). Charakterystyka czynników oraz subczynników konkurencyjności pokazuje, że *World Competitiveness Yearbook* jest

¹⁵ Polska 2012 Raport o stanie gospodarki... op. cit., s. 79.

opracowaniem bardzo kompleksowym, które uwzględnia wiele elementów wpływających na konkurencyjność poszczególnych krajów¹⁶.

Tabela 5.

Ranking IMD dla Polski w latach 2008 – 2012

Rok	Pozycja konkurencyjna Polski wg rankingu IMD	Liczba krajów
2008	44	55
2009	44	58
2010	32	58
2011	34	59
2012	34	59

Źródło: The World Competitiveness Scoreboard 2012.

Raport IMD „World Competitiveness Yearbook” ocenia konkurencyjność 59 państw i opiera się o ponad 300 kryteriów szczegółowych. Do czynników, które brane są pod uwagę w tej ocenie należą m.in. wyniki gospodarcze (wzrost gospodarczy, wyniki w HZ, zatrudnienie, poziom cen, itd.), finanse publiczne, polityka fiskalna, jakość ustawodawstwa biznesowego, efektywność przedsiębiorstw (m.in. produktywność, finanse przedsiębiorstw, zarządzanie, innowacyjność), infrastruktura (m.in. infrastruktura techniczna, technologiczna, naukowa, zdrowotna, edukacyjna)¹⁷.

Według Raportu IMD „World Competitiveness Yearbook” pozycja konkurencyjna Polski w latach 2007 - 2010 rysowała się coraz korzystniej (por. Tab. 5). W roku 2007 zajmowała pięćdziesiątą drugą pozycję (na 55 ocenianych państw), rok później awansowała na czterdziestą czwartą pozycję (jednak z państw UE – 27 wyprzedziła jedynie Rumunię i Włochy), zaś w roku 2010 osiągnęła już miejsce trzydzieste drugie (z państw UE – 27 wyprzedziła już 11 krajów). W latach 2011 – 2012 zajęła 34 miejsce w rankingu na 59 badanych państw (z państw UE – 27 wyprzedziła 10 krajów).

Raport Banku Światowego odnosi się tylko aspektów mikroekonomicznych prowadzenia działalności gospodarczej, które związane są z regulacjami w dziesięciu obszarach uznanych za kluczowe w prowadzeniu biznesu¹⁸.

Tabela 6.

Ranking swobody prowadzenia działalności gospodarczej dla Polski w latach 2008 – 2012

Rok	Pozycja konkurencyjna Polski wg rankingu IMD	Liczba krajów
2008	74	178
2009	76	181
2010	72	183
2011	59	183
2012	62	183

Źródło: Doing Business 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.

¹⁶ J. Kaczmarczyk (red.), Międzynarodowe stosunki gospodarcze, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2006, s. 274 – 277.

¹⁷ Polska 2012 Raport o stanie gospodarki... op. cit, s. 79.

¹⁸ Polska 2010 Raport o stanie gospodarki, Ministerstwo Gospodarki, Warszawa 2010, s. 71.

W ogólnym rankingu łatwości prowadzenia działalności gospodarczej sytuacja Polski w latach 2007 – 2010 nieznacznie się poprawiała. Polska uzyskiwała coraz wyższe miejsce w rankingu (należy zauważyć, że liczba krajów branych pod uwagę w owym czasie z roku na rok się zwiększała) – w roku 2007 na 175 państw uzyskała 75 pozycję, zaś w roku 2010 – już 72 miejsce na 183 oceniane kraje. W roku 2011 odnotowała 59 pozycję, zaś rok później odnotowała spadek o trzy miejsca (por. Tab. 6).

Podobnie jak w poprzedniej edycji rankingu, Polska najwyższą pozycję zanotowała w kategorii łatwości uzyskiwania kredytu (8. – bez zmian w stosunku do 2011 r.), ochrony inwestorów (46. – spadek o 2 pozycje) oraz procedur związanych z handlem międzynarodowym (46. – spadek o 10 pozycji). Kraj oceniono najniżej pod względem formalności związanych z uzyskiwaniem pozwoleń budowlanych. W świetle raportu są one bardzo czasochłonne (301 dni wobec średnio 152 dni w krajach OECD), sformalizowane (doliczono się 30 formalności) i kosztowne (53,6% dochodu per capita). W efekcie Polska zajęła pod tym względem bardzo odległe, 160. miejsce (spadek o 1 pozycję w porównaniu z 2011 r.). Najlepiej ocenionym pod tym względem krajem Unii Europejskiej została Dania (10. miejsce), a wśród UE-12 najwyższą pozycję zajęła Litwa (47. pozycja). Duży spadek (o 11 miejsc) Polska zanotowała w kategorii rozpoczynanie działalności gospodarczej i jej pozycja w tej kategorii jest nadal bardzo niska (126.). Niżej oceniono jedynie takie kraje UE jak: Czechy (138.), Grecja (135.), Austria (134.), Hiszpania (133.). W ocenie autorów raportu spadek w rankingu był wynikiem wciąż niewystarczającej skali reform w tej dziedzinie, ale również większego postępu, jaki w tej dziedzinie zanotowały inne kraje. W przypadku Polski wskaźniki brane pod uwagę w tej kategorii pozostały bez zmian lub nieznacznie się poprawiły w stosunku do roku ubiegłego. Jedynym aspektem, w którym Polska odnotowała poprawę (o 1 miejsce) jest egzekwowanie zobowiązań umownych. W rezultacie Polska nie odnotowała jednak poprawy w żadnym ze wskaźników branych pod uwagę w ocenie tego kryterium. Raport informuje, że największą bolączką jest wciąż bardzo długi czas dochodzenia należności z umów (830 dni wobec 518 dni średnio w krajach OECD), chociaż jest on wyraźnie krótszy niż jeszcze kilka lat temu (ok. 1000 dni). Najlepiej ocenionymi krajami UE – 12 pod tym względem zostały Litwa i Łotwa (odpowiednio 15. i 17. miejsce). Najwyższy spadek w rankingu, Polska zanotowała w kategorii likwidacja przedsiębiorstwa (o 13 miejsc w porównaniu z rokiem 2011). Wśród trzech analizowanych wskaźników w tej kategorii, dwa pozostały bez zmian w porównaniu z rokiem 2011 i były nimi czas oraz koszty. Pogorszeniu uległ wskaźnik odzyskiwania należności, zaś pod względem oceny łatwości płacenia podatków Polska została sklasyfikowana na 128. pozycji (bez zmian w stosunku do 2011 r.) i jest to pozycja wyższa niż w przypadku takich krajów UE jak: Słowacja (130.), Włochy (134.) oraz Rumunia (154.). Zgodnie z szacunkami przedstawionymi w raporcie, przedsiębiorca, który chciałby spełnić wymagania polskich przepisów podatkowych, musiałby dokonać 29 płatności (bez zmian w stosunku do poprzedniego rankingu) składających się w sumie na 43,6% zysku brutto (o 0,9 pkt proc. więcej niż średnio w OECD) i poświęcić na to 296 godzin w roku (spadek o 29 godz.). W grupie nowych państw członkowskich najwyższą pozycję zajęły Cypr (37.) i Estonia (51.). Pod względem łatwości rejestracji nieruchomości Polskę sklasyfikowano na 89. miejscu (spadek o 2 pozycje). Główną przyczyną niskiej oceny był czasochłonny proces rejestracji (152 dni). Na Litwie, która zajęła w tej

kategorii najwyższą (7.) pozycję spośród państw UE-27, wypełnienie wszystkich procedur z tym związanych zajmuje 3 dni¹⁹.

1.2. Dynamika rozwoju gospodarczego w województwie podlaskim

Podlasie jest jednym z najsłabiej rozwiniętych regionów Polski pod względem gospodarczym. Jego słabą kondycję gospodarczą odzwierciedlają: brak przemysłu w regionie, duży udział rolnictwa, niski udział w PKB tworzonym przez Polskę, pomimo swej dużej powierzchni jest słabo zaludnione, cechuje się słabym zainteresowaniem inwestorów krajowych i zagranicznych. Zauważa się również jego mocne strony, gdyż należy do obszaru Zielonych Płuc Polski, posiada nieprzeciętne walory przyrodnicze i krajobrazowe, dwa uzdrowiska, jest jednym z regionów o najczystszy stan środowiska naturalnego. W podlaskim rozwija się sektor usługowy, jednak z przyczyny braku możliwości finansowych na rozwój szeroko pojętej sfery usług należy znaleźć taki ich rodzaj, który byłby szansą na jego rozwój.

Podlaskie, położone w północno – wschodniej części Polski, sąsiaduje z trzema innymi województwami: warmińsko – mazurskim, mazowieckim oraz lubelskim i zajmuje powierzchnię 20187 km², co stanowi 6,5 % powierzchni kraju oraz sytuuje na szóstym miejscu wśród wszystkich województw Polski. Podzielone zostało na czternaście powiatów ziemskich i trzy grodzkie, a także na 118 gmin i 3294 sołectw²⁰. Największym miastem w województwie i zarazem głównym ośrodkiem gospodarczym, kulturalnym i społecznym jest Białystok.

Na koniec 2012 r. w województwie podlaskim mieszkało 1198,7 tys. osób, tj. 3,1% ogółu ludności Polski. Pod względem liczby mieszkańców województwo zajmowało na 14 miejscu w kraju, a mniejszą liczbę ludności zanotowano tylko w województwach opolskim i lubuskim. Średnia gęstość zaludnienia na Podlasiu wyniosła 59 osób na 1 km², (w Polsce – 123). Wskaźnik ten wykazywał znaczne zróżnicowanie przestrzenne na terenie województwa – najwyższy zanotowano w Białymstoku i Łomży (odpowiednio 2888 i 1923 osoby na 1 km²), zaś najniższy w powiatach: sejneńskim (25 osób na 1 km²) oraz suwalskim i hajnowskim (po 28 osób na 1 km²). Pod względem wskaźnika urbanizacji, podlaskie zajmuje 8 pozycję w kraju, gdzie odsetek ludności miejskiej wynosi 60,3 %. Po czterech kolejnych latach, kiedy w Polsce notowano dodatni przyrost rzeczywisty ludności, w 2012 r. liczba mieszkańców ponownie zmniejszyła się. W województwie podlaskim w analizowanym roku również ubyło ludności. Notowany do 2007 r. oraz w latach 2011 i 2012 ujemny przyrost rzeczywisty ludności spowodował, że w porównaniu ze stanem w końcu 2000 r. liczba mieszkańców Podlasia zmniejszyła się o 12,0 tys. osób. O jej spadku w regionie zdecydowało utrzymujące się od wielu lat ujemne saldo migracji wewnętrznych i zagranicznych na pobyt stały, a także niska liczba urodzeń²¹.

¹⁹ Polska 2012 Raport o stanie gospodarki... op. cit, s. 81.

²⁰ Rocznik Statystyczny Województw 2010, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011, s. 36.

²¹ Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie podlaskim w 2012 r., Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2013, s. 10.

Tabela 7.

Ludność województwa podlaskiego w latach 2000 – 2011 (stan w dniu 31 XII)

Wyszczególnienie	2000	2008	2009	2010	2011
Ludność woj. podlaskiego					
ogółem	1210688	1191470	1189731	1203448	1200982
mężczyźni	592671	580313	579247	587367	586078
kobiety	618017	611157	610484	616081	614904
Ludność w wieku przedprodukcyjnym					
ogółem	314899	235100	228714	229068	223301
mężczyźni	161514	120684	117469	117375	114387
kobiety	153385	114416	111245	111693	108914
Ludność w wieku produkcyjnym					
ogółem	702035	751379	754096	764843	764749
mężczyźni	365497	391457	394102	402478	403777
kobiety	336538	359922	359994	362365	360972
Ludność w wieku poprodukcyjnym					
ogółem	193754	204991	206921	209537	212932
mężczyźni	65660	68172	67676	67514	67914
kobiety	128094	136819	139245	142023	145018

Zródło: Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2009, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2009, s. 86, 88; Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2010, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2010, s. 93, Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2012, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2012, tabl. 1 (40), 3(42).

Liczba dzieci i młodzieży w wieku 0 – 17 lat (czyli w wieku przedprodukcyjnym) sukcesywnie się zmniejsza (por. Tab. 7). Ma to wpływ na ogólny spadek ludności. Jest związane z przemianami w procesach demograficznych, małą liczbą urodzeń w latach dziewięćdziesiątych poprzedniego stulecia oraz początku obecnego. Obserwuje się też zmiany ludności w wieku produkcyjnym, a więc kobiet w wieku 18–59 lat i mężczyzn w wieku 18–64 lata, bowiem roczniki osiemnastolatków przystępujących do pracy są coraz mniej liczne. Pogłębia się proces starzenia zasobów siły roboczej, który powodowany jest wzrostem liczby osób w wieku niemobilnym, a więc powyżej 44 roku życia. Można zaobserwować wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym (mężczyźni – 65 lat i więcej, kobiety – 60 lat i więcej).

Coraz mniej korzystne są relacje między poszczególnymi ekonomicznymi grupami ludności, które obrazuje współczynnik obciążenia demograficznego, a więc liczba osób w wieku nieprodukcyjnym przypadająca na 100 osób w wieku produkcyjnym. W końcu 2012 r. (podobnie jak rok wcześniej) w województwie podlaskim ukształtował się on na poziomie 57, tj. 29 – dla wieku przedprodukcyjnego i 28 – dla wieku poprodukcyjnego. W 2000 r. omawiany wskaźnik osiągnął wartość 73, przy czym wśród osób w wieku poniżej 18 roku życia wyniósł 45, zaś w przypadku osób w wieku poprodukcyjnym ukształtował się na poziomie notowanym w ostatnich latach i przyjął wartość 28²².

²² Ludność, ruch naturalny i migracje... op. cit, s. 11.

Tabela 8.

**Edukacja według szczebli kształcenia w województwie podlaskim
w latach 2000 - 2012**

Szkoły	2000/01	2008/9	2009/10	2010/11	2011/12
Podstawowe					
• liczba szkół	625	459	450	449	438
• liczba uczniów	110002	72576	69763	67355	65986
Gimnazja					
• liczba szkół	195	219	222	222	221
• liczba uczniów	40610	45929	43437	41056	38983
Zasadnicze zawodowe					
• liczba szkół	75	52	51	50	50
• liczba uczniów	14356	5812	5697	5238	4763
Licea ogólnokształcące					
• liczba szkół	72	78	76	74	74
• liczba uczniów	32794	24181	23369	22975	22390
Licea profilowane					
• liczba szkół	x	32	27	17	14
• liczba uczniów	x	2601	1698	1126	753
Technika					
• liczba szkół	150	68	70	68	68
• liczba uczniów	32906	19900	20479	20190	19071
Artystyczne ogólnokształcące					
• liczba szkół	3	3	3	4	4
• liczba uczniów	519	447	441	430	415
Policealne					
• liczba szkół	80	119	118	110	104
• liczba uczniów	6015	12528	11443	13460	16241
Wyższe					
• liczba szkół (bez jednostek zamiejscowych)	12	18	17	17	18
• liczba studentów	44516	53678	54273	53064	50873
Dla dorosłych					
• liczba szkół	115	140	126	128	119
• liczba uczniów	11892	8192	7563	7656	7226

Zródło: Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2009... op. cit, s. 163 - 164, Edukacja w województwie podlaskim w roku szkolnym 2009/2010, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2010, s. 3 – 9, Edukacja w województwie podlaskim w roku szkolnym 2010/2011, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2011, s. 8, Edukacja w województwie podlaskim w roku szkolnym 2011/12, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2012, s. 3 – 9.

W województwie podlaskim od kilku lat zmniejsza się liczba uczniów szkół ponadpodstawowych i ponadgimnazjalnych, co związane jest z wkraczaniem do szkół niżu demograficznego (por. Tab. 8). W roku szkolnym 2011/2012 na jego terenie działało 221 gimnazjów dla dzieci i młodzieży (o 1 placówkę mniej w stosunku do roku poprzedniego), zaś liczba uczniów we wrześniu 2011 zmniejszyła się o 5%. W roku 2009 w województwie podlaskim na 1 gimnazjum dla dzieci i młodzieży przypadło średnio 176 uczniów, czyli o 9 osób mniej niż w roku poprzednim. Ubyły 3 placówki ponadgimnazjalne (pozostało 210), w których kształciło się 47,4 tys. uczniów (liczba uczniów zmniejszyła się o 5,14%). Najchętniej uczęszczane szkoły ponadgimnazjalne, to licea i technika. Zmniejszyła się

zaś zainteresowanie zasadniczymi szkołami zawodowymi oraz liceami profilowanymi. W roku 2010/2011 zmalała liczba szkół dla dorosłych (o 9), z roku na rok maleje również liczba uczniów uczęszczających do szkół dla dorosłych.

Załącznikiem aktywizacji gospodarczej kraju jest wsparcie podlaskich uczelni wyższych w zakresie m. in. dokształcania, badań, zintegrowanych programów studiów, przygotowania treści kształcenia, czy współpracy między instytucjami. Głównym celem działalności naukowej wyższych uczelni jest przekazywanie wiedzy za pomocą nowoczesnych technologii, ważne są zastosowania dla innowacji i postępu technicznego, co z kolei przyczynia się zwiększania się liczby podmiotów gospodarczych, będących motorem rozwoju regionalnego.

Do roku 2009/2010 zwiększa się liczba osób studiujących na uczelniach wyższych, które z roku na rok poszerzały swoją ofertę edukacyjną. W roku akademickim 2011/12 liczba studentów w województwie podlaskim zmniejszyła się o 4,13% w stosunku do roku poprzedniego.

Tabela 9.

**Uczelnie wyższe oraz liczba studentów w województwie podlaskim
w latach 2010 - 2012**

Wyszczególnienie	2010/2011	2011/2012
Liczba uczelni (wraz z jednostkami zamiejscowymi)	23	24
Liczba studentów (łącznie z cudzoziemcami)		
Podlaskie	53064	50873
Uniwersytety	15234	15174
Wyższe szkoły techniczne	13600	13778
Wyższe szkoły rolnicze	1717	1663
Wyższe szkoły ekonomiczne	4811	3697
Wyższe szkoły pedagogiczne	1785	1566
Akademie medyczne	4660	4681
Wyższe szkoły artystyczne	284	295
Wyższe szkoły teologiczne	126	135
Pozostałe szkoły	10847	9884

Źródło: Edukacja w województwie podlaskim w roku szkolnym 2009/2010... op. cit, s. 9.

W roku 2011/2012 w województwie podlaskim funkcjonowały 24 uczelnie, co stanowiło 5% uczelni znajdujących się na terenie Polski (por. Tab. 9). W uczelniach tych studiowało 50873 osób (łącznie z cudzoziemcami), czyli niecałe 3% studiujących w całym kraju, co plasuje województwo podlaskie dopiero na 12 pozycji względem pozostałych województw. Najwięcej studentów skupia województwo mazowieckie (17,99% wszystkich studiujących – w samej Warszawie istnieje 77 uczelni), małopolskie (11,78%), wielkopolskie (9,39%), śląskie (9,16%), dolnośląskie (8,97%)²³.

Studenci w województwie podlaskim stanowią zaledwie 4,24 % populacji Podlasia. Najchętniej studiują oni na uniwersytetach (prawie 30% studentów) oraz wyższych szkołach technicznych (27% studentów). Najrzadziej wybierane uczelnie, to wyższe szkoły artystyczne i teologiczne. Niskie wykształcenie ludności stanowi jedno z większych zagrożeń dla rozwoju regionalnego.

²³ Szkoły wyższe i ich finanse w 2011 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012, s. 25, 108 – 117.

Pozytywnie przedstawia się analiza wskaźnika zatrudnienia wg poszczególnych grup wiekowych. Wskaźnik zatrudnienia osób z wykształceniem wyższym w województwie podlaskim w roku 2011 wynosił 73,7%, stopa bezrobocia 7,5% oraz współczynnik aktywności zawodowej 79,7%. Wskaźnik zatrudnienia osób z wykształceniem wyższym jest o 27% wyższy od średniej dla wszystkich poziomów zatrudnienia w województwie²⁴.

Tabela 10.

**Aktywność ekonomiczna ludności w wieku 15 lat i więcej
w latach 2009 – 2011 według województw**

Województwa	wsp. akt. zawod. %	wsk. zatr. %	stopa bezrob. rejestr. %	wsp. akt. zawod. %	wsk. zatr. %	stopa bezrob. rejestr. %	wsp. akt. zawod. %	wsk. zatr. %	stopa bezrob. rejestr. %
	2009			2010			2011		
POLSKA	55,1	50,4	11,9	55,8	50,4	12,4	53,3	46,4	12,5
Dolnośląskie	55,0	48,5	12,5	54,7	48,5	13,1	53,8	46,7	12,4
Kujawsko-pomorskie	55,2	49,1	15,8	54,7	48,9	17,0	53,4	45,4	17,0
Lubelskie	56,3	50,4	12,8	56,3	50,7	13,1	53,0	45,6	13,2
Lubuskie	55,4	48,5	15,9	55,6	49,8	15,5	54,7	47,0	15,4
Łódzkie	55,7	50,8	11,6	56,8	51,6	12,2	51,8	45,0	12,9
Małopolskie	53,6	50,0	9,7	55,1	50,1	10,4	53,0	46,6	10,5
Mazowieckie	58,3	55,3	9,0	58,5	54,2	9,7	55,1	49,3	9,8
Opolskie	54,4	48,4	12,6	53,6	48,6	13,6	51,4	44,7	13,3
Podkarpackie	55,9	50,9	15,5	56,9	50,3	15,4	50,4	41,4	15,5
Podlaskie	54,3	51,0	12,6	54,9	49,2	13,8	53,5	46,7	14,1
Pomorskie	53,5	49,0	12,0	55,9	50,7	12,3	55,2	48,2	12,5
Śląskie	52,5	49,0	9,2	52,9	48,1	10,0	52,4	46,3	10,2
Świętokrzyskie	57,1	49,9	14,7	57,0	50,1	15,2	48,5	40,1	15,2
Warmińsko-mazurskie	52,7	48,0	20,2	53,5	48,3	20,0	52,4	43,6	20,2
Wielkopolskie	56,2	51,8	9,1	58,2	53,1	9,2	56,1	50,2	9,1
Zachodniopomorskie	51,3	46,8	16,5	52,7	46,2	17,8	52,8	44,7	17,6

Źródło: Rocznik Statystyczny Województw 2010, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2010, tab. 1(61), s. 282, Rocznik Statystyczny Województw 2011, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011, tab. 1(64), s. 292, Rocznik Statystyczny Województw 2012, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012, tab. 1(66), s.306.

Podstawową miarą rynku pracy jest współczynnik aktywności zawodowej. W Polsce w roku 2011 procentowy udział aktywnych zawodowo, a więc osób pracujących lub niepracujących a zainteresowanych podjęciem pracy (czyli bezrobotnych), w ogólnej liczbie ludności w wieku 15 lat i więcej, kształtował się na poziomie 53,3%. Zatem nieco ponad połowa osób w wieku 15 lat i więcej była aktywna zawodowo, czyli pracowała lub poszukiwała pracy. Wskaźnik ten na Podlasiu wyniósł 53,5, zatem o 1,4 pkt. proc. niższy w stosunku do roku poprzedniego. Procentowy udział ludności pracującej w ogólnej liczbie ludności w wieku 15 lat i więcej, a więc wskaźnik zatrudnienia w Polsce w roku 2011 wyniósł 46,4%. Podlaskie odnotowało ten wskaźnik na poziomie 46,7%. Wielkością statyczną, która opisuje nasilenie zjawiska bezrobocia jest stopa bezrobocia. W Polsce w roku 2011 ukształtowała się ona na poziomie 12,5%, zaś na Podlasiu – 14,1% (w latach 2009 – 2011 jej wartość z roku na rok wzrastała). Najwyższą stopą bezrobocia

²⁴ Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2012, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2012, tabl. 2 (74).

rejestrowanego w roku 2011 odnotowano w warmińsko – mazurskim (20,2%), zaś najniższą w wielkopolskim (9,1%). Podlaskie pod tym względem zajęło 10 lokatę (por. tab. 10).

Tabela 11.
Przeciętne zatrudnienie w województwie podlaskim w latach 2005 – 2011

Wyszczególnienie	2005	2010	2011	2011 (%)
OGÓŁEM	173387	177785	179338	100
Rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo	2297	1911	1964	1,1
Przemysł	48255	46698	47643	26,57
Budownictwo	6827	10089	11013	6,14
Handel; naprawa pojazdów samochodowych	21640	24415	24681	13,76
Transport i gospodarka magazynowa	7692	5148	5233	2,92
Zakwaterowanie i gastronomia	2021	2423	2137	1,19
Informacja i komunikacja	1744	1103	1073	0,6
Działalność finansowa i ubezpieczeniowa	4448	3277	3391	1,89
Obsługa rynku nieruchomości	2983	2686	2885	1,61
Działalność profesjonalna, naukowa i techniczna	1297	2024	2039	1,14
Administrowanie i działalność wspierająca	3957	3113	2901	1,62
Administracja publiczna i obrona narodowa; obowiązkowe zabezpieczenia społeczne	17756	20597	19890	11,09
Edukacja	31782	32340	32472	18,11
Opieka zdrowotna i pomoc społeczna	17705	18558	18588	10,36
Działalność związana z kulturą, rozrywką i rekreacją	2551	3070	3158	1,76
Pozostała działalność usługowa	432	334	271	0,15

Źródło: opracowanie własne na podstawie Rocznika Statystycznego Województwa Podlaskiego 2012, tab. 6(78).

Średnia wielkość zatrudnienia w województwie podlaskim w latach 2005 – 2011 rosła (por. Tab. 11). W roku 2011 zwiększyła się w stosunku do roku bazowego o 3,43% i wyniosła 179338. Najwyższym udziałem w strukturze tego wskaźnika w roku 2011 charakteryzował się szeroko pojęty sektor usług, głównie handel; naprawa pojazdów samochodowych (13,76%). Edukacja stanowiła 18,11% wartości wskaźnika, administracja publiczna i obrona narodowa; obowiązkowe zabezpieczenia społeczne – 11,09%, opieka zdrowotna i pomoc społeczna – 10,36%. Przeciętne zatrudnienie w przemyśle w roku 2011 wyniosło 47643 i była to wartość niższa o 1,3% w stosunku do roku bazowego. W badanym okresie czasu znacznie poprawiło się średnie zatrudnienie w sektorze budownictwa (wzrost o 61,3%).

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w Polsce w latach 2005 – 2011 z roku na rok wzrastało i w roku 2011 wartość ta wyniosła 3403,5 zł. Najwyższa w roku 2011 była w województwie mazowieckim (4243,4 zł), co stanowiło ponad 24% powyżej średniej krajowej (por. Tab. 12). Wartość wyższą niż średnia krajowa prezentuje również województwo śląskie (3553,7 zł, 104,4% średniej krajowej). Poziom przeciętnego wynagrodzenia w badanym czasookresie wzrastał również na Podlasiu i w roku 2011 wyniosło ono 3002,4 zł, zatem 88,2% wartości przeciętnej krajowej (pod tym względem podlaskie uplasowało się na 11 pozycji wśród województw). W latach 2010 – 2011 najwyższy wzrost średniego wynagrodzenia odnotowano w województwie śląskim (7,5%), zaś w podlaskim wzrost ten był na poziomie 5,2% (podobnie, jak w mazowieckim, zaś wzrost średniej krajowej był na

poziomie 5,6%). Najniższy wzrost przeciętnego wynagrodzenia odnotowano w opolskim (3,5%).

Tabela 12.

**Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w zł
w latach 2005 – 2011 według województw**

Województwa	2005	2009	2010	2011	2011(%)
POLSKA	2360,62	3101,7	3224,13	3403,5	100
Dolnośląskie	2329,93	3085,6	3211,80	3374,5	99,1
Kujawsko-pomorskie	2046,09	2657,0	2759,68	2906,3	85,4
Lubelskie	2076,81	2727,7	2922,60	3066,3	90,1
Lubuskie	2032,99	2640,4	2755,38	2903,7	85,3
Łódzkie	2052,90	2711,9	2877,62	3053,2	89,7
Małopolskie	2177,02	2861,8	2973,79	3134,1	92,1
Mazowieckie	3027,00	3915,5	4031,95	4243,4	124,7
Opolskie	2126,53	2793,8	2946,59	3048,8	89,6
Podkarpackie	2001,53	2617,5	2753,12	2887,9	84,8
Podlaskie	2085,12	2722,0	2854,02	3002,4	88,2
Pomorskie	2350,25	3067,7	3138,25	3314,5	97,4
Śląskie	2433,95	3185,5	3306,69	3553,7	104,4
Świętokrzyskie	2042,43	2681,6	2793,23	2941,4	86,4
Warmińsko-mazurskie	2015,99	2606,0	2722,00	2863,3	84,1
Wielkopolskie	2150,38	2805,3	2947,27	3101,3	91,1
Zachodniopomorskie	2141,09	2771,5	2885,51	3040,8	89,3

Źródło: Rocznik Statystyczny Województw 2006, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2006, s. 123, Rocznik Statystyczny Województw 2010... op. cit, tab. 1(83), s. 312, Rocznik Statystyczny Województw 2011... op. cit, tab. 1(88), s. 324, Rocznik Statystyczny Województw 2012... op. cit, tab. 1(87), s.338.

Przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na 1 osobę w gospodarstwach domowych w Polsce w latach 2009 – 2011 wzrósł o 10% (por. Tab. 13). Najwyższą jego wartość w roku 2011 odnotowano w województwie mazowieckim (1623,0 zł), która stanowi 132,3 % wartości średniej krajowej. Wartości powyżej średniej krajowej zanotowały również: pomorskie (104,9% średniej), dolnośląskie (104,6%) i zachodniopomorskie (100,3%). Najniższy przeciętny dochód rozporządzalny na 1 osobę w roku 2011 był w podkarpackim (937,9 zł, 76,4% wartości średniej krajowej). Podlaskie pod względem badanego wskaźnika uplasowało się na pozycji 5 (1224,9 zł, 99,8% wartości średniej krajowej). Najwyższy wzrost wskaźnika w latach 2010 – 2011 odnotowano w podlaskim – 11% (wzrost wartości średniej krajowej – 2,9%), zaś spadek miał miejsce w kujawsko – pomorskim (o 4,3%) oraz warmińsko – mazurskim (0,6%).

Udział państwa w procesie podnoszenia innowacyjności gospodarki jest szczególnie ważny w dobie postępującej integracji i globalizacji gospodarki

światowej²⁵. Na rozwój regionu istotny wpływ ma poziom innowacyjności znajdujących się na jego terenie przedsiębiorstw.

Tabela 13.

**Przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na 1 osobę
w gospodarstwach domowych**

Województwa	2009	2010	2011	2011 (%)
POLSKA	1114,49	1192,82	1227,0	100
Dolnośląskie	1174,26	1239,17	1282,9	104,6
Kujawsko-pomorskie	1014,99	1158,49	1108,9	90,4
Lubelskie	908,99	978,49	1025,8	83,6
Lubuskie	1103,32	1153,06	1189,9	97,0
Łódzkie	1115,10	1178,73	1203,2	98,1
Małopolskie	1041,73	1107,54	1156,8	94,3
Mazowieckie	1438,73	1601,97	1623,0	132,3
Opolskie	1082,27	1115,73	1181,9	96,3
Podkarpackie	834,59	907,28	937,9	76,4
Podlaskie	1018,77	1103,20	1224,9	99,8
Pomorskie	1164,50	1243,12	1286,9	104,9
Śląskie	1114,05	1168,42	1215,4	99,1
Świętokrzyskie	937,89	1026,36	1062,8	86,6
Warmińsko-mazurskie	1084,28	1103,39	1096,9	89,4
Wielkopolskie	1097,33	1125,74	1135,0	92,5
Zachodniopomorskie	1139,67	1186,91	1231,1	100,3

Źródło: Rocznik Statystyczny Województw 2010... op. cit, tab. 4(86), s. 317, Rocznik Statystyczny Województw 2011... op. cit, tab. 4(91), s. 329, Rocznik Statystyczny Województw 2012... op. cit, tab. 4(90), s.343.

Tabela 14 zawiera informacje dotyczące liczby wynalazków zgłoszonych oraz udzielonych patentów w Urzędzie Patentowym RP dla poszczególnych województw w latach 2009 – 2011. W tym czasie ogólna liczba wynalazków w Polsce rosła, natomiast w roku 2011 najwięcej zgłoszono w województwie mazowieckim (20,22 % wynalazków krajowych), śląskim (14,08%), wielkopolskim (10,71%), dolnośląskim (8,75%) oraz małopolskim (8,73%). Podlaskie pod tym względem uzyskało pozycję 13 (1,91%). Najniższe wartości odnotowano w świętokrzyskim (1,78%), warmińsko – mazurskim (1,67%) oraz lubuskim (1,31%).

Ogólna liczba udzielanych patentów w Polsce w badanym czasie z roku na rok rosła. Najwyższe wartości tego wskaźnika w roku 2011 odnotowano w województwie mazowieckim (411 patentów, 20,67% patentów udzielonych w kraju), śląskim (321 patentów, 16,14%), dolnośląskim (257 patentów, 12,92%), małopolskim (167 patentów, 8,4%), łódzkim (137 patentów, 6,89%) a także wielkopolskim (129

²⁵ R. W. Ciborowski, Polityka innowacyjna a konkurencyjność międzynarodowa Polski, [w:] H. Podedworny, J. Grabowiecki, H. Wnorowski (red.), Konkurencyjność gospodarki polskiej a rola państwa przed akcesją do Unii Europejskiej, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2000, s. 194.

patentów, 6,49%). Podlaskie pod względem badanego wskaźnika zajęło lokatę 16 (11 patentów, 0,55%).

Tabela 14.

**Wynalazki krajowe i patenty udzielone w Urzędzie Patentowym RP
według województw w latach 2009 – 2011**

Województwo	2009		2010		2011	
	Wynalazki zgłoszone	Udzielone patenty	Wynalazki zgłoszone	Udzielone patenty	Wynalazki zgłoszone	Udzielone patenty
Polska	2899	1536	3175	1760	3828	1989
Dolnośląskie	287	170	320	146	335	257
Kujawsko – pomorskie	115	53	124	35	156	80
Lubelskie	137	60	124	55	210	103
Lubuskie	23	18	28	7	50	19
Łódzkie	177	115	212	94	282	137
Małopolskie	258	141	310	164	334	167
Mazowieckie	644	339	701	701	774	411
Opolskie	75	34	70	28	95	65
Podkarpackie	70	45	82	32	120	53
Podlaskie	50	15	56	11	73	11
Pomorskie	216	78	201	81	222	87
Śląskie	374	274	436	233	539	321
Świętokrzyskie	47	37	49	25	68	47
Warmińsko – mazurskie	35	9	60	18	64	14
Wielkopolskie	282	105	314	95	410	129
Zachodniopomorskie	109	43	116	35	146	88

Źródło: Nauka i technika w 2009 roku, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Szczecinie, Warszawa 2011, s. 504 – 505; Nauka i technika w 2010 roku, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Szczecinie, Warszawa 2012, s. 136 – 137; Nauka i technika w 2011 roku Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Szczecinie, Warszawa 2012, s. 148.

W Tabeli 15 zestawiono dane dotyczące liczby wzorów użytkowych krajowych zgłoszonych w Urzędzie Patentowym RP oraz udzielonych praw ochronnych według województw w latach 2009 – 2011. W badanym okresie czasu ogólna liczba wzorów użytkowych krajowych rosła. Niemal 18% zgłoszeń krajowych należało do województwa śląskiego, 15% - do mazowieckiego, 12% - do małopolskiego, 10% - do wielkopolskiego oraz 8% - do dolnośląskiego. Województwo lubuskie charakteryzowało się najmniejszym udziałem zgłoszeń (0,64%), natomiast podlaskie zajęło 11 pozycję (3,09% zgłoszeń).

W latach 2009 – 2011 liczba udzielonych przez Urząd Patentowy RP praw ochronnych na wzory użytkowe z roku na rok rosła. Największy udział udzielonych praw ochronnych w ogólnej liczbie udzielonych praw w roku 2011 odnotowało województwo mazowieckie (20,1%), a na kolejnych pozycjach znalazło się śląskie (16,67%) oraz małopolskie (14,66%). Podlaskie w rankingu województw zajęło 11 pozycję razem z pomorskim i warmińsko – mazurskim (2%), natomiast na miejscu ostatnim uplasowało się lubuskie (0,4%).

Największy wzrost liczby zgłoszeń wzorów użytkowych w porównaniu z rokiem 2010, odnotowano w pomorskim (wzrost o 64,7 p. proc.), zaś największy spadek – w świętokrzyskim (o 36,7 p. proc.). Jeśli chodzi o udzielone prawa ochronne na wzory użytkowe, dwukrotny i najwyższy wzrost zanotowano dla zgłoszeń z warmińsko – mazurskiego i zachodniopomorskiego, natomiast najwyższy spadek – w lubuskim (o 77,8 p. proc.).

Tabela 15.

**Wzory użytkowe krajowe zgłoszone w Urzędzie Patentowym RP
oraz udzielone prawa ochronne według województw w latach 2009 – 2011**

Województwo	2009		2010		2011	
	Wzory użytkowe zgłoszone	Udzielone prawa ochronne	Wzory użytkowe zgłoszone	Udzielone prawa ochronne	Wzory użytkowe zgłoszone	Udzielone prawa ochronne
Polska	734	431	879	484	940	498
Dolnośląskie	52	19	65	23	75	36
Kujawsko – pomorskie	45	26	45	29	34	32
Lubelskie	28	25	24	24	42	14
Lubuskie	8	3	6	9	6	2
Łódzkie	31	37	56	23	56	16
Małopolskie	98	45	74	52	106	73
Mazowieckie	139	85	158	116	135	100
Opolskie	10	3	17	8	23	9
Podkarpackie	33	12	49	19	46	22
Podlaskie	15	4	31	14	29	10
Pomorskie	16	22	34	12	56	10
Śląskie	130	73	170	90	168	83
Świętokrzyskie	19	17	30	15	19	14
Warmińsko – mazurskie	23	11	25	5	27	10
Wielkopolskie	69	38	77	35	91	47
Zachodniopomorskie	18	11	18	10	27	20

Źródło: Nauka i technika w 2009 roku... op. cit, s. 504 – 505; Nauka i technika w 2010 roku... op. cit, s. 138, Nauka i technika w 2011 roku... op. cit, s. 149.

W Tabeli 16 zestawiono dane dotyczące nakładów na działalność innowacyjną w zakresie innowacji produktowych i procesowych w przedsiębiorstwach przemysłowych według województw latach 2006 – 2011. Ogólna wartość tych nakładów w Polsce w latach 2008 – 2011 spadła o 18,6%, zaś w ujęciu terytorialnym pod tym względem dominuje województwo śląskie (19,3%), mazowieckie (18,8%), łódzkie (11%) i wielkopolskie (10,8%). Należy jednak zauważyć, że dla województw: mazowieckiego, śląskiego oraz łódzkiego w porównaniu z rokiem 2008 odsetek ten zmalał odpowiednio o: 26%, 8,4% oraz 4,3%. Istotny spadek nakładów na działalność innowacyjną w zakresie innowacji produktowych i procesowych w przedsiębiorstwach przemysłowych odnotowano też w kujawsko – pomorskim (o 70%) i pomorskim (o 62,6%). Wzrost nakładów w tym zakresie odnotowano jedynie w czterech województwach: zachodniopomorskim (o 54,5%), wielkopolskim (o 35,8%), opolskim (o 28%) i podkarpackim (o 15,4%). Udział województwa podlaskiego w nakładach na działalność innowacyjną w Polsce

w roku 2011 wyniósł 1,5%, co uplasowało je na 14 pozycji w rankingu województw i w porównaniu z rokiem 2008 odnotowało ono spadek o 30%.

Tabela 16.

Nakłady na działalność innowacyjną w zakresie innowacji produktowych i procesowych w przedsiębiorstwach przemysłowych według województw w latach 2006 - 2011

Województwo	2006		2008		2011	
	w mln zł	w odsetkach	w mln zł	w odsetkach	w mln zł	w odsetkach
Polska	17841,2	100	25590,7	100	20820,9	100
Dolnośląskie	1220,1	6,8	1829,7	7,1	1754,0	8,4
Kujawsko – pomorskie	875,8	4,9	1981,0	7,7	587,0	2,8
Lubelskie	562,7	3,2	827,4	3,2	532,0	2,6
Lubuskie	239,8	1,3	362,5	1,4	235,5	1,1
Łódzkie	454,3	2,5	2403,7	9,4	2300,5	11,0
Małopolskie	1341,7	7,5	1615,2	6,3	1205,7	5,8
Mazowieckie	4022,0	22,5	5295,9	20,7	3920,4	18,8
Opolskie	315,8	1,8	310,7	1,2	397,8	1,9
Podkarpackie	937,8	5,3	1017,3	4,0	1174,3	5,6
Podlaskie	458,3	2,6	445,5	1,7	311,2	1,5
Pomorskie	982,9	5,5	2285,2	8,9	854,3	4,1
Śląskie	3753,3	21,0	4387,0	17,1	4016,8	19,3
Świętokrzyskie	1163,0	6,5	451,6	1,8	401,1	1,9
Warmińsko – mazurskie	323,9	1,8	325,4	1,3	268,2	1,3
Wielkopolskie	1714,8	9,6	1656,7	6,5	2250,3	10,8
Zachodniopomorskie	330,7	1,9	395,9	1,5	611,8	2,9

Źródło: Działalność innowacyjna przedsiębiorstw w latach 2006 – 2008, Notatka Informacyjna, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Szczecinie, Szczecin 2009, s. 3, Działalność innowacyjna przedsiębiorstw w latach 2009 – 2011, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Szczecinie, Warszawa 2012, s. 57.

W Tabeli 17 zestawiono udział przedsiębiorstw aktywnych innowacyjnie i innowacyjnych w latach 2009 – 2011 według województw w ogólnej ilości tych przedsiębiorstw.

W latach 2009 – 2011 najwyższy odsetek aktywnych innowacyjnie przedsiębiorstw przemysłowych zanotowano w województwie podkarpackim (22,2%). Drugą lokatę w rankingu województw zajęło opolskie (20,6%), dalej małopolskie (20,2%), lubelskie (20,1%), kujawsko – pomorskie (19,1%) i wielkopolskie (18,9%). Na Podlasiu było wówczas 17,1% aktywnych innowacyjnie przedsiębiorstw przemysłowych, co plasowało je na pozycji 7, natomiast przedsiębiorstw z sektora usług – 9,3% (13 miejsce). Największą liczbę przedsiębiorstw aktywnych innowacyjnie z sektora usług odnotowano w pomorskim (15,3%), śląskim (15,1%) i mazowieckim (14,4%).

Największy odsetek przedsiębiorstw przemysłowych, które w latach 2009 – 2011 wprowadziły innowacje, w ogólnej liczbie tych przedsiębiorstw zanotowano w

podkarpackim (21%), natomiast najmniejszy w łódzkim (11,1%). W zestawieniu z badaniami z lat 2008 – 2010, największy wzrost udziału tych przedsiębiorstw odnotowano w województwie małopolskim (o 3,2 pkt proc.), a największy spadek w województwie śląskim (o 5,1 pkt proc.). Najbardziej innowacyjne w sektorze usług było pomorskie, gdyż wskaźnik ten wyniósł 14,1%, zaś najmniej innowacyjne – województwo zachodniopomorskie (6,5%). W większości województw odsetek przedsiębiorstw innowacyjnych w sektorze usług zmalał, najbardziej – w zachodniopomorskim (o 5,4 pkt proc.), największy przyrost wystąpił zaś w województwie kujawsko – pomorskim (o 2,5 pkt proc.).

Tabela 17.

**Przedsiębiorstwa aktywne innowacyjnie i innowacyjne
w latach 2009 – 2011 według województw**

Województwo	Przedsiębiorstwa aktywne innowacyjnie w latach 2009 – 2011 w %		Przedsiębiorstwa innowacyjne w latach 2009 – 2011 w %	
	przemysłowe	z sektora usług	przemysłowe	z sektora usług
Dolnośląskie	16,1	9,7	15,0	9,6
Kujawsko – pomorskie	19,1	11,9	18,8	11,9
Lubelskie	20,1	10,8	19,3	9,7
Lubuskie	12,5	11,2	12,3	10,2
Łódzkie	11,5	8,5	11,1	8,5
Małopolskie	20,2	12,1	19,5	11,1
Mazowieckie	15,0	14,4	13,9	13,7
Opolskie	20,6	10,3	20,1	10,3
Podkarpackie	22,2	12,5	21,0	11,4
Podlaskie	17,1	9,3	17,1	8,9
Pomorskie	16,5	15,3	16,2	14,1
Śląskie	17,0	15,1	15,2	13,2
Świętokrzyskie	15,9	7,9	15,6	7,7
Warmińsko – mazurskie	16,1	9,7	15,5	9,4
Wielkopolskie	18,9	12,3	18,5	11,7
Zachodniopomorskie	14,1	6,6	13,2	6,5

Źródło: Działalność innowacyjna przedsiębiorstw w latach 2009 – 2011... op. cit, s. 23 – 24, 29.

Należy zauważyć, że w podlaskim w 2011 znajdowała się najmniejsza liczba przedsiębiorstw przemysłowych (2,4%), zaś pod względem liczby przedsiębiorstw należących do sektora usług zajęło pozycję 12 (2,5%)²⁶.

Działalność badawcza i rozwojowa, to systematycznie prowadzone prace twórcze, podjęte dla zwiększenia zasobu wiedzy w tym wiedzy o człowieku, kulturze i społeczeństwie, jak również dla znalezienia nowych zastosowań dla tej wiedzy. Obejmuje ona badania naukowe (badania podstawowe, badania stosowane i badania przemysłowe) oraz prace rozwojowe²⁷.

Tabela 18 zawiera informacje dotyczące nakładów na działalność badawczą i rozwojową w latach 2005 – 2011 w województwach. W badanym czasie ogólna wartość nakładów na działalność badawczą i rozwojową w Polsce rosła i w roku

²⁶ Działalność innowacyjna przedsiębiorstw w latach 2009 – 2011, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Szczecinie, Warszawa 2012, s. 18 – 19, 23 – 24.

²⁷ Rocznik Statystyczny Województw 2012, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012, s. 490.

2011 wyniosła ona 11686,7 mln zł, czyli była ponaddwukrotnie wyższa niż w roku 2005.

Tabela 18.

**Nakłady na działalność badawczą i rozwojową w latach 2005 – 2011
według województw**

Nakłady na B+R Województwa	2005		2009		2010		2011	
	w mln zł	w odsetkach	w mln zł	w odsetkach	w mln zł	w odsetkach	w mln zł	w odsetkach
POLSKA	5574,6	100,0	9070,0	100,0	10416,2	100,0	11686,7	100,0
Dolnośląskie	346,5	6,2	581,3	6,4	630,0	6,0	725,2	6,2
Kujawsko-pomorskie	114,7	2,1	346,8	3,8	204,2	2,0	187,3	1,6
Lubelskie	182,9	3,3	295,9	3,3	362,2	3,5	378,0	3,2
Lubuskie	35,8	0,6	29,0	0,3	45,5	0,4	56,0	0,5
Łódzkie	320,5	5,7	492,9	5,4	553,2	5,3	578,5	5,0
Małopolskie	731,9	13,1	922,6	10,2	1091,4	10,5	1210,5	10,4
Mazowieckie	2322,8	41,7	3498,1	38,6	4248,7	40,8	4675,6	40,0
Opolskie	28,0	0,5	68,4	0,8	38,5	0,4	84,2	0,7
Podkarpackie	111,6	2,0	189,0	2,1	508,3	4,9	542,2	4,6
Podlaskie	61,4	1,1	66,3	0,7	103,9	1,0	139,5	1,2
Pomorskie	288,7	5,2	397,4	4,4	488,4	4,7	625,3	5,4
Śląskie	438,5	7,9	956,5	10,5	848,8	8,1	1033,7	8,8
Świętokrzyskie	19,6	0,4	146,7	1,6	167,9	1,6	143,0	1,2
Warmińsko-mazurskie	66,2	1,2	115,5	1,3	173,8	1,7	201,1	1,7
Wielkopolskie	435,5	7,8	845,9	9,3	777,8	7,5	910,1	7,8
Zachodniopomorskie	70,0	1,3	117,8	1,3	173,8	1,7	196,5	1,7

Źródło: Rocznik Statystyczny Województw 2010... op. cit, s. 52, Rocznik Statystyczny Województw 2011... op. cit, tabl. 4(177), Rocznik Statystyczny Województw 2012... op. cit, s. 497.

Największą wartość nakładów na działalność badawczą i rozwojową odnotowano w województwie mazowieckim – 40% nakładów krajowych w roku 2011. Na drugim miejscu w rankingu województw pod względem badanego wskaźnika znalazło się małopolskie (10,4%), dalej śląskie (8,8%), wielkopolskie (7,8%) i dolnośląskie (6,2%). Najniższe wartości nakładów na działalność badawczą i rozwojową w roku 2011 odnotowano w opolskim (0,7%) i lubuskim (0,5%), zaś województwo podlaskie pod względem badanego wskaźnika uplasowało się na pozycji 13 (1,2% nakładów).

Nakłady inwestycyjne stanowią nakłady finansowe lub rzeczowe, których celem jest stworzenie nowych środków trwałych lub ulepszenie (przebudowa, rozbudowa, rekonstrukcja lub modernizacja) istniejących obiektów majątku trwałego, a także nakłady na tzw. pierwsze wyposażenie inwestycji²⁸.

W Tabeli 19 zawarto dane dotyczące nakładów inwestycyjnych województw w latach 2005 – 2011. W badanym czasie obserwuje się w Polsce ich wzrost. W roku 2005 ich wartość w kraju wyniosła 131054,9 mln zł, natomiast w roku 2011 – 243346,2 mln zł, zatem niemalże dwukrotny wzrost. W badanym okresie czasu

²⁸ Rocznik Statystyczny Województw 2012... op. cit, s. 624.

najwyższym odsetkiem tego wskaźnika w Polsce charakteryzowało się województwo mazowieckie (w roku 2011 – 18,8%), dalej śląskie (12,4%), wielkopolskie (8,6%), dolnośląskie (8,3%) i małopolskie (7,5%). Udział w nakładach inwestycyjnych kraju województwa podlaskiego w roku 2011 wyniósł 2,7%, co uplasowało je na pozycji 15 w rankingu województw. Najniższym wskaźnikiem nakładów inwestycyjnych w Polsce charakteryzowało się województwo opolskie (1,9% nakładów krajowych).

Tabela 19.**Nakłady inwestycyjne (ceny bieżące) w latach 2005 – 2011 według województw**

Nakłady inwestycyjne (ceny bieżące)	2005		2009		2010		2011	
	w mln zł	w odsetkach	w mln zł	w odsetkach	w mln zł	w odsetkach	w mln zł	w odsetkach
Województwa								
POLSKA	131054,9	100,0	218580,9	100,0	217287,3	100,0	243346,2	100,0
Dolnośląskie	11475,2	8,8	18751,9	8,6	17950,2	8,3	20164,8	8,3
Kujawsko-pomorskie	5420,8	4,1	11120,4	5,1	10627,1	4,9	11313,1	4,6
Lubelskie	4347,2	3,3	7932,0	3,6	8288,1	3,8	10332,1	4,2
Lubuskie	3317,0	2,5	4422,6	2,0	7497,2	3,5	7990,5	3,3
Łódzkie	9011,2	6,9	13364,3	6,1	13704,4	6,3	16853,0	6,9
Małopolskie	10056,4	7,7	14903,6	6,8	16024,2	7,4	18143,6	7,5
Mazowieckie	29018,7	22,1	45479,9	20,8	43333,2	19,9	45781,4	18,8
Opolskie	2679,0	2,0	4549,5	2,1	4675,3	2,1	4700,0	1,9
Podkarpackie	5118,9	3,9	8535,0	3,9	10288,7	4,8	13417,7	5,5
Podlaskie	3266,9	2,5	4634,5	2,1	5050,9	2,3	6517,8	2,7
Pomorskie	7403,7	5,6	17583,7	8,1	13062,1	6,0	13943,3	5,7
Śląskie	15474,5	11,8	28402,8	13,0	26304,5	12,1	30122,6	12,4
Świętokrzyskie	2987,5	2,3	6179,6	2,8	6745,4	3,1	6710,1	2,8
Warmińsko-mazurskie	3906,4	3,0	5854,5	2,7	6548,3	3,0	7751,2	3,2
Wielkopolskie	12774,3	9,7	18343,6	8,4	18883,9	8,7	20831,9	8,6
Zachodniopomorskie	4797,2	3,7	8523,2	3,9	8303,8	3,8	8773,1	3,6

Źródło: Rocznik Statystyczny Województw 2010... op. cit, s. 48, Rocznik Statystyczny Województw 2012... op. cit, s. 50 – 51.

Do podstawowych miar rozwoju gospodarczego należy wielkość PKB i PKB per capita. Produkt Krajowy Brutto obrazuje końcowy rezultat działalności wszystkich podmiotów gospodarki narodowej. W celu pokazania różnic w dynamice rozwojowej gospodarek w wybranym przedziale czasowym wykorzystuje się tempo zmian PKB.

W Tabeli 20 zestawiono dane dotyczące wielkości Produktu Krajowego Brutto i Produktu Krajowego Brutto na 1 mieszkańca województw w latach 2005 – 2010. Jego wartość w Polsce w roku 2010 wyniosła 1416585 mln zł i wzrosła w stosunku do roku poprzedniego o 5,5%. Najwyższy wzrost PKB w roku 2010 zanotowano w dolnośląskim (8,8%), mazowieckim (7,4%), łódzkim (6,0%), lubelskim (5,8%) i śląskim (5,0%). Podlaskie pod tym względem osiągnęło lokatę 10 wśród województw (3,8%), zaś najniższy wzrost zanotowano w opolskim, które zajęło pozycję 13 (2,4%) i świętokrzyskim – pozycja 12 (2,7%). Największy udział

w Produkcie Krajowym Brutto miało województwo mazowieckie (315826 mln zł, co odpowiada 22,3% krajowego PKB), dalej śląskie (184038 mln zł – 13%), wielkopolskie (131885 mln zł – 9,3%), dolnośląskie (120120 mln zł – 8,5%) i małopolskie (104089 mln zł – 7,3%). Najmniejszym udziałem w krajowym PKB charakteryzowało się opolskie (30380 mln zł) i lubuskie (31684 mln zł), zaś podlaskie pod względem badanego wskaźnika zajęło lokatę 14 (2,3%). Średnia wartość krajowa PKB per capita w roku 2010 wyniosła 37096 zł. W województwie mazowieckim wskaźnik ten stanowi ponad 60% powyżej średniej krajowej, ponad 10% powyżej średniej odnotowano w dolnośląskim, a także ponad 7% w śląskim. W roku 2010 wartość tego wskaźnika w podlaskim wyniosła ok. 20% poniżej średniego PKB per capita.

Tabela 20.

Produkt Krajowy Brutto w województwach w latach 2005 – 2010

Województwa	Produkt Krajowy Brutto							
	w mln zł (ceny bieżące)			w odsetkach (%)	na 1 mieszkańca (ceny bieżące) per capita			
	2005	2009	2010		w zł	w zł	Polska =100 (relacja do średniej krajowej)	
				2005			2010	2005
POLSKA	983302	1343366	1416585	100	25767	37096	100	100
Dolnośląskie	76770	110448	120120	8,5	26620	41750	103,3	112,5
Kujawsko – pomorskie	46411	61721	64379	4,5	22474	31107	87,2	83,9
Lubelskie	38487	51082	54042	3,8	17591	25079	68,3	67,6
Lubuskie	23413	30358	31684	2,2	23241	31348	90,2	84,5
Łódzkie	61307	81869	86765	6,1	23666	34180	91,8	92,1
Małopolskie	72118	99509	104089	7,3	21989	31501	85,3	84,9
Mazowieckie	209167	293974	315826	22,3	40817	60359	158,4	162,7
Opolskie	22352	29680	30380	2,1	21347	29498	82,8	79,5
Podkarpackie	37564	50684	52512	3,7	17789	24973	69,0	67,3
Podlaskie	22952	30903	32090	2,3	19075	26985	74,0	72,7
Pomorskie	55825	76243	79577	5,6	25308	35597	98,2	96,0
Śląskie	130849	175324	184038	13	27792	39677	107,9	107,0
Świętokrzyskie	24816	34747	35681	2,5	19274	28134	74,8	75,8
Warmińsko – mazurskie	28125	37076	38871	2,7	19709	27228	76,5	73,4
Wielkopolskie	93047	127361	131885	9,3	27553	38629	106,9	104,1
Zachodniopomorskie	40101	52389	54647	3,9	23924	32268	92,8	87,0

Źródło: Rocznik Statystyczny Województw 2010... op. cit, s. 87, Rocznik Statystyczny Województw 2012... op. cit, s. 90 – 91.

W Tabeli 21 zestawiono dane dotyczące wartości dodanej brutto na 1 pracującego (ceny bieżące) w latach 2005 – 2010. W badanym przedziale czasowym jej wielkość w Polsce wykazywała tendencję rosnącą i w roku 2010 wyniosła 90193 zł, czyli o 6,3% więcej w stosunku do roku poprzedzającego i o 35,5% więcej w stosunku do roku 2005. Najwyższą wartością omawianego wskaźnika w roku 2010 charakteryzowało się województwo mazowieckie (121703 zł, czyli o 34,9% powyżej średniej krajowej), dolnośląskie (104236 zł, o 15,6% powyżej), śląskie (97964 zł, o

8,6% powyżej), zachodniopomorskie (91905 zł, o 1,9 powyżej) i pomorskie (91814 zł, o 1,8% powyżej średniej). Natomiast wartość dodana brutto na 1 pracującego w pozostałych województwach była poniżej średniej krajowej. Omawiany wskaźnik w podlaskim w roku 2010 stanowił podlaskim 79,4% średniej krajowej, co dało lokatę 13 wśród województw. Wzrost wartości dodanej brutto na 1 pracującego w latach 2009 – 2010 w podlaskim wyniósł 7,5%.

Tabela 21.

Wartość dodana brutto na 1 pracującego (ceny bieżące) w latach 2005 – 2010 według województw

Województwa	Wartość dodana brutto na 1 pracującego (ceny bieżące)					
	w zł			Polska=100		
	2005	2009	2010	2005	2009	2010
POLSKA	66541	84895	90193	100,0	100,0	100,0
Dolnośląskie	73759	95483	104236	110,8	112,5	115,6
Kujawsko – pomorskie	61771	77307	81859	92,8	91,1	90,8
Lubelskie	45545	58420	62843	68,4	68,8	69,7
Lubuskie	68748	82812	85680	103,3	97,5	95,0
Łódzkie	58322	74796	80324	87,6	88,1	89,1
Małopolskie	56939	72858	76085	85,6	85,8	84,4
Mazowieckie	87895	112248	121703	132,1	132,2	134,9
Opolskie	65093	81295	85805	97,8	95,8	95,1
Podkarpackie	47256	61324	63727	71,0	72,2	70,7
Podlaskie	51918	66641	71610	78,0	78,5	79,4
Pomorskie	71321	88840	91814	107,2	104,6	101,8
Śląskie	73368	93050	97964	110,3	109,6	108,6
Świętokrzyskie	48744	65368	69492	73,3	77,0	77,0
Warmińsko – mazurskie	61440	76714	79754	92,3	90,4	88,04
Wielkopolskie	65122	83372	86352	97,9	98,2	95,7
Zachodniopomorskie	70660	86127	91905	106,2	101,5	101,9

Źródło: Rocznik Statystyczny Województw 2011... op. cit, s. , Rocznik Statystyczny Województw 2012... op. cit, s. 92.

Udziały poszczególnych podregionów województwa podlaskiego w tworzeniu PKB województwa są zróżnicowane (por. Tab. 22). W 2010 roku kształtowały się na poziomie: 15832 mln zł w podregionie białostockim (49,34% PKB województwa), 9675 mln zł w łomżyńskim (30,15%) oraz 6593 mln zł w suwalskim (20,55%). W latach 2009 – 2010 rozpiętość między podregionami o największym i najmniejszym udziale w tworzeniu PKB zmniejszyła się z 29,05 do 28,79 pkt proc., co świadczy o zmniejszającej się dysproporcji w poziomie rozwoju gospodarczego podregionów Podlasia. W porównaniu z rokiem 2008 tylko podregion łomżyński zwiększał swój udział w tworzeniu produktu krajowego brutto (0,9 pkt proc. w latach 2008 – 2009 i o 0,49 pkt proc. w latach 2009 - 2010), natomiast udziały pozostałych podregionów zmniejszyły się.

Spośród wartości województwa podlaskiego w latach 2008 – 2010 nie odnotowano poziomu PKB na 1 mieszkańca przekraczającego średnią krajową. We wszystkich podregionach relacja do średniej krajowej kształtowała się na poziomie poniżej przeciętnej wartości dla kraju. Najniższy poziom PKB na 1 mieszkańca odnotowany w 2010 r. w podregionie łomżyńskim stanowił 75,69% wartości PKB na 1 mieszkańca podregionu białostockiego. W regionie białostockim poziom PKB na 1 mieszkańca przekracza średnią województwa – w roku 2010 przekroczył ją o 16,1 pkt proc. i wykazuje tendencję malejącą.

Tabela 22.

Produkt Krajowy Brutto w podregionach województwa podlaskiego w latach 2008 – 2010 (ceny bieżące)

Wyszczególnienie	Produkt Krajowy Brutto							
	2008				2010			
	Ogółem w mln zł	Na 1 mieszkańca			Ogółem z mln zł	Na 1 mieszkańca		
		w zł	Polska =100	Wojewó dztwo=1 00		w zł	Polska =100	Wojewó dztwo=1 00
Podlaskie	29124	24434	73,0	100,0	32090	26985	72,7	100
Podregiony:								
białostocki	14591	28952	86,5	118,5	15832	31332	84,5	116,1
łomżyński	8377	20366	60,9	83,3	9675	23714	63,9	87,9
suwalski	6156	22254	66,5	91,1	6593	23859	64,3	88,4

Źródło: Rocznik Statystyczny Województw 2010... op. cit, s. 158 – 159, Rocznik Statystyczny Województw 2011... op. cit, s. 163, Rocznik Statystyczny Województw 2012... op. cit, s. 175.

Tabela 23 zawiera informacje dotyczące Produktu Krajowego Brutto w województwie podlaskim w latach 2000 – 2010. W badanym okresie czasu wartość dodana brutto w województwie podlaskim w sektorach gospodarczych wykazywała tendencję wzrostową. Największy udział w generowaniu wartości dodanej brutto w roku 2010 miał sektor przedsiębiorstw – 10914 mln zł (38,62%) oraz gospodarstw domowych – 10715 mln zł (37,91%). W roku 2010 w strukturze gospodarki dominujący udział, który mierzony jest wartością dodaną brutto, miały handel; naprawa pojazdów samochodowych; transport i gospodarka magazynowa; zakwaterowanie i gastronomia; informacja i komunikacja (27,7 %), a także pozostałe usługi (25,8 %). W innych województwach udział usług WDB wahał się od 15426 mln zł w województwie opolskim do 207792 mln zł w mazowieckim. Podlaskie pod tym względem zajmuje dopiero miejsce 14 (17618 mln zł). Jednostki prowadzące działalność w przemyśle w 2010 r. w podlaskim wytworzyły 19,5% wojewódzkiej wartości dodanej brutto (średnia w Polsce 24,7%). Z danych Rocznika Statystycznego Województw 2012 wynika, że udział ten kształtował się od 15% w województwie mazowieckim do 35% w śląskim, co sprawiło, że Podlasie zajęło dopiero 13 lokatę wśród województw. Udział rolnictwa, łowiectwa i leśnictwa oraz rybactwa w tworzeniu WDB w Polsce był stosunkowo niewielki. W 2010 r. wahał się od zaledwie 0,9% w województwie śląskim do 10,4% w województwie podlaskim (średnia dla Polski wyniosła 3,7%). Pod tym względem Podlasie zajęło 1 miejsce. Województwo podlaskie plasuje się na 10 miejscu wśród województw pod względem udziału budownictwa w tworzeniu wartości dodanej brutto. Udział ten w

roku 2008 wynosił 7,8% (w kraju 8%), podczas gdy w 2005 r. 6,1%. Podsumowując, należy stwierdzić, że w latach 2000 – 2010 struktura wartości dodanej brutto według rodzaju działalności nie uległa większym zmianom (por. Tab. 23).

Tabela 23.

**Produkt Krajowy Brutto w województwie podlaskim
w latach 2000 – 2010 (ceny bieżące)**

Wyszczególnienie	2000	2005	2010	2000	2005	2010
	w mln zł			w odsetkach		
Ogółem	17588	22952	32090	x	x	X
w tym wartość dodana brutto	15647	20222	28263	100	100	100
w tym sektor						
• przedsiębiorstw	5560	7116	10914	35,5	35,2	38,6
• instytucji rządowych i samorządowych	3184	4017	5698	20,3	19,9	20,2
• gospodarstw domowych	6308	8313	10715	40,3	41,1	37,9
Rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo	15163	2422	2943	10	12	10,4
Przemysł	2901	3781	5502	18,5	18,7	19,5
• w tym przetwórstwo przemysłowe	2544	3232	4547	16,3	16	16,1
Budownictwo	1069	1234	2201	6,8	6,1	7,8
Handel; naprawa pojazdów samochodowych; transport i gospodarka magazynowa; zakwaterowanie i gastronomia; informacja i komunikacja	4490	5601	7826	28,7	27,7	27,7
Działalność finansowa i ubezpieczeniowa; obsługa rynku nieruchomości	1701	2018	2511	10,9	10	8,9
Pozostałe usługi	3923	5166	7281	25,1	25,5	25,8
na 1 mieszkańca (w zł)	14517	19111	26985	x	x	X

Źródło: Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2012... op. cit, tabl. 1(264).

W Tabeli 24 zawarto informacje dotyczące podmiotów gospodarki narodowej zarejestrowanych w rejestrze REGON wg województw w latach 2005 – 2011.

Do roku 2008 liczba podmiotów gospodarki narodowej zarejestrowanych w rejestrze REGON w Polsce zwiększała się i osiągnęła wtedy wartość 375709. Jednak w roku 2009 ich liczba zmniejszyła się o 14420, czyli o 0,4%. Następnie, w roku 2010, znów wzrosła – o 4,46%, po czym w 2011 r. zanotowano ich spadek – o 1,02%. Największa liczba podmiotów znajduje się w mazowieckim – w roku 2011 odnotowano 675099 podmiotów, co stanowi 17,44% podmiotów znajdujących się w Polsce. Na drugim miejscu uplasowało się województwo śląskie (443420), dalej wielkopolskie (376483), małopolskie (331595) i dolnośląskie (327625). W bazie krajowego rejestru urzędowego podmiotów gospodarki narodowej REGON najmniej podmiotów znajdowało się w województwie podlaskim (91738). W latach 2008 – 2009 ich liczba zmniejszyła się o 651, czyli o 0,72%, oraz w latach 2010 – 2011 o 138 (0,15%). Na 10 tysięcy ludności w roku 2011 przypadają w Polsce 1004

podmioty gospodarki narodowej zarejestrowane w rejestrze REGON. W roku 2011 największa liczba podmiotów (na 10 tysięcy ludności) znajdowała się w województwie mazowieckim (1277), drugie miejsce zajęło zachodniopomorskie (1246), dalej pomorskie (1131), dolnośląskie (1123), wielkopolskie (1090) i lubuskie (1021). Podlaskie pod tym względem uplasowało się na czternastej pozycji z liczbą 764 podmiotów (por. Tab. 24).

Tabela 24.

**Podmioty gospodarki narodowej zarejestrowane w rejestrze REGON
wg województw w latach 2005 – 2011**

Województwa	Podmioty gospodarki narodowej zarejestrowane w rejestrze REGON					
	W liczbach bezwzględnych					Na 10 tys. Ludności
	2005	2008	2009	2010	2011	2011
POLSKA	3615621	3757093	3742673	3909802	3869897	1004
Dolnośląskie	302615	316720	316811	331247	327625	1123
Kujawsko – pomorskie	187231	192182	182031	186007	184365	879
Lubelskie	149019	154595	156180	164076	162095	746
Lubuskie	102070	101861	101405	106110	104430	1021
Łódzkie	249459	242264	220706	230908	228537	902
Małopolskie	289712	301573	314017	331363	331595	991
Mazowieckie	601721	649354	646696	681012	675099	1277
Opolskie	90597	96246	95481	99118	97560	962
Podkarpackie	139059	144263	144999	152618	151091	710
Podlaskie	88915	90229	89578	91876	91738	764
Pomorskie	226421	240496	249262	260202	258197	1131
Śląskie	426266	428920	430578	451635	443420	958
Świętokrzyskie	104416	108399	105678	108715	105906	829
Warmińsko – mazurskie	110087	115821	114821	119028	117172	807
Wielkopolskie	341257	361046	359350	375482	376483	1090
Zachodniopomorskie	206776	213124	215080	220405	214584	1246

Źródło: Rocznik Statystyczny Województw 2006... op. cit, s. 180 – 183, Rocznik Statystyczny Województw 2009, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2009, s.153 – 157, Rocznik Statystyczny Województw 2010... op. cit, s. 156 – 160, Rocznik Statystyczny Województw 2011... op. cit, s. 162, Rocznik Statystyczny Województw 2012... op. cit, s. 172 – 176.

Tabela 25 zawiera informacje dotyczące zmian w liczbie podmiotów gospodarki narodowej w województwie podlaskim w latach 2004 – 2010. W okresach 2005 – 2006, 2007 – 2008, 2009 – 2010 oraz 2011 – 2012 liczba podmiotów gospodarki narodowej wpisanych do rejestru REGON na Podlasiu rosła (odpowiednio o: 0,02; 1,76; 2,57; 3,25 pkt proc.), natomiast w pozostałych latach odnotowywała spadek.

W roku 2012 wzrost podmiotów gospodarki narodowej obejmował zarówno sektor publiczny, jak i prywatny (wynosił on odpowiednio: 4,1 pkt proc. oraz 3,2 pkt proc).

Większość podmiotów w województwie podlaskim znajduje się w sektorze prywatnym. W roku 2012 na 94721 było ich 91491, czyli aż 96,59%, zaś publicznych jedynie 3,41%.

W badanym przedziale czasu największy przyrost jednostek objętych rejestrem REGON w sektorze publicznym na Podlasiu odnotowano w roku 2012 (wzrost ten stanowił 4,1% w stosunku do roku poprzedniego), podobnie największy przyrost w roku 2012 odnotowano w sektorze prywatnym – 3,2% (por. Tab. 25).

Tabela 25.

Zmiany w liczbie podmiotów gospodarki narodowej w województwie podlaskim w latach 2004 – 2010

Wyszczególnienie a – w liczbach bezwzględnych b- okres poprzedni = 100	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ogółem a	90982	88915	88931	88665	90229	89578	91876	91738	94721
b	93,9	97,7	100,0	99,7	101,8	99,3	102,6	99,8	103,3
sektor publiczny a	3117	3183	3205	3225	3056	3051	3065	3103	3230
b	100,4	102,1	100,7	100,6	94,8	99,8	100,5	101,2	104,1
sektor prywatny a	87865	85732	85726	85440	87173	86527	88811	88635	91491
b	93,6	97,6	100	99,7	102,0	99,3	102,6	99,8	103,2

Źródło: Zmiany strukturalne grup podmiotów gospodarki narodowej w rejestrze REGON w województwie podlaskim, 2012 r., Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2013, s. 27.

Dane statystyczne zawarte w Tabeli 26 dotyczą informacji na temat podmiotów gospodarczych w województwie podlaskim według sekcji PKD w latach 2010 – 2011 w województwie podlaskim.

W roku 2011 liczba podmiotów gospodarczych na Podlasiu zmalała o 138, a więc o 0,15%. W dwunastu sekcjach PKD miał miejsce wzrost gospodarczy, zaś najwyższy był w: działalności profesjonalnej, naukowej i technicznej (wzrost 277 podmiotów, czyli o 4%), ochronie zdrowia i pomocy społecznej (wzrost o 248 podmioty, czyli o 4,5%), informacji i komunikacji (wzrost o 133 podmioty, czyli o 8,5%), obsłudze rynku nieruchomości (wzrost o 116 podmiotów, czyli o 5%) oraz edukacji (wzrost o 70 podmiotów, czyli o 2,5%). Zmniejszenie liczby podmiotów gospodarczych odnotowano w handlu i naprawie pojazdów (spadek o 700 podmiotów, czyli o 2,7%), transporcie i gospodarce magazynowej (spadek o 200 podmiotów, czyli o 2,9%), przetwórstwie przemysłowym (spadek o 137 podmiotów, czyli o 1,76%) oraz działalności finansowej i ubezpieczeniowej (spadek o 79 podmiotów, czyli o 2,5%). Analizując liczbę zarejestrowanych podmiotów pod względem rodzaju wykonywanej działalności, stwierdza się, że w końcu 2011 r. niemal połowa z nich skupiła się w trzech sekcjach PKD: handel; naprawa pojazdów samochodowych – 27,69% ogółu zarejestrowanych podmiotów, budownictwo – 12,36% oraz przetwórstwo przemysłowe – 8,36% (por. Tab. 26).

Tabela 26.

**Podmioty gospodarcze w województwie podlaskim wg sekcji PKD
w latach 2010 – 2011 w województwie podlaskim**

Sekcje PKD	2010	2011
Ogółem	91876	91738
Rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo	3582	3630
Przemysł	8246	8153
• w tym przetwórstwo przemysłowe	7802	7665
Budownictwo	11400	11337
Handel; naprawa pojazdów samochodowych	26102	25402
Transport i gospodarka magazynowa	6989	6789
Zakwaterowanie i gastronomia	2089	2116
Informacja i komunikacja	1550	1683
Działalność finansowa i ubezpieczeniowa	3176	3097
Obsługa rynku nieruchomości	2344	2460
Działalność profesjonalna, naukowa i techniczna	6957	7234
Administrowanie i działalność wspierająca	1695	1725
Administracja publiczna i obrona narodowa; obowiązkowe zabezpieczenia społ.	1086	1094
Edukacja	2752	2822
Ochrona zdrowia i pomoc społeczna	5467	5715
Działalność związana z kulturą, rozrywką i rekreacją	1676	1694
Pozostała działalność usługowa	6763	6784
Organizacje i zespoły eksterytorialne	2	3

Zródło: Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2012... op. cit, tabl. 7(273), Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2011, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2011, tabl. 7(264).

W Tabeli 27 zebrano informacje dotyczące produkcji sprzedanej przemysłu w województwach w latach 2010 – 2011. Udział Podlasia w przychodach ze sprzedaży wyrobów i usług w przedsiębiorstwach przemysłowych w badanych okresach czasu był najniższy ze wszystkich województw (zarówno w roku 2010 jak i w 2011 wyniósł zaledwie 1,7%). Zadowolający jest jedynie fakt, że w roku 2011 nastąpił ich wzrost o 7,8% w stosunku do roku poprzedniego. Wyższy wzrost badanego wskaźnika odnotowano w dziewięciu województwach: zachodniopomorskim, łódzkim, podkarpackim, pomorskim, wielkopolskim, małopolskim, lubelskim, opolskim oraz świętokrzyskim (odpowiednio o: 17,5%, 14,1%, 13,8%, 11,1%, 10,9%, 10,7%, 10,4%, 10,2%, 9,6%). Wzrostu w produkcji sprzedanej przemysłu nie odnotowano jedynie w kujawsko – pomorskim (nastąpił jej spadek o 1,1%). Najwyższe udziały w produkcji sprzedanej przemysłu w roku 2011 odnotowały: mazowieckie (20,1%), śląskie (18,2%) oraz wielkopolskie (10,6%). Podlaskie w rankingu województw uplasowało się na miejscu ostatnim (por. Tab. 27).

Tabela 27.

Produkcja sprzedana przemysłu w województwach w latach 2008 - 2009

Województwa	Produkcja sprzedana przemysłu		
	w odsetkach		2010=100
	2010	2011	
POLSKA	100	100	107,7
Dolnośląskie	9,1	8,8	104,6
Kujawsko – pomorskie	4,6	4,4	98,9
Lubelskie	2,5	2,5	110,4
Lubuskie	2,5	2,3	101,2
Łódzkie	5,6	5,7	114,1
Małopolskie	6,4	6,5	110,7
Mazowieckie	20,2	20,1	102,0
Opolskie	1,9	1,8	110,2
Podkarpackie	3,1	3,1	113,8
Podlaskie	1,7	1,7	107,8
Pomorskie	6,4	6,9	111,1
Śląskie	18,5	18,2	105,6
Świętokrzyskie	2,1	2,1	109,6
Warmińsko – mazurskie	2,3	2,4	114,5
Wielkopolskie	10,5	10,6	110,9
Zachodniopomorskie	2,6	2,9	117,5

Źródło: Rocznik Statystyczny Województw 2011... op. cit, s. 541, Rocznik Statystyczny Województw 2012... op. cit, s. 557.

Województwo podlaskie pod względem większości badanych wskaźników rozwoju gospodarczego zajmuje odległe miejsca w rankingu województw.

1.3. Czynniki rozwoju gospodarczego województwa podlaskiego

Przystępując do analizy czynników rozwoju regionalnego należy zastosować określoną ich klasyfikację.

Z punktu widzenia możliwości świadomego oddziaływania na proces wzrostu użyteczną klasyfikacją czynników rozwoju regionalnego jest wyodrębnienie czynników intensywnych i ekstensywnych. Czynniki ekstensywne związane są z mobilizowaniem zasobów gospodarczych takich jak zasoby ludzkie, materialne i naturalne. O efektywności wykorzystania tych podstawowych bezpośrednich czynników rozwoju decyduje także szereg mechanizmów uruchamianych przez człowieka, które traktowane są jako intensywne czynniki wzrostu, do których między innymi należą: innowacyjność i postęp techniczny, przedsiębiorczość, oświata i kwalifikacje pracowników. Należy również uwypuklić wpływ czynników zewnętrznych w stosunku do gospodarki, którymi są instytucje społeczne. Podejście takie jest zasadne w szczególności przy rozpatrywaniu rozwoju na poziomie regionu, gdyż jest on płaszczyzną kształtowania się instytucji kluczowych dla potrzeb dynamizowania gospodarki. Można zatem rozgraniczyć czynniki rozwoju jako wzrost nakładów trzech podstawowych zasobów gospodarczych (pracy, kapitału i zasobów naturalnych) z jednej strony, z drugiej zaś jako oddziaływanie instytucji społecznych. W odniesieniu do regionu w ujęciu instytucjonalnym, rozwój kreślonego obszaru determinowany jest charakterem polityki gospodarczej,

sprawnością instytucji publicznych, dominujący, systemem wartości oraz sprawnością instytucji społecznych²⁹.

Czynniki decydujące o konkurencyjności regionu zależą głównie od potencjału regionu, odpowiedniej polityki gospodarczej państwa, aktywności i sprawności w zakresie planowania i wdrażania polityki regionalnej przez władze samorządowe, polityki strukturalnej i polityki spójności Unii Europejskiej.

Aby jak najlepiej wykorzystywać czynniki konkurencyjności zarówno znajdujących się w regionie, jak i w otoczeniu, należy stosować się do zasady partnerstwa i współdziałania. Wymaga to współdziałania władz wszystkich szczebli w kwestiach związanych z regionem, aktywności społeczności lokalnej w planowaniu i wdrażaniu polityki rozwoju regionu, współpracy i wymiany wiedzy oraz doświadczenia sektora prywatnego i publicznego podczas planowania i wdrażania przedsięwzięć związanych z podnoszeniem konkurencyjności regionu.

Czynniki instytucjonalne:

1) *Polityka regionalna i lokalna*

Obserwuje się zróżnicowany poziom aktywności gmin w działaniu na rzecz rozwoju, co oznacza, że niektóre gminy sprawują wyłącznie funkcje administracyjne, zaś władze lokalne skupione są głównie na poprawie stanu infrastruktury. Ważnym jednak elementem polityki lokalnej i regionalnej jest prowadzenie inwestycji, co jest jednak warunkowane ograniczonymi możliwościami finansowymi samorządów. Istotne są zatem możliwości pozyskiwania zewnętrznych środków finansowych na inwestycje, np. z funduszy UE, kredyty, czy obligacje. Czynnikiem rozwoju regionalnego w warunkach Polski Północno – Wschodniej jest promocja współpracy transgranicznej oraz eksport.

W polityce Unii przyjmuje się, że nadmierne różnice w rozwoju gospodarczym regionów, możliwościach zatrudnienia oraz w ich położeniu materialnym mogą stanowić poważną barierę dla procesów integracyjnych³⁰.

Kluczowym dokumentem programowym, który określa zasady i kierunki długofalowej koncepcji rozwoju regionu jest strategia rozwoju województwa. Ma sformułowane cele i priorytety oraz wskazuje na pożądane tendencje zmian i dziedziny, w których należy skoncentrować wysiłek rozwojowy, aby osiągnąć pożądane efekty. Osiągnięcie wyznaczonych celów związane jest ze współpracą wszystkich środowisk regionalnych, które są głównymi beneficjentami wdrożenia. Realizacja strategii Rozwoju Województwa Podlaskiego, której horyzont czasowy został rozszerzony w 2006 roku do 2020 roku, pozwoli na zwiększenie spójności społeczno – ekonomicznej i konkurencyjności regionu poprzez szersze wykorzystywanie jego potencjału. Do jej celów strategicznych należą: podniesienie atrakcyjności inwestycyjnej województwa, rozwój zasobów ludzkich zgodnie z potrzebami rynku pracy, podniesienie konkurencyjności podlaskich firm w aspekcie krajowym i międzynarodowym, ochrona środowiska naturalnego, rozwój turystyki z wykorzystaniem walorów przyrodniczych i dziedzictwa kulturowego, wykorzystanie przygranicznego i transgranicznego położenia województwa, rozwój rolnictwa i tworzenie warunków wielofunkcyjnego rozwoju wsi.

²⁹ B. Plawgo (red.), Czynniki rozwoju regionalnego Polski północno-wschodniej tom I, Wyższa Szkoła Administracji Publicznej w Białymstoku, Białystok 2005, s. 9-10

³⁰ M. Proniewski, Polityka regionalna przed akcesją Polski do Unii Europejskiej, [w:] H. Podedworny, J. Grabowiecki, H. Wnorowski (red.), Konkurencyjność gospodarki polskiej a rola państwa przed akcesją do Unii Europejskiej, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2000, s. 251.

Regionalna Strategia Innowacji Województwa Podlaskiego, przyjęta przez Sejmik Województwa Podlaskiego w 2005 roku wpisała się w Narodowy Plan Rozwoju 2004 – 2006, tj. restrukturyzacja bazy ekonomicznej regionów i tworzenie warunków jej dywersyfikacji oraz rozwój międzynarodowej współpracy regionów. Strategie RSI funkcjonują w ponad 100 regionach Europy i są podstawą wykorzystania środków z Funduszy Strukturalnych i Spójności na działania innowacyjne. W swej części badawczej RSI wyjaśniła przyczyny niskiego stanu innowacyjności w regionie, a także wskazała, jakie działania w sferze edukacji i promocji innowacji w społeczeństwie Podlasia należy podejmować, aby przełamywać stereotypy w myśleniu o innowacjach i przygotować grunt pod kreatywny sposób myślenia w tej dziedzinie. Priorytetowe cele Regionalnej Strategii Innowacji Województwa Podlaskiego to: ułatwienie i poszerzenie możliwości dostępu do informacji i wiedzy, wzmocnienie świadomości o korzyściach uzyskanych poprzez zastosowanie w przedsiębiorstwach rozwiązań innowacyjnych, tworzenie struktury i mechanizmów wspierających procesy innowacyjne i transfer techniki, kształtowanie postaw innowacyjnych w społeczeństwie, wyższa sprawność procesów wdrożeniowych w przedsiębiorstwach, w dłuższym okresie możliwość wykorzystywania środków pochodzących z funduszy strukturalnych UE niezbędnych dla zdynamizowania dalszego rozwoju regionu podlaskiego.

W listopadzie 2007 roku Zarząd Województwa Podlaskiego przyjął w drodze uchwały Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego na lata 2007 – 2013. Wskazuje on osie priorytetowe i cele rozwoju, które zostaną realizowane przez województwo. Jego realizacja ma na celu zmniejszenie różnic w poziomie rozwoju województwa podlaskiego w stosunku do reszty kraju, zaś wszystkie zamierzenia oparte są na *Strategii Rozwoju Województwa Podlaskiego do 2020 roku*. Regionalny Program Operacyjny umożliwi realizację projektów infrastrukturalnych oraz projektów ukierunkowanych na wspieranie sektora MSP, które będą przygotowywane i realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe, organizacje otoczenia biznesu i administrację rządową. Ponumerowane kolejno od 1 do 7 osie priorytetowe Programu Operacyjnego, to: wzrost innowacyjności i wspieranie przedsiębiorczości w regionie, rozwój infrastruktury transportowej, rozwój turystyki i kultury, społeczeństwo informacyjne, rozwój infrastruktury ochrony środowiska, rozwój infrastruktury społecznej, pomoc techniczna.

Program Operacyjny „Rozwój Polski Wschodniej 2007 – 2013” skierowany jest do pięciu najbiedniejszych województw: warmińsko – mazurskiego, podlaskiego, lubelskiego, świętokrzyskiego oraz podkarpackiego. Jego podstawowym celem jest wsparcie słabiej rozwijających się województw wschodnich, tworzenie im warunków rozwoju i w rezultacie zmniejszenie dysproporcji społecznych i gospodarczych występujących między Polską wschodnią i resztą kraju. Do priorytetów Programu należą: nowoczesna gospodarka, infrastruktura społeczeństwa informacyjnego, wojewódzkie ośrodki wzrostu, infrastruktura transportowa, zrównoważony rozwój potencjału turystycznego opartego o warunki naturalne oraz pomoc techniczna.

Niektóre regiony w stosunkowo szybkim tempie adaptują się do nowych warunków, wykorzystując szanse, jakie stwarza gospodarka rynkowa. Inne natomiast wymagają istotnego podniesienia poziomu konkurencyjności, aby nie pozostać na

uboczu realnych procesów zachodzących w gospodarce Polski i w gospodarce światowej³¹.

2) *Otoczenie instytucjonalne*

Jak pokazuje literatura przedmiotu oraz badania najlepiej rozwiniętych regionów bardzo ważnym czynnikiem rozwoju regionalnego jest odpowiednia jakość regionalnego otoczenia instytucjonalnego. Oznacza ono trwałą, celową i zorganizowaną płaszczyznę interdyscyplinarnej współpracy i współdziałania podmiotów publicznych i prywatnych, działających na terytorium regionu oraz pozostających w jego otoczeniu, obejmującą w szczególności: władze państwowe, władze samorządowe wszystkich szczebli, instytucje i organizacje badawczo – rozwojowe, organizacje społeczne oraz przedsiębiorców³². Proponowane ujęcie regionalnego otoczenia instytucjonalnego, obok roli w procesie stymulowania rozwoju regionalnego, zapewnia również konkurencyjność regionu. Wyłącznie odpowiednio rozwinięte regionalne otoczenie instytucjonalne daje szansę, aby przestrzeń regionalna stała się najbardziej sprzyjającą procesom kreowania, absorpcji i dyfuzji innowacji³³.

Jakość otoczenia instytucjonalnego ma istotny wpływ na zachowania rynkowe przedsiębiorców. W dalszym ciągu istnieją słabości i bariery otoczenia instytucjonalnego, które nie sprzyjają rozwojowi przedsiębiorstw. Do istotnych problemów związanych z otoczeniem instytucjonalnym należą: zawile i rozbudowane prawo, które wprowadza liczne obciążenia administracyjne, częste zmiany w przepisach, zbyt wysokie wartości podatków, uciążliwe i liczne kontrole, niedostosowanie instytucji do potrzeb społeczno – ekonomicznych, ich niestabilność, niedobór instytucji akceptowanych przez społeczeństwo i dobrze wykształconych. Czas oczekiwania i radzenia sobie z procedurami, oczekiwania na decyzje nadal pozostawia wiele do życzenia. Potrzebne są reformy w celu polepszenia prowadzenia działalności gospodarczej, dążenia do zmniejszenia liczby procedur, kosztów, czasochłonności kontaktów z administracją publiczną. Zmiany te ułatwiłyby rozwój istniejących przedsiębiorstw oraz stworzyłyby możliwość powstania większej liczby podmiotów gospodarczych, w wyniku czego mógłby zwiększyć się popyt na pracę. Bowiem według raportu Banku Światowego Doing Business – Polska lokuje się na ostatnich miejscach wśród krajów UE pod względem prowadzenia działalności gospodarczej. Ważne zatem, aby nastąpiła poprawa funkcjonowania administracji publicznej, gdyż wspomniane utrudnienia zmniejszają możliwości rozwoju przedsiębiorstw, a co za tym idzie, blokują rozwój rynku pracy i całej gospodarki.

Otoczenie instytucjonalne, to głównie instytucje formalne, czyli organizacje otoczenia gospodarki. Istotny jest znaczący potencjał ośrodków kształcenia wyższego w regionie. Jednak uwagę zwraca konieczność związku nauki i biznesu, wzrostu aktywności uczelni. Aby uczelnie stawały się coraz ważniejszym czynnikiem rozwoju regionalnego, kadra naukowo – dydaktyczna, powinna współpracować z instytucjami badawczymi znajdującymi się na terenie regionu, oraz

³¹ J. Grabowiecki, Pozycja konkurencyjna wymiany handlowej województwa podlaskiego na tle regionów Polski, [w:] H. Podedworny, J. Grabowiecki, H. Wnorowski (red.), Konkurencyjność gospodarki polskiej a rola państwa przed akcesją do Unii Europejskiej, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2000, s. 325.

³² A. Richert – Kaźmierska, Partnerstwo na rzecz rozwoju regionalnego konkurencyjność regionalna, w: [Przedsiębiorstwo i państwo – wybrane problemy konkurencyjności], Wyd. Katedra Mikroekonomii Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2007, s.195.

³³ K. Matusiak, Ośrodki innowacji w Polsce, PAPR i SOOIIP, Poznań – Warszawa, s. 31.

z lokalnymi przedsiębiorcami, poprzez np. sporządzanie ekspertyz, udzielanie konsultacji, przeprowadzanie badań przedsiębiorcom, konsultacje. Ważne bowiem jest, aby istniał ścisły związek między ośrodkami nauki – uczelniami a otoczeniem gospodarczym. Przynosi to obustronne korzyści. Poprzez współpracę uczelni wyższych z gospodarką wzrasta jej konkurencyjność i efektywność.

W warunkach rozwoju gospodarki opartej na wiedzy niezbędne jest poszukiwanie sposobów intensyfikowania procesów kreowania nowej wiedzy i jej transferu do gospodarki. Wyzwanie to odnosi się bezpośrednio do przedsiębiorstw które muszą rywalizować na coraz bardziej konkurencyjnym i globalnym rynku³⁴.

3) Przedsiębiorczość i innowacyjność

Ważnym czynnikiem rozwoju regionalnego jest poziom innowacyjności oraz postawy przedsiębiorcze przedsiębiorstw, które warunkują ich sukces. Firmy borykają się jednak z problemami finansowymi, szczególnie w warunkach kryzysu gospodarczego przedsiębiorcy przyjęli strategię defensywną. W warunkach spowolnienia znacznie zmniejszyły nakłady na inwestycje.

Region ma szansę na rozwój przedsiębiorczości, jeśli działania na rzecz przedsiębiorczości są powszechnie wspierane i zrozumiałe. Przedsiębiorczość i innowacja w regionie bierze się z ludzkiej ciekawości i dociekliwości jego mieszkańców. Istotą rozwoju gospodarczego kraju jest rozwój gospodarczy jego regionów. Dlatego bardzo ważne jest odpowiednie wsparcie dla nowych pomysłów ze strony regionu. Rozwój przedsiębiorczości regionalnej wymaga podejścia systemowego, aby jej efekty długo się utrzymywały. Punktem wyjścia dla rozwoju przedsiębiorczości w regionie jest edukacja. Im bardziej szkoły wyższe wspierają przedsiębiorcze inicjatywy, poprzez prowadzenie badań naukowych oraz przekazywania wiedzy, czyli łączą proces nauczania z prowadzeniem badań, tym bardziej stają się konkurencyjne. Uczelnie, władze oraz przedsiębiorcy warunkują budowę regionalnych systemów innowacji. Aby w regionie rozwijała się przedsiębiorczość i innowacje, konieczna jest współpraca uczelni, lokalnych władz samorządowych oraz przedsiębiorców.

Na koniec roku 2011 w województwie podlaskim w rejestrze REGON zarejestrowanych było 91738 podmiotów gospodarki narodowej (por. Tabela 24). Niemal połowa z nich zawierała się w trzech sekcjach PKD: handel; naprawa pojazdów samochodowych – 25402 podmioty (27,69% ogółu zarejestrowanych podmiotów), budownictwo – 11337 podmiotów (12,36%) oraz przetwórstwo przemysłowe – 7665 podmioty (8,36%). Spośród nich większość należała do sektora prywatnego (96,59%). Według form organizacyjno – prawnych 78,93% podmiotów, to osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą.

Na koniec grudnia 2011 r. na Podlasiu w rejestrze REGON zdecydowaną większość stanowiły podmioty małe, w których liczba pracujących nie przekraczała 9 osób. Ich udział w ogólnej liczbie zarejestrowanych jednostek prawnych osiągnął 95,3% (87414 jednostek). Podmioty średnie, liczące od 10 do 49 pracujących skupiały 3,8% ogółu (3519 jednostek), zaś odsetek podmiotów dużych o liczbie pracujących powyżej 49 osób wyniósł zaledwie 0,9% (805 jednostek). W grupie podmiotów małych najliczniej, bo 28,2% ogółu jednostek prawnych tej populacji, była reprezentowana sekcja handel; naprawa pojazdów samochodowych. Wśród podmiotów średnich najwięcej jednostek prowadziło działalność w zakresie edukacji

³⁴ B. Pławgo (red.), Przedsiębiorczość akademicka – stan, bariery i przesłanki rozwoju, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży, Łomża 2011, s. 5.

(25,4%), zaś podmioty duże najczęściej wykonywały działalność z sekcji przetwórstwo przemysłowe (21,6%)³⁵.

W znacznym stopniu na poziom konkurencyjny przedsiębiorstw wpływają innowacje, co determinuje pozycję regionu, gdzie prosperują. Innowacyjna działalność przedsiębiorstwa uzależniona jest od zasobów ludzkich, finansowych, wykorzystywanych technologii. Podmioty duże i średnie znacznie częściej niż małe ponoszą nakłady na innowacje, gdyż posiadają większe możliwości ich finansowania. Przedsiębiorstwa przemysłowe są bardziej innowacyjne od przedsiębiorstw sektora usług.

Innowacyjność przedsiębiorstw stanowi wewnętrzną zdolność i skłonność przedsiębiorstw do kreowania i wykorzystania innowacji w praktyce. Przedsiębiorstwo innowacyjne nie tylko posiada zdolność do tworzenia, wdrażania i upowszechniania innowacji, ale również do przyjmowania innowacji z zewnątrz, ze swojego otoczenia³⁶.

Podlaskie pod względem innowacyjności na tle innych województw nie przedstawia się korzystnie. Udział województwa podlaskiego w nakładach na działalność innowacyjną w Polsce w roku 2011 wyniósł 1,5%, co uplasowało je na 14 pozycji w rankingu województw i w porównaniu z rokiem 2008 odnotowało ono spadek o 30%. Również pod względem liczby wynalazków oraz wzorów użytkowych podlaskie sytuuje się na odległych miejscach w rankingu województw (por. Tab. 14, 15, 16).

Bezpośrednie czynniki rozwoju – nakłady zasobów gospodarczych:

1) *Kapitał ludzki*

Kluczowym czynnikiem rozwoju regionalnego są zasoby ludzkie. W dobie rozwoju gospodarki opartej na wiedzy, we współczesnym rozwoju gospodarczym rosnące znaczenie odgrywa konkurencyjność regionu, w którym kluczową rolę odgrywa kapitał ludzki. We wszystkich procesach gospodarczych wzrasta znaczenie wiedzy, a co z tym się wiąże kapitału ludzkiego, który musi być na wysokim poziomie, gdyż tworzy on wiedzę. Determinantą budowania przewagi konkurencyjnej regionu jest inwestowanie w kapitał ludzki. Inwestowanie w potencjał ludzki, to inwestowanie w jego zdolności wytwórcze, wiedzę oraz szereg innych czynników, które przyczyniają się do tworzenia innowacji, czy wzrostu wydajności pracy. Na rezultaty związane z inwestowaniem w kapitał ludzki trzeba długo oczekiwać, gdyż wiąże się z wieloletnim procesem edukacji.

Umiejscowienie polityki innowacyjnej państwa między innymi poprzez większe zorientowanie na współpracę w dziedzinie nauki i techniki stanowi ważną rolę od czasu wstąpienia Polski do Unii Europejskiej, bowiem państwo zobowiązało się do dostosowania polskich systemów edukacji i kształcenia wyższego do potrzeb społeczeństwa i gospodarki opartej na wiedzy, co przyniosło olbrzymie szanse i wyzwania. W myśl strategii lizbońskiej państwo polskie uczestniczy w tworzeniu gospodarki opartej na wiedzy. Najważniejszym jej aspektem jest kapitał ludzki, który warunkuje funkcjonowanie gospodarki. Ważną rolę w tym zakresie stanowi szkolnictwo wyższe. Szkoły wyższe są postrzegane nie tylko jako ośrodki naukowe i edukacyjne, ale jako ośrodki kreowania kapitału

³⁵ Podmioty gospodarki narodowej wpisane do rejestru REGON w województwie podlaskim stan na koniec 2011 r., Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2012, s. 5.

³⁶ M. Kolarz, Wpływ zagranicznych inwestycji bezpośrednich na innowacyjność przedsiębiorstw w Polsce, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2006, s. 53.

ludzkiego, który w istotnej mierze przyczynia się do rozwoju gospodarki. Coraz ważniejsze jest, aby istniał ścisły związek między ośrodkami nauki – uczelniami a bliskim otoczeniem gospodarczym, co przynosi obustronne korzyści. Uczelnie udostępniają wyniki swych badań – nowych rozwiązań technologicznych i wynalazków w formie umów licencyjnych. Często zdarza się, że kadra naukowa sporządza ekspertyzy, udziela konsultacji urzędom i przedsiębiorstwom, studenci zaś prowadzą odbywają praktyki w wybranych przez siebie przedsiębiorstwach, budując kadre firm opartych na wiedzy. Poprzez współpracę uczelni wyższych z gospodarką wzrasta jej konkurencyjność i efektywność.

Należy jednak zwrócić uwagę na fakt migracji, co może skutkować znacznym odprowadzeniem potencjału kapitału ludzkiego, jaki reprezentuje młodzież do innych regionów Polski, a także za granicę.

2) Potencjał gospodarczy

Potencjał gospodarczy związany jest głównie z materialnymi uwarunkowaniami rozwoju. Decyduje on o rozwoju gospodarczym regionu i umożliwia przemiany gospodarcze w kierunku wzrostu zatrudnienia, dochodów, produkcji, inwestycji, konsumpcji oraz innych wskaźników ekonomicznych, które odzwierciedlają stan gospodarki pod względem ilościowym, jak również towarzyszące im zmiany jakościowe. Istotnie wpływa również na podwyższenie standardu życia. Syntetycznym miernikiem siły gospodarki jest wartość produktu krajowego brutto na jednego mieszkańca.

Centralnym ośrodkiem województwa podlaskiego jest Białystok. Podstawowy miernik siły gospodarki, wartość produktu krajowego brutto na jednego mieszkańca stawia województwo podlaskie na czternastym miejscu w rankingu województw i sięga zaledwie 73% średniej krajowej.

Stan infrastruktury społeczno – gospodarczej stanowi istotny element kształtujący warunki do gospodarowania. Niestety w województwie podlaskim jest raczej barierą dla rozwoju regionu (choćby stan techniczny dróg, fakt braku lotniska). Do rozwoju regionu może w znacznym stopniu przyczynić się turystyka, należy jednak stworzyć infrastrukturę techniczną tak, aby zaspokajała klientów.

Należy również zauważyć, że województwo ma korzystne przygraniczne położenie, niewielką odległość do stolicy Polski oraz niskie koszty siły roboczej. Na Podlasiu szczególnie dynamicznie w ostatnich latach rozwijał się przemysł spożywczy, związany głównie z przetwórstwem mleka, mięsa, drobiu, czy zbóż. Poza tym na terenie województwa rozwija się przemysł drzewny, lekki, budowlany, maszynowy, a także usługowy.

3) Fundusze strukturalne

W latach 2000 – 2006 istniały cztery fundusze strukturalne, które były głównymi instrumentami polityki strukturalnej Wspólnoty. Ich zadaniem było wsparcie procesów restrukturyzacji i modernizacji gospodarek państw członkowskich poprzez nakłady w sektorach i regionach wymagających interwencji w celu sprostania konkurencji globalnej. Były to:

- Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego,
- Europejski Fundusz Społeczny,
- Europejski Fundusz Orientacji i Gwarancji Rolnych,
- Finansowy Instrument Wspierania Rybołówstwa.

W perspektywie finansowej na lata 2007 – 2013 w skład funduszy strukturalnych zalicza się Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego oraz Europejski Fundusz

Spółeczny. Celem Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego jest wspieranie regionów, wyrównywanie różnic w stosunku do regionów bogatszych i lepiej rozwiniętych. Z jego kasy finansowane są programy unijne, które mają na celu pomoc regionom opóźnionym w rozwoju. Europejski Fundusz Społeczny umożliwia finansowanie szkoleń, warsztatów, wspiera zatrudnienie. Utworzony został w celu poprawy jakości i dostępności miejsc pracy oraz możliwości zatrudnienia w UE.

4) *Środowisko naturalne*

W ostatnim dwudziestolecu w Polsce odkryto walory turystyczne obszarów przyrodniczo cennych. Ciężar zagospodarowania turystycznego tych obszarów przejęły zarządy parków narodowych i krajobrazowych³⁷.

Istotne z punktu rozwoju regionu są jego unikalne walory przyrodnicze, które odgrywają dużą rolę w rozwoju turystyki. Podlaskie na tle pozostałych województw wyróżnia przyroda o wysokim stopniu naturalności, bowiem bogate jest w wiele gatunków roślin i zwierząt, również tych zagrożonych wyginieciem.

Część wschodnia Podlasia odznacza się wysokim stopniem naturalności, z rozległymi kompleksami leśnymi, torfowiskami, jeziorami i zatorfionymi dolinami rzek, płynących naturalnymi korytami. Część północna stanowi głównie teren pojezierza o geologicznie młodej, bogatej rzeźbie, ukształtowanej w czasie ostatniego zlodowacenia, z licznymi jeziorami o czystych wodach, rozległym kompleksem Puszczy Augustowskiej. W części środkowej występują rozległe torfowiska i lasy bagienne Kotliny Biebrzańskiej, lasy Puszczy Kurpiowskiej, lasy Czerwonego Boru i duży obszar leśny Puszczy Knyszyńskiej. Część południowa, to rozległy obszar leśny Puszczy Białowieskiej³⁸. Województwo posiada 4 parki narodowe: Wigierski Park Narodowy, Biebrzański Park Narodowy, Białowieski Park Narodowy i Narwiański Park narodowy; 3 parki krajobrazowe: Łomżyński Park Krajobrazowy Doliny Narwi, Park Krajobrazowy Puszczy Knyszyńskiej oraz Suwalski Park Krajobrazowy oraz liczne rezerваты przyrody i obszary chronionego krajobrazu, ponad 2000 pomników przyrody.

Flora województwa podlaskiego obejmuje około 1200 gatunków roślin naczyniowych, około 280 gatunków mszaków, około 570 gatunków porostów, oraz wiele gatunków słabo jeszcze poznanych: śluzowców, glonów, bakterii. Fauna ssaków liczy 60 gatunków, ponad 300 gatunków ptaków, 7 spośród 8 gatunków gadów oraz 13 spośród 18 gatunków płazów występujących w Polsce (wszystkie podlegają ochronie prawnej)³⁹.

Niepokojący jest fakt niedostatecznych środków samorządów na inwestycje w zakresie ochrony środowiska.

³⁷ B. Poskrobko (red.), Zarządzanie turystyką na obszarach przyrodniczo cennych, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Białymstoku, Białystok 2005, s. 5.

³⁸ A. W. Sokołowski, Przyroda województwa podlaskiego i jej ochrona, ŁTN Łomża 2006, s. 9.

³⁹ Ibidem, s. 33.

ROZDZIAŁ 2

TURYSTYKA ZDROWOTNA I JEJ EFEKTYWNOŚĆ

2.1. Turystyka zdrowotna jako element składowy gospodarki

Obserwuje się rozwój turystyki zdrowotnej na świecie, w tym również w Polsce z roku na rok zyskuje ona na popularności. Również Polacy przywiązują coraz większą uwagę do zdrowotnych aspektów swego życia. Turystyka zdrowotna stała się ogólnosiwiatowym trendem, w którym propaguje się łączenie leczenia z wypoczynkiem. Na popularności zyskują wyjazdy turystyczne, które dają możliwość wypoczynku i relaksu połączonego z różnego rodzaju zabiegami zdrowotnymi, związane z poprawą urody, kondycji fizycznej, sylwetki, czy ogólnego stanu ducha. Istnieje zapotrzebowanie na usługi z zakresu turystyki zdrowotnej. Najczęściej jest to oferta o wysokim standardzie usług medycznych profesjonalnej kadry medycznej w kurortach o unikalnych warunkach przyrodolecznicych. W miarę wzrostu zamożności społeczeństwa wzrasta popyt na dobra luksusowe, a do tych niewątpliwie zalicza się wiele rodzajów usług z dziedziny turystyki zdrowotnej.

Wydaje się, że w województwie podlaskim istnieje potencjał do rozwoju turystyki zdrowotnej, która przynosi coraz większe dochody na świecie i jest ważnym sektorem gospodarczym państw wysokorozwiniętych.

Wg Światowej Organizacji Turystyki (WTO) „turystyka obejmuje ogół czynności osób, które podróżują i przebywają w celach wypoczynkowych, służbowych lub innych nie dłużej niż rok bez przerwy poza swoim codziennym otoczeniem”⁴⁰. Brytyjskie Towarzystwo Turystyczne przyjęło definicję: „Turystyka obejmuje wszystkie czynności związane z czasowym krótkotrwałym przemieszczaniem się osób do miejsc docelowych poza miejscami, gdzie normalnie mieszkają i pracują, oraz pobytem w tych miejscach”⁴¹.

Zjawisko turystyki może być rozpatrywane w aspekcie społeczno – kulturowym i ekonomicznym. W definicjach formułowanych na gruncie nauk humanistycznych turystyka traktowana jest jako proces społeczny i wskazuje się na konieczność obserwacji skutków tego procesu. Definicje te sugerują, że wizje humanistyczne oraz rozwój osobowości człowieka, które powinny być istotnym motywem turystyki, można odnaleźć głównie w jej wymiarze społecznym, psychologicznym i kulturowym. W definicjach formułowanych w pracach ekonomicznych zwraca się uwagę na sprawy przemieszczenia, czasowości zmiany miejsca pobytu, niezarobkowania oraz, w różnym zakresie, specyficzne cele turystyki. Pod względem tych kryteriów definicje te wyczerpują tradycyjne pojęcie ruchu turystycznego. Jednak turystyka jest zjawiskiem znacznie szerszym niż ruch turystyczny, dlatego też w jej definicjach podkreśla się sferę obsługi ruchu turystycznego. Rozpatrując turystykę w płaszczyźnie rynku, jej dwa składniki można

⁴⁰ W. Gaworecki, Turystyka, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Warszawa 2003, s.20.

⁴¹ Ibidem, s.20.

porównać do podstawowych zjawisk rynkowych. Funkcję popytu spełnia ruch turystyczny, zaś funkcję podaży sfera obsługi ruchu turystycznego, która oparta jest na środkach materialnych i organizacyjnych, tworzących szeroko rozumiana gospodarkę turystyczną⁴².

Rozpatrując pojęcie turystyki w aspekcie gospodarki narodowej, niezbędne jest zdefiniowanie pojęcia gospodarki turystycznej.

Wg definicji prof. Meredyka, „Gospodarka jest zespołem ciągle powtarzających się ludzkich działań, w wyniku których powstają określone wartości komercyjne, czyli przeznaczone do sprzedaży dobra materialne, intelektualne i usługi”⁴³. Głównym formalnym kryterium analizy gospodarki jest jej efektywność, czyli ekonomiczna sprawność⁴⁴. Ważnym i rozwojowym sektorem gospodarczym jest turystyka.

Gospodarka turystyczna stanowi zbiorczy termin, który obejmuje ogół urzędzeń i środków służących zaspokojeniu potrzeb turystów. Zapotrzebowanie na różnorodne wartości użytkowe w turystyce obejmuje np. informację, udostępnienie walorów turystycznych, transport osobowy, zakwaterowanie, wyżywienie czy też załatwienie formalności granicznych. Termin gospodarka turystyczna oznacza kompleks różnorodnych funkcji gospodarczych i społecznych bezpośrednio lub pośrednio rozwijanych w celu zaspokojenia wzrastającego zapotrzebowania człowieka na dobra i usługi turystyczne. Termin ten może być pojmowany w ścisłym znaczeniu, wtedy jego interpretacja obejmuje funkcje codziennego i powszechnego zaspokajania potrzeb turystycznych, a zakres tych funkcji wypełniają m. in. usługi noclegowe, gastronomiczne, wypoczynkowe, komunikacyjne i informacyjne. Termin ten może być również rozumiany w szerszym znaczeniu, tj. wraz z pozostałymi funkcjami w zakresie zaspokajania potrzeb masowych i regularnie zgłaszanych przez turystów⁴⁵.

Ważne również jest określenie pojęcia „ruch turystyczny”, które oznacza ogół przestrzennych przemieszczeń się ludzi związanych z dobrowolną czasową zmianą miejsca pobytu, środowisk i rytmu życia – w odniesieniu do określonego obszaru, kierunku, okresu itp.⁴⁶.

U coraz większej części społeczeństwa zauważa się chęć czasowego pobytu w ośrodkach, które służą regeneracji sił fizycznych i psychicznych. Jest to oferta kojarząca wyjazd rekreacyjny z pewnymi zabiegami medycznymi dla ludzi nawet teoretycznie zdrowych, ale zmęczonych lub świadomych walorów profilaktyki zdrowotnej. Ten rodzaj turystyki ma duże perspektywy rozwojowe w Polsce, gdzie atutem dla zagranicznych turystów jest niska cena tych usług, jednak w tym celu potrzebny jest dobrze zorganizowana reklama i marketing.

Przykładem tego rodzaju turystyki, która wykorzystuje zasób środowiskowy, jest Świeradów Zdrój, który po nawiązaniu współpracy z niemieckimi kasami chorych zyskał stałe, duże wykorzystanie swoich możliwości kuracyjnych. Wysoką

⁴² W. Gaworecki, *Turystyka...* op. cit, s. 20 – 21.

⁴³ K. Meredyk, *Ekonomia ogólna*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2007, s. 23.

⁴⁴ K. Meredyk, *Przedmiot i metoda nauk ekonomicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2003, s. 14.

⁴⁵ W. Gaworecki, *Turystyka...* op. cit, s. 199, 203.

⁴⁶ A. Kowalczyk, *Geografia turystyki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001, s. 33.

jakością, ale również taniością, usług nieco innych chociaż z podobnego zakresu cechują się także kraje Azji Południowo – Wschodniej⁴⁷.

Ów profil ofertowy zyskał kilka terminów. Jedną z propozycji na określenie tego rodzaju turystyki jest „turystyka medyczna”, która stanowi „wspaniałe połączenie przedsięwzięć medycznych z turystyką i rekreacją”. Przymiotnik „medyczny” zwraca uwagę na głębsze zdrowotne podłoże określonych czynności, które wymagają udziału lekarza. Jednak coraz częściej zauważa się chęć zapobiegania określonym schorzeniom lub ich usuwania w bardzo wczesnym stadium za pomocą ćwiczeń lub zabiegów wspomagających czy też uzupełniających. Dlatego też pojawił się nieco trafniejszy termin „turystyka zdrowotna” jako jedna z odmian turystyki⁴⁸.

Istnieją definicje turystyki zdrowotnej, które traktują ją jako formę skierowaną do osób, które nie są chore w „klasycznym” pojęciu tego słowa. W literaturze przedmiotu odnaleźć również można szereg definicji, które określają ją jako pojęcie zbiorcze.

Turystyka zdrowotna w Polsce najczęściej jest definiowana jako „świadome i dobrowolne udanie się na pewien okres czasu poza miejsce zamieszkania, w czasie wolnym od pracy w celu regeneracji ustroju dzięki aktywnemu wypoczynkowi fizycznemu i psychicznemu” – definicja J. Wolskiego⁴⁹. To turystyka podejmowana w celach zdrowotnych. Inna definicja Wolskiego określa ją jako „zmianę stałego miejsca pobytu na pobyt w miejscowości klimatycznej z zadaniem fizycznej i psychicznej poprawy zdrowia, a w szczególności drogą wypoczynku i profilaktyki. Nie chodzi tu więc o zajęcie się ludźmi wyraźnie chorymi, ale tymi, u których nie ma uchwytnej granicy pomiędzy stanem zdrowia i chorobą. Nie są to więc ludzie chorzy w klasycznym pojęciu tego słowa, ale tacy, którzy wymagają poprawy kondycji wskutek ujemnych warunków dzisiejszej cywilizacji”⁵⁰. M. Januszewska określa turystykę zdrowotną poprzez jej cele, do których zalicza m. in.⁵¹:

- chęć poprawy stanu zdrowia fizycznego i psychicznego;
- przygotowanie organizmu do zwiększonego wysiłku fizycznego lub/i psychicznego;
- utrwalenie i utrzymanie prawidłowej kondycji fizycznej i psychicznej.

M. Tabacchi określa ją jako „każdy rodzaj podróży, który sprawia, że osoba wyjeżdżająca lub jej rodzina czują się zdrowi”⁵². I. Łęcka definiuje ją jako „wyjazd na dobę lub dłużej poza miejsce zamieszkania w celu regeneracji zdrowia

⁴⁷ K. R. Mazurski, *Geneza i przemiany turystyki*, Wyższa Szkoła Zarządzania Edukacja, Wrocław 2006, s. 71.

⁴⁸ *Ibidem*, s. 71 – 72.

⁴⁹ J. Wolski, *Turystyka zdrowotna a uzdrowiska europejskich krajów socjalistycznych*, Problemy uzdrowiskowe Materiały informacyjne i naukowe – badawcze z zakresu lecznictwa, balneotechniki, ekonomiki uzdrowiskowej oraz turystyki w uzdrowiskach, Zeszyt nr 5/53, Warszawa 1970, s.13.

⁵⁰ J. Wolski, *Wypoczynek i turystyka w uzdrowiskach*, AWF, Poznań 1978, s. 52 – 53.

⁵¹ M. Januszewska, *Wyzwania turystyki zdrowotnej w świetle przemian demograficznych w Polsce*, [w:], W. W. Gaworecki, Z. Mroczynski (red.), *Turystyka i sport dla wszystkich w promocji zdrowego stylu życia*, WSTiH, Gdańsk 2008, s. 110.

⁵² M. Tabacchi za: I. Łęcka, *Nowe (?) trendy w turystyce zdrowotnej*, „Prace i Studia Geograficzne”, t. 32, Warszawa 2003, s. 173.

fizycznego, psychicznego, korekcji urody a także poddania się zabiegom i operacjom w klinikach dokonujących naboru pacjentów poprzez reklamę w turystyce”⁵³.

Turystyka zdrowotna cechuje się⁵⁴:

- motywacją wyjazdu nie zawsze związaną z odbyciem typowej kuracji;
- korzystaniem z niektórych urządzeń leczniczych oraz terapii wyłącznie jako dodatkowa atrakcja aktywnego wypoczynku wybrana w sposób dobrowolny;
- opinią lekarską dotyczącą miejsca, okresu i ogólnych zasad pobytu, a także formy aktywnego wypoczynku, jednak niestanowiącą żadnego przymusu związanego z nadzorem medycznym, a uzależnioną tylko od samokontroli, świadomości oraz rozwagi turysty.

A. Biały – Wolf określa ten rodzaj turystyki jako „ogół stosunków i zjawisk wynikających z pobytu i podróży osób, dla których głównym motywem i celem dominującym jest leczenie, poprawa lub zachowanie zdrowia”⁵⁵.

J. Goodrich traktuje turystykę zdrowotną od strony podaży jako celowe usiłowanie przyciągnięcia turystów dzięki części turystycznych udogodnień (np. hotelowe SPA) lub/i miejsc (np. Baden -Baden), poprzez promocję usług i urządzeń zdrowotnych, stanowiących dodatek do stałych elementów oferty turystycznej⁵⁶. Według tej koncepcji wśród świadczeń w ramach turystyki zdrowotnej wyróżnia się badania i analizy medyczne przeprowadzane przez wykwalifikowaną kadrę lekarską i pielęgniarską w hotelach lub w miejscowościach wypoczynkowych i uzdrowiskowych. Do usług zdrowotnych Goodrich zalicza ponadto: specjalne diety, terapię witaminową, specjalne medyczne terapie dla różnych dolegliwości (np. masaże, akupunktura, pobyty w saunie), dzienne programy ćwiczeń fizycznych (np. joga), specjalne programy antynikotynowe, kąpiele słoneczne pod nadzorem, techniki relaksacji, terapie piękności (np. peeling twarzy)⁵⁷.

Powyższa analiza definicji pokazuje, że są one różnie pojmowane. Niektóre definicje traktują ją jako pojęcie nadrzędne w stosunku do turystyki uzdrowiskowej, niektóre jako podrzędne.

W rozprawie przyjęto definicję A. Biały – Wolf, która określa ten rodzaj turystyki jako „ogół stosunków i zjawisk wynikających z pobytu i podróży osób, dla których głównym motywem i celem dominującym jest leczenie, poprawa lub zachowanie zdrowia”.

Termin „turystyka medyczna” i „turystyka zdrowotna” na świecie są używane zamiennie. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Turystyki (WTO), turystykę medyczną definiuje się jako turystykę związaną z podróżą do uzdrowiska lub miejsca, gdzie głównym celem jest poprawa samopoczucia fizycznego podróżnika

⁵³ I. Łęcka, Nowe (?) trendy w turystyce zdrowotnej, „Prace i Studia Geograficzne”, t. 32, Warszawa 2003, s. 174 – 175.

⁵⁴ J. Wolski, Funkcja wypoczynkowo – turystyczna uzdrowisk polskich, „Problemy uzdrowiskowe” 1986, nr 7 – 9, s. 225 – 227.

⁵⁵ A. Biały – Wolf, Zdrowotna funkcja... op. cit, s. 18.

⁵⁶ J. N. Goodrich, Socialist Cuba: A study of health Tourism, za: A. Hadzik, Tożsamość terminologiczna turystyki zdrowotnej i uzdrowiskowej. Koncepcja turystyki zdrowotnej uzdrowisk, [w:] Boruszczak M. (red.), Turystyka uzdrowiskowa. Stan i perspektywy, Wyższa Szkoła Turystyki i Hotelarstwa w Gdańsku, Gdańsk 2009, s. 81.

⁵⁷ A. Hadzik, Tożsamość terminologiczna turystyki zdrowotnej i uzdrowiskowej. Koncepcja turystyki zdrowotnej uzdrowisk, [w:] Turystyka uzdrowiskowa. Stan i perspektywy, Boruszczak M. (red.), Wyższa Szkoła Turystyki i Hotelarstwa w Gdańsku, Gdańsk 2009, s. 81 – 82.

poprzez proces obejmujący ćwiczenia fizyczne i terapie, usługi dietetyczne i medyczne związane z poprawą zdrowia.

Turystyka medyczna wiąże się najczęściej z podróżowaniem za granicę w celu otrzymania usług zdrowotnych. Poprzez podróżowanie za granicę pacjenci nie tylko są w stanie zaoszczędzić duże sumy pieniężne, ale również mają możliwość skorzystania ze światowej klasy specjalistów. Istnieją różne opinie, czy turystykę medyczną rozpatrywać jako przemysł, który dopiero powstaje, czy jest już ukształtowany. W każdym razie ów przemysł istnieje i sprzyja ciągłemu rozwojowi. W Stanach Zjednoczonych, gdzie jest bardzo rozwinięty, promowany jest przez kilka poważnych organizacji: Medical Tourism Association, Deloitte i Joint Commission International. MTA, to grupa przemysłowa promująca ten przemysł zwłaszcza poprzez publikację „Medical Tourism” (Turystyka Medyczna). Centrum Deloitte, to firma badająca globalne firmy. Joint Commission International zajmuje się wdrażaniem ułatwień spoza granic krajowych związanych z akredytowaniem opieki zdrowotnej. Te oraz inne organizacje dostarczają wielką ilość materiałów zawierających analizy rozwoju tego przemysłu.

Czynniki wpływające na rosnący popyt (na przyjazdy do USA) usług z zakresu turystyki medycznej:

- *Dostępność do wyspecjalizowanej opieki medycznej.* Początkowym powodem powstania turystyki medycznej była dostępność do wyspecjalizowanego leczenia. Ludzie poświęcają swe pieniądze i czas na podróżowanie do innych miejsc w celu leczenia niektórych chorób. W ostatnim stuleciu dzięki zaawansowanym technologiom Stany Zjednoczone i Europa stały się światowym centrum opieki zdrowotnej. Osoby podróżujące np. do Sanów Zjednoczonych odnajdują wyższą jakość leczenia niż we własnym kraju. Chociaż technologie medyczne szybko poprawiają się w innych krajach, jednak Stany Zjednoczone są w dalszym ciągu światowym liderem w niektórych dziedzinach medycyny, np. onkologii, urazach sportowych, zabiegach kosmetycznych. Kilka stanów USA jest szczególnie aktywnych w promowaniu podróży medycznych w ramach opieki zdrowotnej (np. Michigan – szpitale Health System oraz Detroit Medical Center, Floryda, światowej klasy obiekty: Mayo Clinic, Cleveland Clinic, Sloan-Kettering Hospital).
- *Dochody i majątek ludności.* Dochody i majątek ludności to zmienne wpływające na popyt na usługi turystyki zdrowotnej. Obserwuje się rosnący popyt na wyspecjalizowane usługi medyczne, które zazwyczaj są bardzo drogie. Głównie stanowią go pacjenci zagraniczni o wysokich dochodach. Pomimo, iż objęci są krajowym programem ubezpieczeń zdrowotnych, korzystają z usług leczenia w luksusowych klinikach za granicą, np. w USA.
- *Warunki makroekonomiczne.* Stan gospodarki światowej jest bardzo ważnym czynnikiem wpływającym na popyt na usługi turystyki medycznej. W obliczu ostatnich lat recesji, zaobserwowano spowolnienie w przychodach z turystyki medycznej w wielu krajach.
- *Jakość leczenia.* Wzrasta popyt na usługi w ośrodkach zdrowia światowej klasy, które są w stanie zapewnić pełny zakres usług potrzebnych pacjentowi. W Stanach Zjednoczonych zwłaszcza zabiegi chirurgiczne oraz opieka przed i pooperacyjna są wysokiej jakości.

Pomimo, że Amerykańskie szpitale przyciągają wielu międzynarodowych pacjentów dzięki wysokim technologiom medycznym, jednak wielu amerykańskich pacjentów szuka za granicą tańszego leczenia. Pacjenci o średnich dochodach wyjeżdżają za granicę w poszukiwaniu równie dobrej, ale znacznie tańszej opieki medycznej, dzieje się tak również w Europie, np. z Wielkiej Brytanii i Niemiec do Polski. Pacjenci z USA, którzy przeszli operację wymiany stawu biodrowego w Indiach lub na Kostaryce, zaoszczędzili do 75% kosztów.

Turystyka zdrowotna jest terminem zbiorczym. Jej cele osiągnąć mogą być w różnych rodzajach turystyki. Ważne jest, że to, co ją wyróżnia spośród innych rodzajów turystyki, to poprawa szeroko rozumianego zdrowia. W dobie starzejącego się społeczeństwa, chorób cywilizacyjnych, ciągłej pogoni za pieniądzem, ludzie szukają odskoczni w celu regeneracji swych sił fizycznych, ale również psychicznych. Ludzie chcą pięknie wyglądać, opóźnić oznaki starzenia, prowadzić zdrowy tryb życia, ale zarazem wypoczywać na łonie natury, spędzać swój wolny czas przyjemnie i pożytecznie, toteż następuje ciągły rozwój turystyki zdrowotnej.

Od lat 90. ubiegłego wieku w krajach wysoko rozwiniętych konsekwentnie następuje przesunięcie nacisku z długości życia człowieka (gdyż średnia długość życia mężczyzn i kobiet jest już i tak wysoka) na jakość życia w sensie spełnienia pragnień jednostki⁵⁸.

Zgodnie z panującą dziś modą należy być pięknym, zdrowym i urodziwym. W szczególności trendy te są przekazywane w mediach, toteż ludzie dążą do doskonałości. Bez wahania można stwierdzić, że ludzie zamożniejsi są pod wpływem tej presji.

Oferta turystyki zdrowotnej jest zróżnicowana pod względem ilościowym i jakościowym, dostępna w coraz większej ilości krajów trzeciego świata. W dobie nowoczesnych technik medialnych, a szczególnie Internetu można dziś kupić zabieg czy też operację na rynku usług medycznych na całym świecie. Istnieje również bardzo szeroka gama zabiegów leczniczych, również zabiegów pielęgnacyjnych poprawiających urodę, która ulega ciągłemu poszerzaniu i ulepszaniu. Poprzez ciągłe ulepszanie zabiegów, skraca się również czas regeneracji organizmu, toteż pojawiły się już nawet oferty weekendowe. Wyjazdy turystów w celu poprawy szeroko rozumianego zdrowia to odnowa sił, regeneracja organizmu nie tylko w celu pozbycia się zmęczenia, ale również w celu powrotu do zdrowia po przebytych chorobach czy też urazach. W warunkach ciągłego stresu, ludzie pragną zaznać odpoczynku połączonego niejednokrotnie ze zrobieniem czegoś miłego i pożytecznego dla swego ciała, czym są zazwyczaj specjalistyczne zabiegi odmładzające, konserwujące. Bardzo ważnym elementem jest obszar spa. Pojęcie to w dosłownym znaczeniu dotyczyło uzdrawiania przez wodę. Jednak w ostatnich latach branża ta bardzo się rozrosła od kosmetyków po zabiegi w salonach piękności.

Do form turystyki zdrowotnej można zaliczyć przede wszystkim turystykę uzdrowską (jako formę tradycyjną), ale również nowe jej formy dbające o ciało i relaksujące (różnego rodzaju masaże, okłady z gliny i ziół, złuszczenie naskórka, gimnastyka, siłownia, naświetlenia, krioterapie, itd.) oraz wprowadzające w błogi nastrój (terapię wellness pomagają ludziom generalnie zdrowym zwalczać pewne problemy fizyczne i psychiczne, do których można zaliczyć różnorodne sposoby walki ze stresem, kuracje odtruwające od nadmiaru używek, terapie tlenowe, kuracje

⁵⁸ I. Łęcka, Nowe (?) trendy... op. cit, s. 173 – 174.

odchudzające i medytacje). Cechą charakterystyczną terapii nowych należących do obu grup wydaje się być ich nieograniczona liczba odmian i kombinacji oraz ich orientalne najczęściej pochodzenie, które nawiązuje do nauki i filozofii starych cywilizacji, najczęściej czerpiąc z bogatego dorobku Indii⁵⁹.

W szerokim rozumieniu turystyki zdrowotnej można podzielić ją na obszary turystyki kuracyjno – rehabilitacyjnej (powiązanej z medycznymi świadczeniami dla osób chorych) oraz turystykę związaną z profilaktyką zdrowotną, którą z kolei można podzielić na turystykę wellness oraz związaną ze „specyficzną profilaktyką zdrowotną” obejmującą pojedyncze świadczenia⁶⁰.

Inny podział stosuje W. Berg, który wyróżnia następujące formy turystyki zdrowotnej: uzdrowiskowa, medyczna wellness (łącząca w sobie terapie medyczne i wellness), medyczna oraz wellness, jednak w ciągu upływu czasu formy te ewoluują⁶¹.

W. Nahrstedt turystykę zdrowotną dzieli na wypoczynkową, „zdrowie na urlopie”, turystykę wellness, turystykę uzdrowiskową i „kurację na urlopie”⁶².

Według M. Januszewskiej, turystykę zdrowotną podzielić można na ze względu na rodzaj stosowanych terapii zdrowotnych: uzdrowiskową, medyczną, Spa i wellness, płodności (seksualną, aborcyjną)⁶³.

Nie istnieje jeden typowy zestaw form turystyki zdrowotnej.

Wydaje się, że w celu dokładnego opisanie turystyki zdrowotnej, należy podzielić ją na cztery główne części składowe: usługi profilaktyczno – rehabilitacyjne (świadczone w zakresie turystyki uzdrowiskowej), usługi medyczne (świadczone w zakresie turystyki medycznej), usługi kosmetyczno – dietetyczne (świadczone turystom głównie w hotelach Spa) oraz usługi paramedyczne, uwzględniające produkcję kosmetyków na bazie naturalnego surowca.

2.2. Efektywność sektora turystyki zdrowotnej

Turystyka zdrowotna to forma wakacji obejmująca zagraniczny zakres usług medycznych. Dotyczy wolnego czasu, wypoczynku, relaksu, zabawy, rozrywki i rekreacji wraz z centrum odnowy biologicznej oraz zdrowotnych pakietów. Turyści mogą nauczyć się jak poprawić swoje życie w kategoriach zdrowia i ogólnego samopoczucia⁶⁴.

O efektywności turystyki zdrowotnej decyduje miejsce podróży w celach zdrowotnych i miejsce motywacji zdrowotnych w ogólnej hierarchii celów turystycznych podróży. Bowiem w tego rodzaju turystyce miejsce nadrzędne zajmuje odnowa sił i regeneracja organizmu. Dlatego też do turystyki zdrowotnej można zaliczyć te rodzaje turystyki, w których głównym celem (lub celem równorzędnym w stosunku do pozostałych) jest poprawa zdrowia i samopoczucia. Za efektywność sektora turystyki zdrowotnej w znacznej mierze odpowiada państwo, które powinno zapewniać jej rozwój w kraju. Ze względu na stan zdrowia społeczeństwa państwo

⁵⁹ I. Łęcka, Nowe (?) trendy... op. cit, s. 175, 179.

⁶⁰ E. Lanz – Kaufmann, Wellness – Tourismus. Marktanalyse Und Qualitätsanforderungen für die Hotellerie – Schnittstellen zur Gesundheitsförderung, FIF, Berno 1999, s. 59.

⁶¹ W. Berg, Gesundheitstourismus Und Wellnesstourismus, Oldenburg, Monachium 2008.

⁶² W. Nahrstedt, Wellnessbildung. Gesundheitssteigerung In der Wohlfühlgesellschaft, Erich Schmidt Verlag, Berlin 2008, s. 36.

⁶³ M. Januszewska, Wyzwania turystyki zdrowotnej... op. cit, s. 111.

⁶⁴ Sanjay R. Ajmeri, Medical Tourism – A Healthier Future for India, Arth Prabhand: A Journal of Economics and Management, Vol. 1 Issue 5, August 2012, APJEM, s.11.

powinno pomagać w prowadzeniu tego typu placówek. Ważne miejsce tu odgrywiają uzdrowiska, które są klasycznym przykładem tego rodzaju turystyki.

Tabela. 28.

**Kraje świata przyjmujące najwięcej turystów zagranicznych
(liczba przyjazdów w mln. - pierwsza dwudziestka)**

ranga	Kraj	źródła danych	Liczba przyjazdów (mln)				Zmiany (%)	
			2000	2005	2010	2011	10/9	11/10
	Świat ogółem		678	805	962	996	6,5	4,7
1	Francja	TF	77,2	75	77,6	81,4	1,2	4,8
2	USA	TF	51,2	49,2	59,8	62,7	8,8	4,9
3	Chiny	TF	31,2	46,8	55,7	57,6	9,4	3,4
4	Hiszpania	TF	46,4	55,9	52,7	56,2	1	6,6
5	Włochy	TF	41,2	36,5	43,6	46,1	0,9	5,7
6	Turcja	TF	9,6	20,3	31,4	34	3,2	8,4
7	W. Brytania	TF	23,2	28	28,3	29,3	0,4	3,6
8	Niemcy	TCE	19	21,5	26,9	28,4	10,9	5,5
9	Malezja	TF	10,2	16,4	24,6	24,7	3,9	0,6
10	Meksyk	TF	20,6	21,9	23,3	23,4	4,2	0,5
11	Austria	TCE	18	20	22	23	3	4,6
12	Rosja	TF	19,2	19,9	20,3	22,7	4,4	11,9
13	Hong Kong (Chiny)	TF	8,8	14,8	20,1	22,3	18,7	11,1
14	Ukraina	TF	6,4	17,6	21,2	21,4	1,9	1
15	Tajlandia	TF	9,6	11,6	15,9	19,2	12,6	20,7
16	Arabia Saudyjska	TF	6,6	8	10,9	17,5	-0,4	61,3
17	Grecja	TF	13,1	14,8	15	16,4	0,6	9,5
18	Kanada	TF	19,6	18,8	16,2	16	3,1	-1,3
19	Polska	TF	17,4	15,2	12,5	13,4	4,9	7,1
20	Makao (Chiny)	TF	5,2	9	11,9	12,9	14,7	8,4

Źródło: World Tourism Barometer Vol 11, UNWTO, January 2013, s.8.

Legenda:

TF - międzynarodowe przyjazdy turystów na granicach (wyłączając odwiedzających jednodniowych);
TCE - turyści zagraniczni korzystający z obiektów noclegowych zakwaterowania zbiorowego.

Kraj, który od lat przyjmuje najwięcej turystów zagranicznych, to Francja. W roku 2011 ich liczba przyjazdów wyniosła 81,4 mln, czyli niemal o 5% więcej w stosunku do roku poprzedniego (por. Tab. 28). Kolejnym bardzo chętnie odwiedzanym krajem przez turystów zagranicznych są Stany Zjednoczone (62,7 mln przyjazdów w 2011 roku – wzrost o 4,9% w stosunku do roku poprzedniego, zaś w latach 2009 – 2010 duży wzrost o prawie 9%). Na miejscu trzecim pod względem liczby przyjazdów turystów zagranicznych znalazły się Chiny z liczbą 57,6 mln w roku 2011 (wzrost o 3,4% w stosunku do roku 2010, zaś w latach 2009 – 2010 odnotowano wysoki wzrost na poziomie 9,4%). Polska pod względem badanego wskaźnika uplasowała się na miejscu 19 na świecie z liczbą 13,4 mln przyjazdów, co dało 7,1 – procentowy wzrost w stosunku do roku poprzedzającego (w latach 2009 –

2010 odnotowała zaś 5 – procentowy wzrost). Ogólnie można powiedzieć, że w roku 2008 zaszły tylko niewielkie zmiany w rankingu krajów pod względem międzynarodowych przyjazdów turystycznych. Podobnie jest, jeśli chodzi o wpływy z turystyki – zmiany są również nieznaczne.

Tabela 29.

**Kraje świata o największych wpływach z turystyki zagranicznej
(w mld dol. USA)**

Ranga	Kraj	Wpływy (w mld dol. USA)					Zmiana 2011/2010
		2000	2005	2009	2010	2011	
	Świat ogółem	475	679	854	928	1042	12,3
1	USA	82,9	82,2	94,2	103,5	116,1	12,2
2	Hiszpania	30	48	53,2	52,5	59,9	14,1
3	Francja	33	44	49,5	46,9	54,5	16,2
4	Chiny	16,2	29,3	39,7	45,8	48,5	5,9
5	Włochy	27,5	36,4	40,2	38,8	43	10,8
6	Niemcy	18,7	29,2	34,6	34,7	38,8	11,8
7	Makao (Chiny)	3,2	7,6	18,1	27,8	38,5	38,5
8	W. Brytania	21,9	30,7	30,1	32,4	35,1	8,3
9	Australia	9,3	16,8	24,8	29,1	31,5	8,2
10	Hong Kong (Chiny)	5,9	10,3	16,4	22,2	27,7	24,8
11	Tajlandia	7,5	9,6	16,1	20,1	27,2	35,3
12	Turcja	7,6	18,2	21,3	20,8	23	10,6
13	Austria	9,8	16,1	19,4	18,6	19,9	7,0
14	Malezja	5	8,8	15,6	18,3	19,6	7,1
15	Singapur	5,1	6,2	9,4	14,1	18	27,7
16	Szwajcaria	6,6	10	14,1	14,9	17,5	17,4
17	Indie	3,5	7,5	11,1	14,2	17,5	23,2
18	Kanada	10,8	13,8	13,7	15,7	16,7	6,4
19	Grecja	9,2	13,3	14,5	12,7	14,6	15,0
20	Niderlandy	7,2	10,5	12,4	12,9	14,3	10,9

Źródło: World Tourism Barometer Vol 11... op. cit, s.9.

Mimo, że Francja jest liderem pod względem liczby wizyt, to zajmuje trzecie miejsce pod względem wpływów, bowiem w roku 2011 wyniosły one 54,5 mld dol (por. Tab. 29). USA i były o 16,2% większe niż w roku 2010. Krajem przodującym, jeżeli chodzi o wpływy z turystyki zagranicznej jest USA. W roku 2011 osiągnęły one poziom 116,1 mld dol. USA i były o 12,2% wyższe w stosunku do roku poprzedniego. Na drugim miejscu na świecie pod względem badanego wskaźnika jest Hiszpania, której wpływy z turystyki zagranicznej w roku 2011 osiągnęły 59,9 mld dol. USA, czyli prawie o połowę niższe niż w USA. Ich wzrost w stosunku do roku 2010 był na poziomie 14,1%. Polska pod względem badanego wskaźnika osiągnęła pozycję 29 (10,7 mld dol. USA wpływów, wzrost o 12,6% w stosunku do roku 2010 i o około 50% w stosunku do roku 2000). Najwyższy wzrost wpływów z turystyki zagranicznej w latach 2010 – 2011 odnotowano w Makao (38,5%),

Tajlandii (35,3%), Singapurze (27,7%), Hong – Kongu (24,8%) oraz Indiach (23,2%).

Tabela 30.

Liczba noclegów i gości w europejskich uzdrowiskach (Spa)

Kraj	Liczba Spa	Liczba noclegów			Liczba osób		
		2007	2008	2009	2007	2008	2009
Niemcy	241	65131586	66136765	65905759	12606485	12826847	12901850
Niemcy (tylko nadmorskie Spa)	50	36193493	36395097	36829389	6347201	6504031	6621158
Łotwa (tylko Jurmala)	11	413312	347973	371329	128184	128010	94457
Litwa (tylko Pałanga)	6	.	.	.	545781	.	447680
Portugalia	34	860000	.	796000	99000	94431	97000
Słowacja	21	.	.	2391089	.	.	241309
Hiszpania	128	5200000	5460000	5250000	1200000	1250000	1200000
Turcja	100	.	.	33177000	.	.	10635411

Źródło: prezentacja Health Tourism in Europe – actual situation and trends, Joachim Liber Secretary-General European Spas Association (ESPA) 11.11.2010, Vila Real, Portugal.

Istotną formą z punktu widzenia turystyki zdrowotnej jest turystyka uzdrowiskowa.

Europejskie uzdrowiska i sanatoria ogólnie zatrudniają pośrednio i bezpośrednio 500000 ludzi, a jest to ważny czynnik ekonomiczny i można się spodziewać, że w przyszłości będzie się zwiększał. Niemcy są największym uzdrowiskowym krajem na świecie ze swoimi uzdrowiskami i sanatoriami dającymi 200 tysięcy stanowisk pracy w uzdrowiskach - bezpośrednio lub pośrednio⁶⁵.

Europejskie Spa są bardzo chętnie odwiedzane przez turystów. Największą liczbę uzdrowisk (kurortów Spa) posiadają Niemcy. W latach 2007 – 2009 odnotowywano w nich ponad 65 mln noclegów (oraz ponad 36 mln w samych Spa nadmorskich). Niemieckie uzdrowiska goszczą co roku ponad 18 mln turystów (por. Tab. 30). Krajem, na którego terytorium znajduje się wiele uzdrowisk (128) jest Hiszpania. W badanym okresie czasu gościło w nich co roku ponad 1,2 mln osób, oraz odnotowywano w nich ponad 5 mln noclegów. Znaczna liczba uzdrowisk istnieje na terenie Turcji. W roku 2009 w 100 Spa zanotowano ponad 33 mln noclegów oraz ponad 10 mln turystów.

Wartość sektora turystyki uzdrowiskowej w Niemczech szacowano w roku 2007 na 28 mld euro, zaś liczbę obsłużonych kuracjuszy – 19 mln rocznie (z tego ponad 9% obcokrajowców). Niekwestionowanym liderem na rynku usług SPA jest Bawaria, która ma 27 – procentowy udział w tym segmencie. Procentowa ilość kuracjuszy zdrowotnych wzrosła dwukrotnie z 5% w r. 2000 do 11% w r. 2008 (w r. 2008 odnotowano w Bawarii 3,9 mln gości i 22,1 mln noclegów)⁶⁶.

⁶⁵ Reinhard Petry - Dyrektor do spraw marketingu i zarządzania ESPA (Europejski Związek Uzdrowisk), Model funkcjonowania i finansowania uzdrowisk europejskich, „Jedziemy do wód w...”, Biuletyn Informacyjny nr 3, Stowarzyszenie Gmin Uzdrowiskowych RP, sierpień 2001, s. 33 – 36.

⁶⁶ Joachim Lieber, Health Tourism in Europe – actual situation and trends, European Spas Association, 2010; B. Stankiewicz, M. Prochorowicz, Regionalna turystyka uzdrowiskowa a przeobrażenia społeczno – gospodarcze w Unii Europejskiej, Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie, Oeconomica 284 (61), 2010, s.129–136; Petry R. 2009. Czy w Europie występuje zmierzch uzdrowisk i klasycznego leczenia? Marketing uzdrowiskowy w państwach europejskich,

Jako, że turystyka zdrowotna na świecie cechuje się wyjazdami głównie do innych krajów w celach medycznych, w branży opieki zdrowotnej powstaje ogromna konkurencja. Od dawna zamożni pacjenci z krajów rozwijających się podróżowali do krajów rozwiniętych, gdzie znajdowali wysokiej jakości opiekę medyczną. Obserwuje się jednak, że coraz częściej mniej zamożni pacjenci z krajów rozwiniętych podróżują w celach zdrowotnych do „krajów trzeciego świata”. Poszukują oni wysokiej jakości opieki medycznej w przystępnych cenach. Istnieje możliwość koordynowania swego leczenia z pomocą pośredników turystycznych. Jest to bardzo dobre rozwiązanie dla pacjentów, którzy nie są zaznajomieni z konkretną placówką medyczną. Usługi w ramach turystyki zdrowotnej działają jak wyspecjalizowane biura podróży.

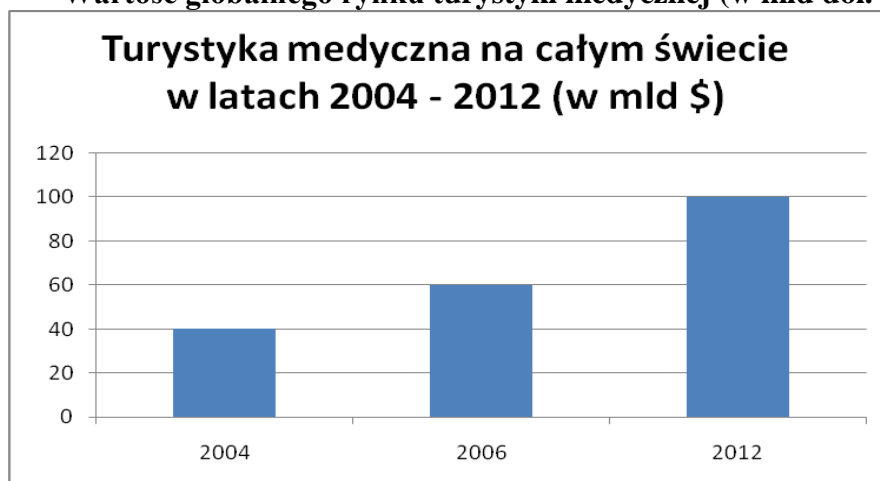
Wysoką jakość leczenia za granicą zapewnia fakt, że⁶⁷:

- zagraniczni pracownicy służby zdrowia uznawani są często na całym świecie, wielu z nich odbyło szkolenia w Stanach Zjednoczonych, Australii, Kanadzie czy Europie
- ponad 120 szpitali za granicą akredytowanych jest przez Joint Commission International (JCI), czyli z ramienia organizacji, która akredytuje amerykańskie szpitale biorące udział w Medicare, kolejne akredytowane są przez Standards Organization International,
- niektóre kraje przyjmują własne standardy akredytacji;
- pacjenci mogą również skorzystać ze społeczności online, aby uzyskać informacje na temat bezpieczeństwa i jakości dostawców usług medycznych, czytając relacje innych pacjentów, którzy zdecydowali się na operację za granicą.

Ceny leczenia w zagranicznych szpitalach są niższe chociażby z powodu niższych kosztów pracy.

Wykres 2.

Wartość globalnego rynku turystyki medycznej (w mld dol. USA)



Źródło: Medical Tourism: Global Competition in Health Care, NCPA Policy Report No. 304, November 2007.

[w:] Innowacyjne kierunki rozwoju turystyki uzdrowiskowej i lecznictwa uzdrowiskowego. XVIII Kongres uzdrowisk polskich, Muszyna 4–6 czerwca 2009.

⁶⁷ Medical Tourism: Global Competition in Health Care, NCPA Policy Report No. 304, November 2007.

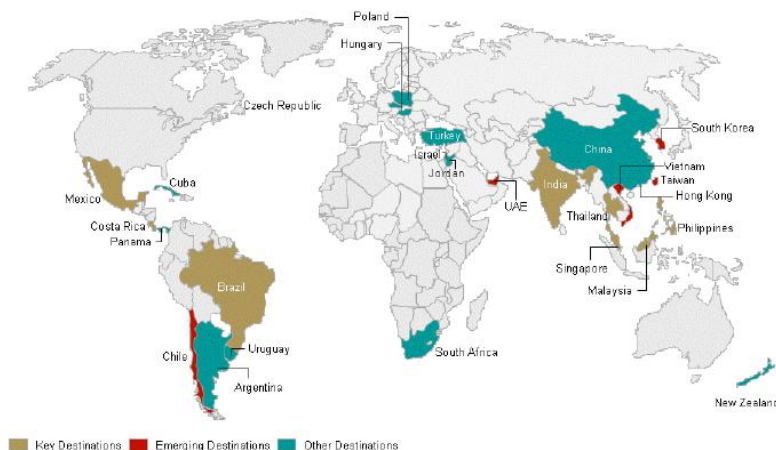
W roku 2006 zarobek w branży turystyki medycznej na świecie osiągnął 60 mld dol. USA. Firma McKinsey & Company oszacowała, że ta kwota wzrośnie do 100 mld dol. USA w roku 2012 (por. Wykres 2).

Na arenie międzynarodowej znanych szpitali, takich jak Bumrungrad w Tajlandii czy Apollo w Indiach odnotowuje się wzrost przychodów 20 – 25% rocznie.⁶⁸

Rysunek 1.

Kraje odwiedzane w celach medycznych

An increasing number of nations are vying to become significant players in medical tourism



Źródło: The Rise of Medical Tourism, Grail Research, August 2009, s. 10.

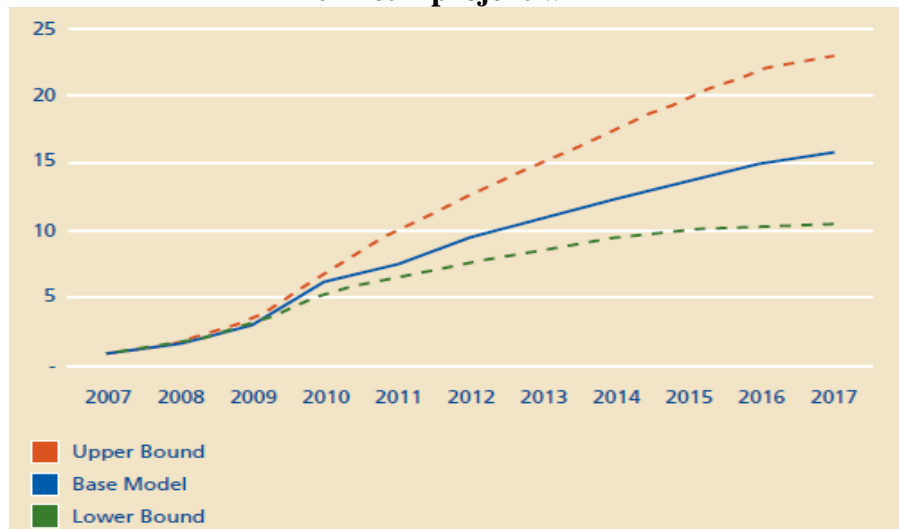
Według Raportu firmy badawczej Grail Research, główną rolę w dziedzinie turystyki medycznej odgrywiają kraje kluczowe: Meksyk, Brazylia, Indie, Tajlandia, Singapur, Malezja, Filipiny. Nowe miejsca na rynku turystyki medycznej: Korea Południowa, Zjednoczone Emiraty Arabskie, Wietnam, Tajwan, Chile. Inne kraje, to: Węgry, Polska, Urugwaj, Argentyna, Południowa Afryka, Turcja, Izrael, Jordania, Chiny, Nowa Zelandia (por. Rysunek 1).

Turystyka medyczna traktowana jest przez firmę Deloitte jako proces opuszczania domu w celu osiągnięcia opieki zdrowotnej głównie za granicą lub gdzie indziej w kraju. Firma przeprowadziła w roku 2008 internetowe badanie na 3000 Amerykanów. Szybki rozwój infrastruktury za granicą pomógł pobudzić ten przemysł. Deloitte traktuje ten rodzaj turystyki w trzech kategoriach: zagranicznej wyjazdowej, zagranicznej przyjazdowej oraz krajowej. Badania obejmują głównie turystykę medyczną wyjazdową z USA do innych krajów oraz turystykę medyczną przyjazdową pacjentów z innych krajów do USA. Istnieje jeszcze turystyka medyczna pacjentów obejmująca podróże w obrębie USA, jednak dane dla tego rodzaju turystyki nie są jednoznaczne, toteż badania dotyczą głównie dwóch poprzednich rodzajów turystyki. Zgodnie z wynikami, w roku 2007 około 750 000 Amerykanów wyjechało za granicę w celach opieki medycznej. Oszacowano, że liczba ta zwiększy się do roku 2010 do 6 milionów. W porównaniu do roku bazowego oszacowano roczną stopę wzrostu wyjazdowej turystyki medycznej na 100% w latach 2007 – 2010.

⁶⁸ Medical Tourism: Global Competition in Health Care, NCPA Policy Report No. 304, November 2007.

Wykres 3.

Liczba pacjentów wyjeżdżających za granicę w celach medycznych, 10 – letni projekt w mln

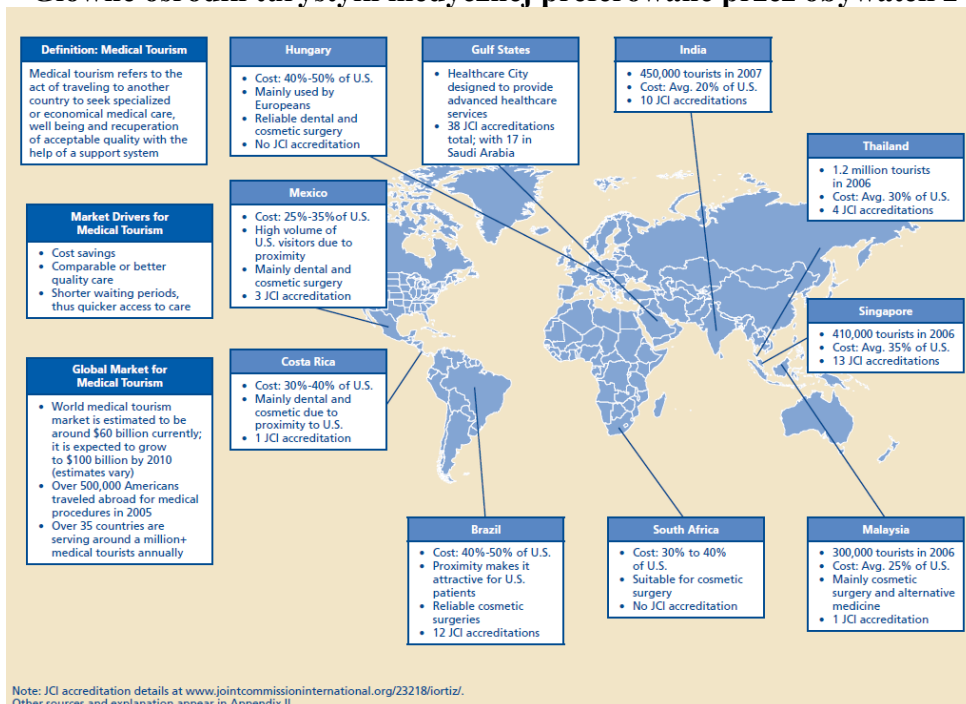


Źródło: Medical Tourism Consumers In Search of Value, Deloitte Center for Health Solutions, 2008, s. 3.

Po 2010 r. tempo wzrostu znacznie spadać ze względu na ograniczone możliwości zasilania w obcych krajach (por. Wykres 3). Górne szacunki zakładają, że tempo wzrostu jest wyższe niż szacowane dla stadium bazowego i odwrotnie. Scenariusz optymistyczny zakłada, że liczba amerykańskich turystów medycznych w roku 2017 wyniesie 23,2 mln, zaś według planu pesymistycznego – 15,75 mln.

Rysunek 2.

Główne ośrodki turystyki medycznej preferowane przez obywateli z USA



Źródło: Medical Tourism Consumers... op. cit., s. 6.

Do przyczyn turystyki medycznej zalicza się głównie oszczędności (niższe koszty), porównywalna lub lepsza jakość opieki medycznej oraz skrócenie czasu oczekiwania, a tym samym szybszy dostęp do opieki medycznej. Ponad 35 krajów obsługuje ponad milion turystów medycznych rocznie. Podróżowanie Amerykanów w celach medycznych odbywa się głównie do następujących miejsc: Węgry, Meksyk, Kostaryka, Brazylia, Zatoka Perska, Południowa Afryka, Tajlandia, Singapur, Malezja. Miejsca te w większości oferują niższe koszty leczenia i specjalizują się głównie w chirurgii plastycznej oraz stomatologii (por. Rysunek2).

Według badania "Medical Tourism - Profit from Global Health Care"⁶⁹ przeprowadzonego przez niemiecką firmę we współpracy z agencją doradztwa Reza Consultancy, w Unii Europejskiej 53% mieszkańców gotowych jest na podróżowanie za granicę w celach zdrowotnych. Jest to prawie dwa razy więcej niż w Stanach Zjednoczonych, gdzie odsetek ten wynosi 27%. Różnicę tą tłumaczy geograficzna bliskość innych krajów w ramach UE oraz umów o współpracy. Do motywów uprawiania turystyki zdrowotnej wliczono następujące: niektóre metody leczenia i zabiegów nie są dostępne w kraju rodzimym, lepsza reputacja co do niektórych specjalistów oraz najwyższa jakość leczenia w miejscach za granicą, różnice dotyczące okresów oczekiwania na zabieg, niższe koszty (nawet po opłaceniu kosztów podróży, zakwaterowania koszty leczenia zagranicą są niższe niż w kraju rodzimym)⁷⁰.

Rynek usług z zakresu turystyki medycznej rozwija się w bardzo szybkim tempie. Według dr Bettina Horster, menedżer Vivai Software AG coraz więcej państw w najbliższej przyszłości będzie podejmowało działania przyciągania pacjentów z całego świata.

Kraje przyciągające turystów medycznych, (przyjazdowa turystyka medyczna)⁷¹:

- Belgia - przyciąga turystów, którzy korzystają głównie z operacji plastycznych, leczenia onkologicznego i kardiologicznego. Kraj wybierany jest głównie z powodu krótkiego czasu oczekiwania, niskich kosztów (w porównaniu do USA, zaoszczędzić można 56% lub 26% w porównaniu do Wielkiej Brytanii), wysokiej jakości personelu medycznego oraz znajomości języków: holenderskiego, francuskiego i angielskiego. Turyści medyczni przyjeżdżają jednak głównie z Holandii (60%) oraz Wielkiej Brytanii (21%).
- Brazylia – przyciąga wielu turystów medycznych każdego roku, którzy łączą leczenie (głównie chirurgia plastyczna) ze spędzeniem urlopu (na kosztach leczenia zaoszczędzić mogą oni 60%).
- Kostaryka przyciąga turystów medycznych głównie z USA (zaoszczędzić można 25%). Kraj specjalizuje się w chirurgii stomatologicznej.

⁶⁹ Wyniki badań dla lat 2009-2010 określone przez zespół badawczy złożony z ośmiu osób. Badanie trwało pięć miesięcy. Przeanalizowano 16 tzw. krajów przychodzących i cztery wychodzące. Metody stosowane podczas badania to średnie, jak również wywiady z ekspertami z branży. Ponadto przeprowadzono i oceniono 400 ankiet internetowych. Podsumowanie badania znajduje się na stronie internetowej www.hospitalscout.com.

⁷⁰ Medical tourism market expects strong growth for 2010, www.hospitalscout.com (data dostępu 23.12.2011r.).

⁷¹ Medical Tourism: "Profit from Global Health Care", Management Summary, s. 15 – 18 www.hospitalscout.com (data dostępu 23.12.2011r.).

- Czechy – przyciągają pacjentów głównie z Wielkiej Brytanii, Austrii i Niemiec (oszczędności w stosunku do Wielkiej Brytanii to ok. 17%). Kraj ten znany jest jako popularne miejsce turystyczne oraz zapewnia wysokiej jakości usługi dentystyczne oraz chirurgii plastycznej.
- Dubaj – przyciąga turystów medycznych głównie z Niemiec (45%), Wielkiej Brytanii (27,8%) i Singapuru (10,3%) ze względu na krótszy czas oczekiwania i wysokiej jakości opiekę medyczną. Specjalizuje się w kardiologii, ortopedii, onkologii, w zabiegach kosmetycznych i chirurgii plastycznej oraz dermatologii.
- Niemcy – przyciągają turystów medycznych ze 163 krajów dzięki centralnemu położeniu w Europie oraz członkostwu UE. Pomimo, że oszczędności są minimalne, to popularny kraj dla turystów medycznych z Holandii (11,4%), Francji (10%), Austrii (8%), Polski (8%) i Belgii (5,7%), którzy udają się tam głównie w celu badań kardiologicznych i onkologicznych oraz zabiegów ortopedycznych.
- Indie – są pionierem w branży turystyki medycznej, przyciągają turystów medycznych (głównie z Wielkiej Brytanii, USA i Korei Południowej) promowane przez rząd oraz sektor prywatny, oferują nowe technologie, alternatywne i eksperymentalne zabiegi, wykwalifikowaną kadrę medyczną dobrze mówiącą po angielsku. Specjalizują się w kardiologii, chirurgii estetycznej, stomatologii, okulistyce, ortopedii, przeszczepach oraz wspomaganie rozrodu. Oszczędności w stosunku do USA 58% oraz do Wielkiej Brytanii 47%. Indie oferują ponadto wysoką jakość opieki medycznej, dostępność leczenia i skrócenie czasu oczekiwania. Do roku 2012 szacuje się, że Indie przyciągną milion turystów medycznych.
- Jordania – jedno z największych centrów turystyki medycznej na Bliskim Wschodzie. Pomimo promocji na rynku amerykańskim pacjenci przyjeżdżają głównie z krajów otaczających (38% Irakijczyków, 30% Palestyńczyków, 31% Sudańczyków). Kraj cechuje wysokiej jakości opieka medyczna, kadra mówiąca po angielsku, zaś specjalizuje się w kardiologii, ortopedii, chirurgii kosmetycznej i stomatologii. Oszczędności w porównaniu z USA 66% oraz 57% w porównaniu z Wielką Brytanią.
- Malezja – turyści przyjeżdżają głównie z Indonezji (70%), Singapuru (10%), Japonii (6%), Europy (5%) i Indii (3%). Główne zabiegi, jakie tam się wykonuje, to: reprodukcja, ortopedia, chirurgia plastyczna.
- Meksyk – zainteresowanie Amerykanów jest duże z powodu bliskości kraju oraz możliwości oszczędności ok. 63%. Meksyk zyskał reputację w ofercie stomatologicznej oraz zabiegów kosmetycznych i chirurgii plastycznej, ortopedycznych i kardiologicznych.
- Filipiny – przyjmują turystów medycznych z USA i Kanady (40%), Japonii i Korei (20%), Europy (17%), Bliskiego Wschodu (7%). Kraj specjalizuje się w chirurgii plastycznej, okulistyce, kardiologii, chirurgii układu sercowo – naczyniowego, onkologii. Pacjenci z zagranicy mogą liczyć na 68% oszczędności w stosunku do USA oraz 54% w stosunku do cen z Wielkiej Brytanii.
- Singapur – przyciąga turystów medycznych: 50% z Bliskiego Wschodu, 45% z Azji, 5% z Europy. Kraj posiada reputację jako jeden z najbogatszych i najczystszych na świecie, ma dobrze rozwiniętą infrastrukturę, wysokiej

jakości system opieki zdrowotnej. Specjalizuje się w gabinetach kosmetycznych, kardiologii, ortopedii, neurologii, terapii komórkami macierzystymi, gastroenterologii i onkologii.

- Republika Południowej Afryki – przyciąga turystów z mniej rozwiniętych krajów sąsiedzkich (32% Mozambik, 28% Lesotho, 13% Bostwana, 12% Suazi). Oferuje specjalizacje w zakresie okulistyki, ortopedii, kardiologii, rehabilitacji i gabinetów kosmetycznych. Afryka Południowa oferuje 30% oszczędności kosztów w porównaniu do Stanów Zjednoczonych.
- Korea Południowa – przyciąga turystów głównie z Japonii i Chin. Specjalizacje koncentrują się głównie na dziedzinach onkologii, kardiologii, okulistyki, ortopedii i stomatologii. Nie oferuje żadnych oszczędności, więc jest mało prawdopodobne, że przyciągnie turystów z USA.
- Tajlandia – była jednym z pionierskich krajów, który dostrzegł potencjał w turystyce medycznej i przyciąga turystów medycznych (33% z USA, 29% z Chin, 18% z Japonii, 14% z Wielkiej Brytanii i Bliskiego Wschodu oraz 6% z Australii). Dzięki szerokiemu wyborze specjalności od alternatywnych metod leczenia oraz w takich dziedzinach jak kardiologia, neurologia i okulistyka oraz światowej sławy operacjach kosmetycznych i plastycznych Tajlandia ma jedną z najlepszych reputacji na rynku turystyki medycznej.
- Turcja – przyciąga turystów medycznych głównie z Europy i Azji. Oferuje oszczędności na poziomie 58% w stosunku do USA i 40% w stosunku do Wielkiej Brytanii. Kraj specjalizuje się w kardiologii, ortopedii, wspomaganie rozrodu, onkologii, operacjach kosmetycznych i plastycznych.

Kraje wyjazdowe (wyjazdowa turystyka medyczna)⁷²:

- Holandia – najpopularniejsze trasy holenderskich turystów medycznych, to Belgia, Niemcy i Turcja, choć dokładne wartości nie są znane. Powodem, dla których ludzie wybierają leczenie w tych krajach to głównie oszczędności, możliwość połączenia leczenia z wakacjami, krótszy czas oczekiwania, bliskość krajów i umiejętności językowe kadry medycznej.
- Rosja – rosyjscy turyści medyczni podróżują głównie do Izraela i Niemiec (odpowiednio 40% i 20% pacjentów). Na popularności zyskują także: Turcja, Singapur, Szwajcaria, Francja, kraje Europy Wschodniej. Najczęściej poszukiwane są operacje przeszczepiania narządów, chirurgii oka, onkologii i innych chorób przewlekłych, które wymagają zaawansowanego sprzętu medycznego i specjalistycznej opieki pooperacyjnej. Najważniejsze powody wyjazdów Rosjan w celach medycznych, to: wyższa jakość leczenia, dostępność zabiegów, umiejętności językowe kadry medycznej. Rosjanie nie szukają oszczędności, gdyż tylko zamożni obywatele mogą sobie pozwolić na leczenie za granicą (1 % populacji rosyjskiej leczy się za granicą).
- Wielka Brytania – najbardziej popularny kraj brytyjskich turystów medycznych, to Indie, ale również Czechy i Turcja. Przyczyny wyjazdów: krótszy czas oczekiwania, wyższa jakość, redukcja kosztów, dostępność zabiegów. Populacja brytyjska w kolejności jest druga na świecie pod względem liczby wyjazdów za granicę w celach medycznych.
- Stany Zjednoczone – amerykańscy turyści medyczni podróżują do Ameryki Łacińskiej (38%), Tajlandii (44%), Indii (18%). Główne powody wyjazdów

⁷² Medical Tourism: "Profit from Global Health Care"... op. cit., s. 18 – 19.

to: oszczędności, wyższa jakość leczenia, dostępność zabiegów oraz skrócenie czasu oczekiwania. Stany Zjednoczone są na pierwszym miejscu pod względem wyjazdowej turystyki medycznej, bowiem w celach medycznych udaje się 500 000 – 750 000 podróżnych rocznie.

Obserwuje się wzrost przepływu pacjentów, pracowników służby zdrowia oraz technologii medycznej. W związku z tym w ostatnich dziesięcioleciach powstały nowe wzorce produkcji i konsumpcji świadczeń opieki zdrowotnej, zaś istotnym elementem wzrostu handlu w ramach opieki zdrowotnej jest przepływ pacjentów poza granice kraju w celu leczenia. Najczęściej dotyczy leczenia stomatologicznego, chirurgii plastycznej, zabiegów chirurgicznych oraz leczenia niepłodności. Zmiany w odniesieniu do turystyki medycznej są ilościowo i jakościowo różne od wcześniejszych form podróży związanych ze zdrowiem.

Najważniejsze cechy nowego stylu turystyki medycznej XXI wieku⁷³:

- duża liczba podróżujących w celach leczenia;
- zmiana w kierunku podróży z krajów bardziej rozwiniętych, bogatszych, do krajów mniej rozwiniętych w celu uzyskania dostępu do tanich zabiegów;
- tworzenie nowej infrastruktury – niedrogie, dostępne podróże i łatwo dostępne informacje przez Internet;
- rozwój przemysłu: zarówno sektor prywatny jak i rząd dbają o promocję turystyki medycznej jako lukratywnego źródła dochodów.

Brak jest jednak systematycznych danych dotyczących zdrowotnych usług handlowych zarówno ogólnych, jak i w podziale na dostawy poszczególnych form z poszczególnych krajów. Potrzebne są bowiem mechanizmy, które regularnie pomagałyby określać bilans handlowy turystyki medycznej.

Ważnym elementem turystyki zdrowotnej stanowią usługi kosmetyczno – dietetyczne świadczone turystom. Turyści zdrowotni korzystają najczęściej z usług kosmetyczno – dietetycznych w obiektach SPA prowadzonych przez hotele. Według szacunków na rok 2006, w Polsce istniało około 100 obiektów SPA i aby zapewnić pełne zapotrzebowanie potrzeba ich około 1000. Rynek ten wówczas powiększał się o około 50 – 70%⁷⁴. (Należy zaznaczyć, że w polskim prawie nie ma jednak regulacji, które określałyby, który obiekt może używać nazwy SPA lub wellness.

Każdy hotelarz, czy właściciel salonu odnowy może nazwać go SPA i jako taki obiekt reklamować i nie można zarzucić mu nieprawdy). Według szacunków firmy Deloitte pod koniec roku 2011 istniało w Polsce około 600 ośrodków SPA, w roku 2012 dołączyć do nich miało 90 placówek, natomiast stan na koniec 2013 miałyby zamknąć się 800 placówkami⁷⁵. Podobne szacunki opublikowała w grudniu 2011 gazeta prawna, według której liczba obiektów SPA na rok 2011 wyniosła około 600, z czego 250 to placówki prowadzone przez hotele. W latach 2015 – 2016 liczba ta ma się podwoić⁷⁶. Według innych szacunków w roku 2017 obiektów SPA w Polsce ma być 1200, natomiast w roku 2012 ok. 600 istniejących obsługiwało pół miliona osób. Przy założeniu jedynie 40% obłożenia obrotu tego sektora wyniosły ok. 1 mld

⁷³ N. Lunt, R. Smith, M. Exworthy, S. T. Green, D. Horsfall, R. Mannion, Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, 2011, s. 6.

⁷⁴ Zanim zapłacisz za SPA, „Hotelarz” 10/2006, www.e-hotelarz.pl (data dostępu 06.10.2012 r.).

⁷⁵ Potencjał polskiego rynku SPA, styczeń 2012, spa.warszawa.pl (data dostępu 06.10.2012 r.).

⁷⁶ P. Otto, Polska powoli staje się zagłębiem usług spa dla całej Europy, 16 grudnia 2011, gazetaprawna.pl (data dostępu 06.10.2012 r.).

zł⁷⁷. Jak dodaje gazeta prawna, wartość rynku SPA na rok 2011 szacowano na 200 mln zł, z roczną stopą wzrostu 10 – 20%⁷⁸.

Istotne z punktu widzenia turystyki zdrowotnej są świadczenia usług paramedycznych.

Wydatki w Stanach Zjednoczonych na profesjonalne produkty i usługi medycyny niekonwencjonalnej (komplementarnej i alternatywnej) w latach 1990 – 1997 wzrosły o 45% i w roku 1997 oszacowano je na 21,2 mld dol. USA.⁷⁹ Wydatki Amerykanów z kieszeni prywatnej na ziołowe produkty i witaminy w roku 1997 oraz na profesjonalne usługi CAM (medycyny komplementarnej i alternatywnej) przekroczyły wydatki na leczenie prywatne przez hospitalizację w USA.⁸⁰

Według badania D. M. Eisenberga „Trends in Alternative Medicine Use in The United States 1990 – 1997 Results of a Follow” z roku 1998, opublikowanego w czasopiśmie JAMA szacuje się zachowawczo, że Amerykanie z własnej kieszeni wydają ponad 27 mld dol. USA rocznie na medycynę komplementarną i alternatywną (CAM). Podobną kwotę wydają na prywatne usługi z zakresu medycyny konwencjonalnej.⁸¹

2.3. Mechanizm rozwoju turystyki zdrowotnej w województwie podlaskim

Poczynając od lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku w gospodarkach poszczególnych państw wrasta znaczenie sektora usług. Bez względu na poziom rozwoju, jest to tendencja występująca we wszystkich krajach. Zwiększa się udział sektora usług w tworzeniu wartości dodanej, który w krajach rozwiniętych przekracza 70% (w Polsce wynosi ok. 65%). Wzrost wartości dodanej w sektorze usług następuje we względnie stabilnym tempie i jest on mniej wrażliwy na zmiany koniunktury niż sektor produkcyjny. W okresie globalnego kryzysu ekonomicznego usługi umożliwiły uzyskanie w Polsce dodatniego tempa wzrostu gospodarczego. Wraz ze wzrostem udziału sektora usług w wartości dodanej wzrasta udział pracujących w tym sektorze w liczbie pracujących ogółem. Maleje zapotrzebowanie na pracę w produkcji, zaś rośnie na pracę w usługach, które przyczyniają się do tworzenia nowych miejsc pracy. W 1995 roku udział usług w ogólnej liczbie pracujących wynosił 49,4%, natomiast w 2008 roku 56,7%. W krajach rozwiniętych udział pracujących w usługach przekracza 75%⁸².

Udział usług w wartości dodanej brutto w województwie podlaskim w roku 2010 stanowił 17618 mln zł, co plasowało je na pozycji 14 wśród województw (por. Tabela 23). Niemniej jednak, w strukturze gospodarki dominujący udział, który jest mierzony wartością dodaną brutto miały handel; naprawa pojazdów samochodowych; transport i gospodarka magazynowa; zakwaterowanie i

⁷⁷ S. Ostrowski, Wyrastamy na lidera w branży SPA, taniego SPA, biznes.pl (data dostępu 06.10.2012 r.).

⁷⁸ P. Otto, Polska powoli staje się zagłębiem usług spa dla całej Europy, 16 grudnia 2011, gazetaprawna.pl (data dostępu 06.10.2012 r.).

⁷⁹ Complementary and Alternative Medicine in the United States, Committee on the Use of Complementary and Alternative Medicine by the American Public, The National Academies Press, Washington 2005, s. 35.

⁸⁰ Ibidem, s. 35.

⁸¹ Ibidem, s. 35.

⁸² Ewolucja sektora usług w Polsce w latach 1995 – 2008, Ministerstwo Gospodarki, Departament Analiz i Prognoz, Warszawa 2010, s. 29 – 30.

gastronomia; informacja i komunikacja (27,7%), a także pozostałe usługi (25,8%). Fakt, że Podlaskie należy do obszaru Zielonych Płuc Polski, obecność unikatowych przyrodniczo terenów na tym obszarze tym bardziej powoduje, że sektor usługowy na tych terenach i jego rozwój jest priorytetowy względem rozwoju pozostałych sektorów gospodarki.

Obserwuje się wzrost zapotrzebowania na różnego rodzaju usługi (edukacyjne, zdrowotne, biznesowe i inne), świadczenie których wiąże się z posiadaniem ogromnej wiedzy specjalistycznej. Pełnią one niezwykle ważną rolę w gospodarce generując miejsca pracy dla osób z różnym poziomem wykształcenia. Następuje zatem przesunięcie pracujących w kierunku działalności usługowej. W sferze konsumpcji wiąże się to ze wzrostem poziomu stopy życiowej. Rozwinięte współczesne gospodarki charakteryzuje dominująca rola sektora usług w wytwarzaniu PKB oraz zatrudnieniu. Rozwój sektora usług towarzyszy rozwojowi gospodarstwu i jest jedną z głównych tendencji współczesnych gospodarek. Doskonale rozwinięty charakteryzuje najbardziej innowacyjne gospodarki światowe, rośnie ich znaczenie w konkurencji międzynarodowej. Jest również najbardziej dynamicznym sektorem pod względem tworzenia miejsc pracy.

Najwyższym udziałem w strukturze wskaźnika średniej wielkości zatrudnienia w województwie podlaskim w roku 2011 charakteryzował się szeroko pojęty sektor usług. Handel; naprawa pojazdów samochodowych stanowił 13,76% struktury wskaźnika, edukacja stanowiła 18,11%, administracja publiczna i obrona narodowa; obowiązkowe zabezpieczenia społeczne – 11,09%, opieka zdrowotna i pomoc społeczna – 10,36 %.

Wzrasta znaczenie międzynarodowej wymiany usług. Światowy eksport usług rósł w latach 1995 – 2007 w tempie szybszym od eksportu towarów, decydował o tym eksport usług realizowany przez kraje rozwinięte. W krajach rozwijających się, również w Polsce tempo wzrostu eksportu towarów jest znacznie szybsze niż eksportu usług, zaś tempo importu usług w Polsce jest szybsze od tempa ich eksportu⁸³.

Istotnym czynnikiem konsumpcji, który wpływa na zmianę wzorów konsumpcji jest wysokość dochodów. Wydatki konsumpcyjne różnicowane są przez możliwości finansowe gospodarstw domowych. W bogatszych gospodarstwach domowych, z większymi dochodami rozporządzalnymi na osobę, wydaje się więcej. Obserwuje się, że gospodarstwa domowe z dochodami najniższymi w znacznym stopniu przeznaczają wynagrodzenie na wydatki bieżące związane z potrzebami priorytetowymi, np. żywność, opłaty. Tym samym inne potrzeby przesuwane są na plan dalszy. W miarę wzrostu dochodu gospodarstw domowych, zwiększają się wydatki na dobra i usługi wyższego rzędu, np. kultura, rekreacja. Materialny poziom życia mieszkańców mierzony jest dochodami do dyspozycji gospodarstw domowych.

O niskim poziomie życia w najuboższych gospodarstwach domowych świadczy realizowany „żywnościowy model konsumpcji”, zaś w grupie z dochodami większymi zarysowuje się „przemysłowy model konsumpcji”, czyli zainteresowanie artykułami nieżywnościowymi (np. wyposażenie mieszkania w dobra trwałe). W gospodarstwach domowych z największymi dochodami obserwuje się podążanie w kierunku „usługowego modelu konsumpcji”, polegającego na zagospodarowywaniu większej części wydatków na usługi. Poprawa sytuacji ekonomicznej będzie

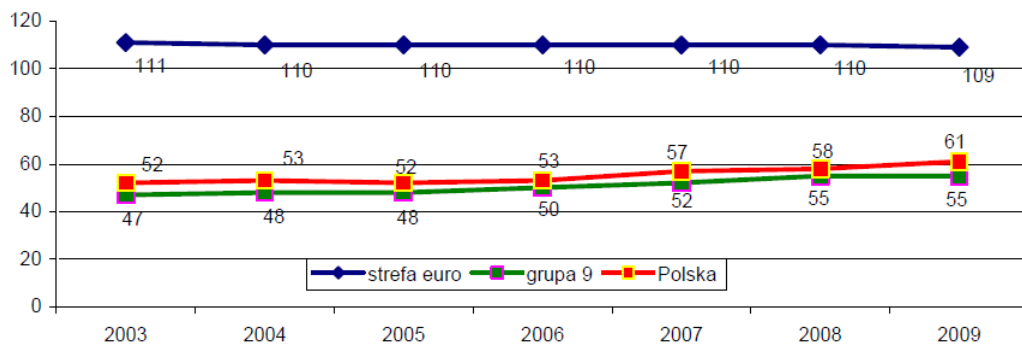
⁸³ Ewolucja sektora usług w Polsce... op. cit., s. 30 – 31.

prowadziła do stopniowej serwicyzacji konsumpcji, co wynika z dążenia do coraz wyższego poziomu i jakości życia. Jest to model docelowy dla polskich gospodarstw domowych, jednak prognozuje się, że realne szanse na jego upowszechnienie w Polsce są oddalone w czasie, gdyż poziom konsumpcji usług w społeczeństwie polskim odbiega zasadniczo od krajów o rozwiniętej gospodarce rynkowej⁸⁴.

W roku 2009 dochód realny do dyspozycji gospodarstw domowych na mieszkańca w grupie 9 krajów członkowskich z najniższym poziomem tychże dochodów per capita (dotyczy Bułgarii, Rumunii, Łotwy, Polski, Estonii, Węgier, Litwy, Słowacji i Republiki Czeskiej), stanowił 55% średnich dochodów w UE i był wyższy o 3 pkt. proc. w stosunku do roku 2007, a więc do poziomu sprzed recesji. Z kolei różnica pomiędzy dochodem realnym do dyspozycji gospodarstw domowych na mieszkańca w krajach strefy euro a średnią unijną zmniejszyła się o 1 pkt. proc. pomiędzy 2007 r. a 2009 r., co oznacza redukcję dystansu pomiędzy średnim dochodem gospodarstw domowych per capita w najbogatszych i najbiedniejszych krajach UE⁸⁵.

Wykres 4.

**Dochody realne do dyspozycji gospodarstw domowych na mieszkańca w PPS
UE – 27=100**



Źródło: Raport Polska 2011 Gospodarka – Społeczeństwo – Regiony (Projekt), Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2011, s. 14.

Dokonując analizy danych statystycznych przedstawionych na Wykresie 4 należy stwierdzić, że w latach 2003 – 2009 Polska dokonała postępu w zakresie zbliżania się do średniego unijnego poziomu życia mieszkańców, który w badanym okresie wzrósł o 9 pkt. proc.

Przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na 1 osobę w gospodarstwach domowych w Polsce w latach 2009 – 2011 wzrósł o 10% i najwyższą jego wartość w roku 2011 odnotowano w województwie mazowieckim (1623,0 zł). Podlaskie pod względem badanego wskaźnika uplasowało się na pozycji 5 (1224,9 zł, 99,8% wartości średniej krajowej), odnotowało najwyższy wzrost wskaźnika w latach 2010 – 2011 (11%). Według Rocznika Statystycznego Województw 2012 dochód do dyspozycji w województwie podlaskim w roku 2011 wyniósł 1188,46 zł, a więc 0,4% powyżej średniej krajowej. Jego wzrost w latach 2010 – 2011 wyniósł 11,4% i był najwyższy w kraju (wzrost wartości średniej krajowej wyniósł 3,2 pkt. proc.)

⁸⁴ M. Piekut, Polskie gospodarstwa domowe – dochody, wydatki i wyposażenie w dobra trwałego użytkowania, Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2008, s. 71 – 72.

⁸⁵ Raport Polska 2011 Gospodarka – Społeczeństwo – Regiony (Projekt), Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2011, s. 13 – 14.

Wydatki swobodnego wyboru zaspokajają potrzeby ponadpodstawowe jednostek i gospodarstw. Obejmują one wydatki na: kulturę, oświatę, sport, wychowanie, turystykę i wypoczynek, transport i łączność. Udział procentowy wydatków swobodnego wyboru świadczy w dużym stopniu o poziomie zamożności gospodarstw domowych. Im wyższy udział dochodu przeznaczanego na wydatki swobodnej decyzji, tym wyższy poziom zamożności społeczeństwa, i odwrotnie. Gospodarstwa domowe, zwłaszcza te, które dysponują stosunkowo dużym funduszem swobodnej decyzji, coraz częściej i w coraz większym zakresie zaspokajają odczuwane potrzeby poprzez korzystanie z szerokiego wachlarza dostępnych na rynku usług. Postępujący w sposób permanentny rozwój sektora usług w gospodarce określany jest w literaturze przedmiotu mianem serwicyzacji konsumpcji, która w dzisiejszych czasach wyznacza nie tylko standard życia, a także poziom i nowoczesność konsumpcji. Ich rozwój jest warunkiem szybkiego rozwoju społeczno – gospodarczego⁸⁶.

Obecnie wyższy poziom życia utożsamiany jest z większą konsumpcją usług, które w coraz większej mierze przyczyniają się do kreowania nowych potrzeb i ich zaspokajania. Znaczny wpływ na tworzenie produktu krajowego brutto oraz wzrost zatrudnienia ma sektor turystyki. Spodziewany wzrost realnych dochodów społeczeństwa powinien wpłynąć na zwiększenie wydatków na turystykę, w tym również na turystykę zdrowotną. Promowany współcześnie model zdrowego stylu życia powoduje wzrost zainteresowania szeroko rozumianą turystyką zdrowotną, która wiąże się często z wyjazdami łączącymi cele zdrowotne z aktywnymi formami wypoczynku. Do niedawna nie dostrzegano i nie doceniano pozytywnej roli dla rozwoju regionów branży turystycznej funkcji uzdrowisk. Wzrasta bowiem jej znaczenie ekonomiczne, uzasadnione zatem jest wprowadzanie produktów markowych z obszaru turystyki zdrowotnej. Uzdrowiska na świecie cechuje bogata i stale rozwijająca się oferta nowych usług i produktów, która uwzględnia zmieniające się oczekiwania preferencje klientów. Najczęściej cena pobytu zawiera pakiet komplementarnych usług atrakcji dodatkowych. Polskie uzdrowiska oferują wysoki standard usług medycznych, nowoczesne wyposażenie, profesjonalną kadrę medyczną w przystępnej cenie. Obserwuje się, że zarówno polscy jak i zagraniczni turyści coraz chętniej korzystają nie tylko jedynie z leczniczych właściwości wód mineralnych, czy borowin, lecz również z innych usług turystyki zdrowotnej, np. medycyny estetycznej, usług okulistycznych, stomatologicznych, kosmetycznych, chirurgii estetycznej.

Obserwuje się, że w miarę wzrostu zamożności, społeczeństwo w coraz większym stopniu kieruje swe wydatki w stronę sektora usług. Coraz bardziej modny staje się model człowieka dbającego o zdrowie i wygląd zewnętrzny. Boom na poprawianie urody, usuwanie oznak starzenia, dbanie o harmonię duszy i ciała, nienaganną sylwetkę powoduje powstawanie coraz to nowych centrów oferujących usługi kompleksowe z zakresu turystyki zdrowotnej. Istotnym powodem jej rozwoju w podlaskim są walory przyrodnicze, znajdujące się na jego terenie dwa miasta uzdrowiskowe, przygraniczne położenie. Ważnym aspektem dla turystów zagranicznych jest fakt znacznie niższych cen usług niż w rodzimym kraju (np. w

⁸⁶ T. Zalega, Miejsce usług w konsumpcji gospodarstw domowych wysokodochodowych [w:] Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy. Spójność społeczno – ekonomiczna a modernizacja gospodarki, Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2010, s. 449.

Niemczech czy Wielkiej Brytanii). Wydaje się, że podlaskie ma ogromną szansę na szybki rozwój tego sektora usług, gdyż posiada ku temu potencjał.

2.4. Warunki rozwoju turystyki zdrowotnej w województwie podlaskim

Aby móc określić możliwości i warunki rozwoju turystyki zdrowotnej w województwie podlaskim, należy określić potencjał turystyczny województwa podlaskiego, który warunkuje rozwój turystyki zdrowotnej.

Potencjał turystyczny, to wszystkie elementy środowiska geograficznego oraz zachowania człowieka, które mogą być wykorzystane do uprawiania turystyki bądź zajmowania się turystyką. To wszelkie zasoby strukturalne i funkcjonalne warunkujące rozwój turystyki na określonym terenie⁸⁷. Na podstawie powyższego terminu można zdefiniować potencjał turystyczny turystyki zdrowotnej, co można określić jako wszystkie elementy środowiska geograficznego oraz zachowania człowieka, które mogą być wykorzystane do uprawiania turystyki zdrowotnej bądź zajmowania się turystyką zdrowotną. Będą to zatem wszelkie zasoby strukturalne i funkcjonalne warunkujące rozwój turystyki zdrowotnej na określonym terenie.

Potencjał turystyczny podzielić można na zasoby strukturalne (walory turystyczne, zagospodarowanie turystyczne, dostępność komunikacyjną i inne) oraz funkcjonalne (ekonomiczne, technologiczne, ekologiczne, polityczne, psychologiczne, społeczno – demograficzne i kulturowe)⁸⁸.

Walory turystyczne obejmują wszystko to, co leży w sferze bezpośredniego zainteresowania turysty i w większości przypadków decyduje o wyborze miejsca do spędzania weekendów, ferii czy wakacji. Zagospodarowanie turystyczne obejmuje zaś wszystkie te elementy, które zapewniają prawidłowe funkcjonowanie miejsca recepcyjnego przy założeniu maksymalnego zaspokojenia potrzeb turystów. Do elementów zagospodarowania turystycznego zaliczamy⁸⁹:

- bazę noclegową – hotele i inne obiekty o charakterze hotelarskim (np. motele, pensjonaty), schroniska, sanatoria, drugie domy, pokoje gościnne, campingi, pola namiotowe oraz inne obiekty zakwaterowania zbiorowego (w tym miejsca do spania w publicznych środkach transportu – np. wagony sypialne);
- bazę gastronomiczną – wszelkie punkty gastronomiczne zlokalizowane samodzielnie, jak i w obiektach noclegowych (mała gastronomia, puby, bary, restauracje, kawiarnie, herbaciarnie, pizzerie, piwiarnie, winiarnie itp.);
- bazę towarzyszącą – urządzenia, których podstawową funkcją jest obsługa ruchu turystycznego (zostały wybudowane z przeznaczeniem dla turystów) – baseny, kąpieliska, wypożyczalnie sprzętu sportowego, przystanie i wioski żeglarskie, wyciągi narciarskie, pijalnie wód, tarasy widokowe, miejsca piknikowe, itp.;
- bazę paraturystyczną – obiekty przeznaczone do obsługi innych potrzeb społeczno – gospodarczych (wynikających głównie z funkcjonowania lokalnych społeczności obszarów odwiedzanych przez turystów), z których w sezonie korzystają także turyści – sklepy, kina, teatry, filharmonie, ośrodki

⁸⁷ J. Kaczmarek, A. Stasiak, B. Włodarczyk, Produkt turystyczny albo jak organizować poznawanie świata, Łódź 2002, s.31, 32.

⁸⁸ Ibidem, s. 33.

⁸⁹ Ibidem, s. 33 - 34.

zdrowia, placówki pocztowe, banki, biblioteki, ogólnodostępne place zabaw dla dzieci itp.

Dostępność komunikacyjna – to wszelkie możliwości dojazdu do terenu będącego celem podróży oraz możliwości poruszania się po obszarze docelowym.

Dostępność komunikacyjną dzielimy na⁹⁰:

- dostępność zewnętrzną – istniejąca sieć połączeń komunikacyjnych między miejscem zamieszkania turysty a celem jego podróży (autostrady, koleje, połączenia lotnicze itd.); sieć ta zazwyczaj uzupełniana jest obiektami towarzyszącymi, jak: dworce, porty lotnicze, stacje kolejowe, itd.;
- dostępność wewnętrzną – system połączeń komunikacyjnych, szlaków turystycznych (pieszych, wodnych), ścieżek rowerowych, kolejek (wąskotorowych, górskich itp.), lokalnej sieci dróg samochodowych, które umożliwiają turystyce odbywanie w obrębie wybranego rejonu wycieczek do określonych miejsc; sieć tę uzupełniają przystanki, parkingi, miejsca postoju itp.

Do zasobów strukturalnych można również zaliczyć⁹¹:

- walory recepcji – biura i agencje turystyczne oraz punkty informacji turystycznej w regionie odwiedzanym przez turystę;
- infrastruktura komunalna – głównie sieć wodociągowa, kanalizacyjna, gazowa, telefoniczna, elektryczna itd.;
- tereny pod inwestycje turystyczne – obszary w planach zagospodarowania przestrzennego przeznaczone pod inwestycje turystyczne.

Tabela 31.

Baza noclegowa w województwie podlaskim w latach 2000 - 2011

Turystyczne obiekty zbiorowego zakwaterowania				
Wyszczególnienie	2000	2005	2010	2011
Obiekty (stan w dniu 31 VII)	223	180	182	165
• w tym całoroczne	.	99	132	123
Obiekty hotelowe	29	36	68	74
• hotele	21	22	23	24
• motele	5	2	2	2
• pensjonaty	3	4	4	5
• inne obiekty hotelowe	.	8	39	43
Pozostałe obiekty	194	144	114	91
Miejsca noclegowe (stan w dniu 31 VII)	15814	11769	11409	11032
• w tym całoroczne	6891	6109	7409	7710
Obiekty hotelowe	2311	3078	4634	5151
• hotele	1943	2292	2596	2902
• motele	184	53	91	105
• pensjonaty	184	131	146	190
• inne obiekty hotelowe	.	602	1801	1954
Pozostałe obiekty	13503	8691	6775	5881

Źródło: Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2008, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2008, tabl. 8 (163), s. 201, Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2012... op. cit., tabl. 8 (193).

⁹⁰ J. Kaczmarek, A. Stasiak, B. Włodarczyk, Produkt turystyczny... op. cit., s. 35.

⁹¹ Ibidem, s. 35.

W roku 2011 w województwie podlaskim odnotowano 165 turystycznych obiektów zbiorowego zakwaterowania, w tym 123 obiekty całoroczne (por. Tab. 31). Pomimo, że ich liczba z roku na rok maleje, jednak do roku 2010 rosła liczba obiektów całorocznych (wzrost o 33,3% w stosunku do roku 2005, w latach 2010 – 2011 odnotowano spadek o 7%). W badanych latach ponad dwukrotnie wzrosła liczba obiektów hotelowych, również dwukrotnie zmalała jednak liczba pozostałych obiektów. Wśród obiektów hotelowych najliczniejszą grupę stanowią hotele, których liczba się powiększa oraz inne obiekty hotelowe, których w roku 2011 odnotowano w liczbie 43, a więc ponad pięciokrotny wzrost w stosunku do roku 2005. Należy zwrócić uwagę, że mimo zmniejszającej się ogólnej liczby miejsc noclegowych (liczba ta zmalała z 15814 w roku 2000 do 11032 w 2011 r. – zatem o 30%), to w związku z rosnącą liczbą obiektów hotelowych, zwiększa się liczba miejsc noclegowych w tych hotelach (ponaddwukrotny wzrost w badanym okresie czasu).

Tabela 32.

Baza gastronomiczna w województwie podlaskim w latach 2000 - 2011

Gastronomia				
Wyszczególnienie	2000	2005	2010	2011
Liczba placówek gastronomicznych (stan w dniu 31 XII)	338	356	334	291
• w tym restauracje	67	78	107	107
Placówki gastronomiczne w turystycznych obiektach zbiorowego zakwaterowania (rok 2011)				
Wyszczególnienie	Restauracje	Bary	Stołówki	Punkty gastronomiczne
Ogółem				
• 2000	46	83	66	33
• 2005	48	70	35	15
• 2010	68	45	18	13
• 2011	71	49	24	8
Obiekty hotelowe	56	29	5	3
• hotele	25	13	1	-
• motele	1	1	-	-
• pensjonaty	2	2	2	-
• inne obiekty hotelowe	28	13	2	3
Pozostałe obiekty	15	20	19	5

Źródło: Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2008... op. cit., tabl. 5 (232), 9 (164), s. 203, 272, Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2012... op. cit., tabl. 5(241), 9(174).

Według danych Urzędu Statystycznego w Białymstoku w roku 2011 w całym województwie podlaskim odnotowano 291 placówek gastronomicznych (por. Tab. 32). Ich liczba zmalała w porównaniu do roku 2000 o 14%. Wzrosła jednak liczba restauracji o 60% w stosunku do roku bazowego. Jest to zjawisko korzystne, gdyż restauracja jest najbardziej luksusową spośród placówek gastronomicznych i świadczy to o wzroście zamożności mieszkańców oraz zasobniejszych portfelach turystów. Istotny jest bowiem fakt wzrostu liczby restauracji w turystycznych obiektach zbiorowego zakwaterowania (wzrost o ponad 50% w porównaniu z rokiem 2000). Liczba barów, stołówek oraz punktów gastronomicznych w turystycznych obiektach zbiorowego zakwaterowania maleje, jednak w latach 2010 – 2011 przybyło kilka barów i stołówek.

Tabela 33.

Baza paraturystyczna w województwie podlaskim w latach 2000 - 2011

Wyszczególnienie	2000	2005	2010	2011
Biblioteki publiczne (z filiami)				
Biblioteki (stan na 31 XII)	267	256	243	247
Muzea				
Muzea	22	26	26	27
Muzealia w tys.	137,3	181,8	173,3	189,4
Wystawy czasowe				
• własne	72	98	78	75
• obce	24	27	55	60
Galerie sztuki				
Galerie (stan w dniu 31 XII)	7	10	9	8
Wystawy	83	105	108	109
Ekspozycje	88	109	110	109
Teatry i instytucje muzyczne				
Teatry i instytucje muzyczne	5	5	7	8
Przedstawienia i koncerty	2061	1801	2419	2023
Kina stale				
Kina (stan w dniu 31 XII)	20	19	14	14
• w tym w miastach	18	17	13	14
Sale projekcyjne (stan w dniu 31 XII)	21	20	29	29
Miejsca na widowni (stan w dniu 31 XII) w tys.	5,3	4,5	6,0	5,9
Widzowie w tys.	389,2	304,2	814,2	828,8
Domy i ośrodki kultury, kluby, świetlice				
Wyszczególnienie	2003	2009	2011	
Instytucje	160	166	169	
• domy kultury	26	32	29	
• ośrodki kultury	71	73	75	
• kluby	26	12	12	
• świetlice	37	52	42	
Imprezy (w ciągu roku)	7375	9221	6748	
Wyszczególnienie	2000	2005	2010	2011
Pracownicy medyczni (stan w dniu 31 XII)				
Lekarze	3388	2694	2809	2888
Lekarze dentyści	236	384	516	546
Farmaceuci	646	579	702	738
Fizjoterapeuci	.	385	468	483
Pielęgniarki	6640	5931	6224	6169
• w tym mgr pielęgniarstwa	136	295	595	740
Ochrona zdrowia				
Zakłady opieki zdrowotnej (stan w dniu 31 XII)	359	441	628	700
Szpitala ogólne	24	26	30	31
Lecznictwo uzdrowiskowe – sanatoria				
Lecznictwo uzdrowiskowe – kuracjusze w sanatoriach (stan w dniu 31 XII)	1	1	1	1
Apteki				
	2302	3541	4060	2680
	258	296	337	349
Sklepy i stacje paliw				
Sklepy		10140	10299	10443
Stacje paliw		351	366	310

Źródło: Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2012... op. cit., tabl. 1(166), 2(167), 3(168), 4(169), 6(171), 5(170), 1(152), 4(155), 2(153), 7(158), 4(240).

Województwo podlaskie posiada również rozbudowaną bazę para turystyczną (por. Tab. 33). W roku 2011 odnotowano 700 zakładów opieki zdrowotnej (niemal dwukrotny wzrost w stosunku do roku 2000). W tym czasie wzrosła również liczba szpitali ogólnych (o 30%). Do roku 2010 wzrastała liczba kuracjuszy w sanatoriach, jednak słabo rozwija się lecznictwo uzdrowiskowe. Mimo, że liczba lekarzy w podlaskim zmalała (w roku 2011 było ich mniej o 15% w stosunku do roku bazowego), odnotowano znaczny wzrost liczby lekarzy dentyistów (niemal dwu i pół krotnie), fizjoterapeutów (o 25%) oraz wykształconych pielęgniarek (ponad pięciokrotny wzrost w stosunku do roku 2000). Ponadto na terenie województwa znajduje się 247 bibliotek, 27 muzeów (wzrost o 23% w porównaniu z rokiem bazowym), 8 galerii, 8 teatrów i instytucji muzycznych (wzrost o 60%). Na Podlasiu znajduje się 14 kin (spadek o 30% w stosunku do roku bazowego) oraz 29 sal projekcyjnych (odnotowano 11,5% wzrost miejsc na widowni oraz ponad dwukrotny wzrost liczby widzów). W województwie wzrosła liczba domów, ośrodków kultury oraz świetlic (odpowiednio o 11,5%, 5,6% oraz 13,5%).

Na terenie województwa podlaskiego znajduje się 14 pływalni krytych, 44 wypożyczalnie sprzętu turystycznego, 3 wyciągi narciarskie, liczne wieże i platformy widokowe (na Suwalszczyźnie, Bagnach Biebrzańskich, w Dolinie Narwi i w Puszczy Białowieskiej). Na Podlasiu istnieje również możliwość spływów tratwami oraz przejazdy kolejkami wąskotorowymi. Oprócz tego w województwie istnieją inne atrakcje turystyczne, takie jak: Aeroklub Białostocki, Stowarzyszenie Klub Balonowy w Białymstoku, wodny wyciąg narciarski w Augustowie, sztuczne lodowisko w Białymstoku, organizowane są rejsy po jeziorach, wycieczki gondolami.⁹²

Oprócz zasobów strukturalnych do elementów potencjału turystycznego zaliczyć można również zasoby funkcjonalne, które dzielimy na⁹³:

- uwarunkowania ekonomiczne – udogodnienia, które pozwalają na korzystne z punktu widzenia inwestorów lokaty kapitału w sektorze turystycznym oraz te elementy rachunku ekonomicznego, które stymulują rozwój ruchu turystycznego;
- uwarunkowania polityczne – wszelkie działania podejmowane przez władze państwowe lub samorządowe (bądź ich brak) determinujące rozwój turystyki na wybranym poziomie decyzyjnym (kraj, region, powiat, gmina, miejscowość);
- uwarunkowania kulturowe – obejmują sferę zagadnień związanych z tradycjami wypoczynku na określonym terenie oraz współczesnym zainteresowaniem lokalnych społeczności podejmowaniem działań na rzecz turystyki;
- uwarunkowania społeczne i demograficzne – obejmują charakter społeczności lokalnych, zasoby wolnej siły roboczej, poziom wykształcenia społeczności lokalnej w zakresie obsługi ruchu turystycznego, strukturę demograficzną;
- uwarunkowania psychologiczne – polegają głównie na percepcji obszaru rzez potencjalnych turystów oraz miejscową ludność;

⁹² Województwo podlaskie zaprasza, Informator Turystyczny 2003, Wyd. Agencja „TD” Wydawnictwo Turystyczne, Białystok 2002, s. 124 – 130.

⁹³ J. Kaczmarek, A. Stasiak, B. Włodarczyk, Produkt turystyczny... op. cit., s. 35 – 36.

- uwarunkowania technologiczne – stwarzają możliwości pełniejszego wykorzystania walorów turystycznych oraz sprawniejszego funkcjonowania całego systemu turystycznego;
- uwarunkowania ekologiczne – ich podstawą są preferencje zachowań turystów w środowisku przyrodniczym oraz świadomość ekologiczna społeczności lokalnych, a także funkcjonujący system ochrony przyrody, sposobu utylizacji odpadów, oczyszczania ścieków, itp.

Stymulatorem rozwoju turystyki w każdym regionie jest polityka turystyczna prowadzona przez władze wojewódzkie. To one inicjują i kreują procesy zmierzające do efektywnego i racjonalnego wykorzystania walorów turystycznych regionu, kształtują jego produkty turystyczne oraz stymulują popyt⁹⁴.

Turystykę medyczną na świecie rozpatruje się dla dwóch grup krajów: grupy krajów rozwiniętych, w których pacjenci powinni otrzymać lepszą opiekę, niedostępną w kraju rodzimym (np. pacjenci z krajów rozwijających się, takich jak Chiny, Południowo – Wschodnia Azja). Drugą grupą krajów są kraje rozwijające się, gdzie z usług turystyki medycznej korzystają pacjenci z krajów rozwiniętych, gdyż wolą otrzymać leczenie mniej kosztowne niż w kraju rodzimym. Wzrost potrzeb zdrowotnych w istotnej mierze wiąże się z procesem starzenia społeczeństwa, co z kolei wiąże się z poważnym zapotrzebowaniem na opiekę medyczną w krajach rozwijających się. Głównym czynnikiem przyciągającym turystów w celach medycznych jest fakt opłacalności i dostępności usług na żądanie oraz unikalne cechy krajów oferujących usługi, np. Tajlandia. Wiele wysiłku w rozwój turystyki medycznej wkładają kraje Południowo – Wschodniej Azji, w szczególności Singapur, Tajlandia, Malezja, Indie. Atrakcyjność leczenia w krajach Południowo – Wschodniej Azji wynika z niskich kosztów leczenia w porównaniu z krajami Ameryki, Europy i Japonii. Oferują one również wysoką jakość leczenia oraz nie występuje tam problem bariery językowej (np. Indie, Singapur, Malezja).

Terminy turystyka medyczna i zdrowotna na świecie używane są często zamiennie. Jednak pojęcie turystyki zdrowotnej na świecie bardzo często rozumiane jest nieco szerzej, obejmuje pacjentów udających się za granicę w celu polepszenia stanu duszy i ciała bez pilnej lub planowanej procedury medycznej. Obejmuje najczęściej szerokie spektrum usług medycznych, rozrywki, relaksu, odnowy biologicznej i zdrowotnej. Celem turystyki zdrowotnej jest wypoczynek z dala od codziennej rutyny, pobyt turysty przyczynia się do poprawy życia w kontekście zdrowia i ogólnego dobrego samopoczucia.

⁹⁴ B. Poskrobko, R. Ziółkowski, Miejsce turystyki w Strategii Rozwoju Województwa Podlaskiego, [w:] Turystyka na obszarze Zielonych Płuc Polski. Szanse i zagrożenia, Wydawnictwo Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej Ministerstwa Gospodarki, Białystok 2002, s. 80.

ROZDZIAŁ 3

USŁUGI PROFILAKTYCZNO – REHABILITACYJNE A ROZWÓJ GOSPODARKI WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO

3.1. Usługi profilaktyczno-rehabilitacyjne a zatrudnienie

Przyczyny podróży ludzi na przestrzeni wielu odległych lat związane były z zaspokajaniem potrzeb duszy i ciała. Ciągły postęp cywilizacyjny wiąże się z pogarszaniem warunków życia współczesnego człowieka, który narażony jest na stres, zanieczyszczenie środowiska oraz inne zagrożenia. Wzrasta liczba osób, które pomimo braku zdiagnozowanej choroby odczuwają potrzebę zmiany miejsca pobytu oraz stylu życia na jakiś czas, aby zregenerować siły fizyczne, psychiczne i duchowe. Wyjazdy profilaktyczne stanowią istotne miejsce we współczesnym leczeniu. Na poprawę stanu zdrowia człowieka istotny wpływ mają uzdrowiska, których działalność leczniczo – turystyczna w Polsce stanowi ogromny potencjał. Wydaje się, że na rozwój gospodarki województwa podlaskiego wpływają usługi profilaktyczno – rehabilitacyjne. Określenie usługi profilaktyczno – rehabilitacyjne świadczone turystom w ramach turystyki zdrowotnej rozumie się jako szeroko pojęte usługi profilaktyczno – rehabilitacyjne świadczone w ramach turystyki uzdrowiskowej, bowiem turystyka uzdrowiskowa jest jedną z form turystyki zdrowotnej (por. Rozdział 2). Należy jednak zauważyć, że proponowana kuracjom i turystom oferta polskich uzdrowisk w porównaniu do zachodnich jest dość uboga. Za postępującymi zmianami potrzeb i preferencji konsumenckich, powinny iść zmiany w ofercie polskich uzdrowisk. Wydaje się, że w ślad za zachodnią turystyką uzdrowiskową istnieje potrzeba rozwoju polskich uzdrowisk w kierunku łączenia funkcji leczniczej z wypoczynkową i profilaktyczną. Ważne jest bowiem, by poszerzyć ofertę o produkty związane ze zdrowym stylem życia, który bazuje na pielęgnowaniu urody, sprawności ruchowej, łączeniu wypoczynku psychicznego z aktywnym wypoczynkiem fizycznym. Chcąc konkurować z kurortami europejskimi (takimi, jak np. Niemcy, których kurorty znane są na całym świecie i przynoszą gospodarce niemieckiej wysokie dochody), zasadne jest, aby polskie uzdrowiska poszerzyły ofertę leczniczą o usługi profilaktyczno – wypoczynkowe.

Według prognoz UNWTO (Tourism 2020 Vision), międzynarodowa turystyka przyjazdowa w roku 2020 osiągnie 1,6 mld przyjazdów (1,2 mld – wewnątrzregionalna i 378 mln – podróżowanie długodystansowe).

Rysunek 3.

Perspektywy wzrostu światowej turystyki 2020 r.

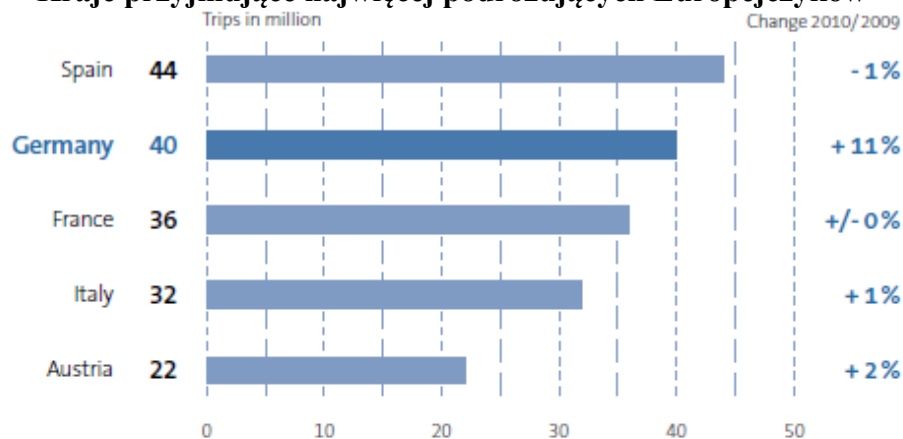
	Arrivals in million 1995	Arrivals in million 2010	Arrivals in million 2020*	Annual growth % 1995–2020	Market share 1995%	Market share 2020%*
Europe	336.0	472.7	717.0	3.1	59.8	45.9
America	110.0	150.4	282.0	3.8	19.3	18.1
East Asia/Pacific	81.0	192.8	397.0	6.5	14.4	25.4
Africa	20.0	48.8	77.0	5.5	3.6	5.0
Middle East	14.0	59.7	69.0	6.7	2.2	4.4
South Asia	4.0	11.0	19.0	6.2	0.7	1.2
World	565.0	935.0	1,561.0	4.1	100.0	100.0

Źródło: UNWTO Tourism 2020 Vision, www.unwto.org, data dostępu 13.08.2012 r.

Całkowite przyjazdy turystyczne według regionu pokazują, że do roku 2020 trzy najlepsze regiony osiągną przyjazdy turystów w ilościach: Europa 717 mln, Azja Wschodnia i Pacyfik 397 mln, Ameryka 282 mln (por. Rysunek 3). Europa będzie utrzymywać najwyższy udział przyjazdów na świecie, chociaż nastąpi ich spadek z 60% w r. 1995 do 46% w r. 2020. Turystyka jest jedną z rosnących światowych gałęzi przemysłu z 3% prognozowanym wzrostem w skali roku dla Europy.

Rysunek 4.

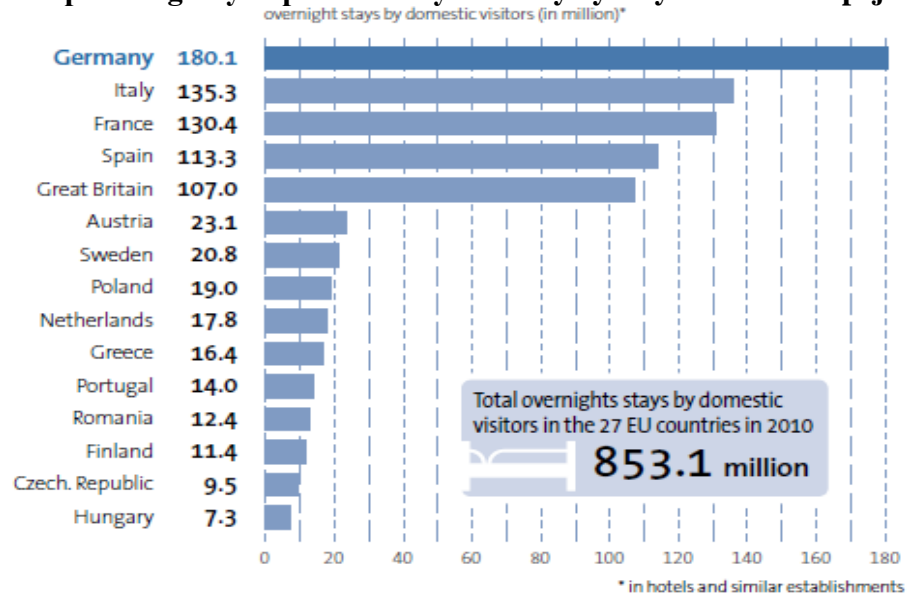
Kraje przyjmujące najwięcej podróżujących Europejczyków



Źródło: Incoming-Tourism Germany Edition 2011, Facts and Figures 2010, German National Tourist Board, Travel Destination Germany, s. 4.

Biorąc pod uwagę wielkość popytu, Niemcy w 2010 r. znalazły się na drugim miejscu wśród pięciu pierwszych krajów na całym świecie pod względem liczby odwiedzających je Europejczyków (40 mln wycieczek). Odnotowały też najwyższą 11% stopę wzrostu rynku (por. Rysunek 4).

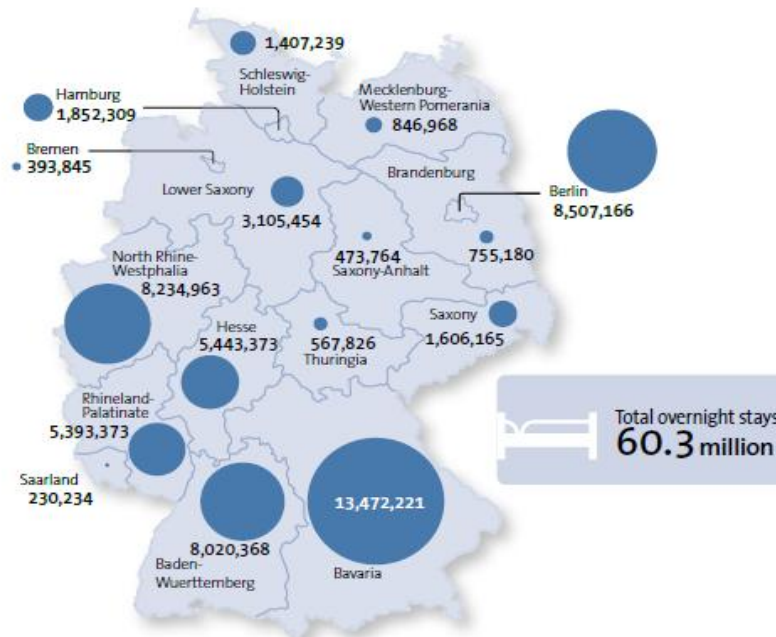
Rysunek 5.
Udział poszczególnych państw w rynku turystycznym Unii Europejskiej



Źródło: Incoming-Tourism Germany Edition 2011... op. cit., s. 7.

Według German National Tourist Board, Niemcy stanowią największy krajowy rynek turystyki w Unii Europejskiej. Znajdują się na pierwszym miejscu z udziałem w rynku wynoszącym 21%. Tuż za nimi uplasowały się Włochy (16%), Francja (15%), Hiszpania (13%) i Wielka Brytania (12,5%). Polska w rankingu znalazła się na pozycji 8 z udziałem w rynku wynoszącym ok. 2% (por. Rysunek 5).

Rysunek 6.
Liczba noclegów zagranicznych turystów w Niemczech w r. 2010



Źródło: Incoming-Tourism Germany Edition 2011... op. cit., s. 10.

W roku 2010 w Niemczech odnotowano ponad 60 mln noclegów. Turyści najchętniej odwiedzali Bawarię, gdzie w r. 2010 spędzili ponad 13,4 mln noclegów, co stanowiło 22,3% krajowych pobytów noclegowych. Warto też zwrócić uwagę na Westfalię i Badenię – Wirtembergię, gdzie odnotowano w sumie ponad 16 mln noclegów, a ich udział we wszystkich noclegach zagranicznych turystów wynosił po 13% (por. Rysunek 6).

Rysunek 7.

Przyczyny podróżowania Europejczyków do Niemiec w 2010 r.

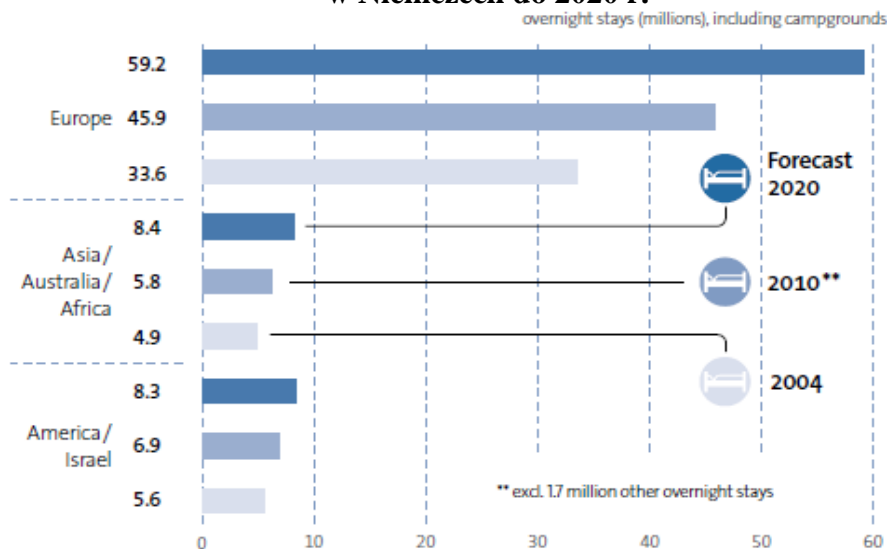
Reason for travel	Europe 2010 in million *	Germany 2010 in million *	Europe 2010 Percentage *	Germany 2010 Percentage *
Holidays	286.7	21.4	71.6%	53.8%
Short breaks of 1–3 nights	63.9	9.4	16.0%	23.6%
Longer holidays of 4+ nights	222.8	12.0	55.6%	30.2%
Visits to friends or relatives	23.8	3.9	5.9%	9.8%
Other travel	32.0	4.0	8.0%	10.1%
Business trips	58.0	10.7	14.5%	26.9%
Total travel	400.6	39.8	100%	100%

Źródło: Incoming-Tourism Germany Edition 2011... op. cit., s. 16.

W roku 2010 około 10% turystów europejskich podróżowało do Niemiec. Ponad 50% podróży odbyło się w celach wakacyjnych, z czego przeważały długie, ponad 4 – noclegowe pobyty. Niemcy mają nieproporcjonalnie duży udział w międzynarodowych podróżach biznesowych (27%) i generują rosnący popyt w sektorze rozrywki (por. Rysunek 7).

Rysunek 8.

Prognozy wzrostu ilości noclegów spędzonych przez turystów w Niemczech do 2020 r.



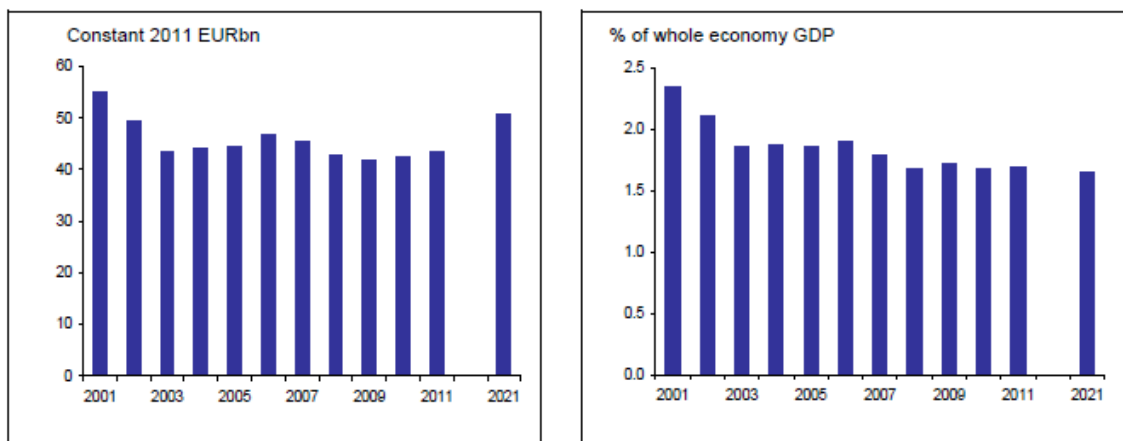
Źródło: Incoming-Tourism Germany Edition 2011... op. cit., s. 23.

Dzięki skutecznemu marketingowi Niemcy mogą osiągnąć 70 – 80 mln noclegów turystów zagranicznych do 2020 r. W latach 2004 – 2020 liczba noclegów turystów europejskich wzrośnie o około 80%, gości z Azji, Australii i Afryki o około 60%, natomiast z Ameryki i Izraela o około 70% (por. Rysunek 8).

W opracowaniu Travel & Tourism Economic Impact 2011 Germany - Word Travel & Tourism Council rozróżnia się bezpośredni i całkowity wkład sektora turystyka i podróżowanie do PKB. Wkład bezpośredni odzwierciedla „wewnętrzne” wydatki na podróże i turystykę (łącznie wydatki w obrębie danego kraju na ten sektor gospodarki rezydentów i nierezydentów w interesach lub dla przyjemności) oraz wydatki rządu na ów sektor, które dotyczą usług bezpośrednio związanych z gośćmi, takich jak kulturalne (np. muzea) lub rekreacyjne (np. parki narodowe). Wkład bezpośredni sektora turystyka i podróżowanie do PKB obliczany jest jako wielkość produkcji, liczony zgodnie z zasadami narodowej rachunkowości w charakterystycznych sektorach turystyki, takich jak: hotele, linie lotnicze, porty lotnicze, biura podróży, wypoczynku i usług rekreacyjnych, które mają bezpośredni kontakt z turystami. Wkład całkowity zawiera swoje „szersze oddziaływanie” (tj. pośredni i indukowany wpływ) na gospodarkę. Pośredni wkład obejmuje PKB i zatrudnienie wspierane przez: podróże i wydatki na inwestycje w turystykę, rządowe „zbiorowe” wydatki, które pomagają aktywizować sektor turystyki i krajowe zakupy towarów i usług w sektorach zajmujących się bezpośrednio turystami. Zasadniczo wkład całkowity dotyczy zatrudnienia bezpośrednio lub pośrednio związanego z branżą turystyczną.

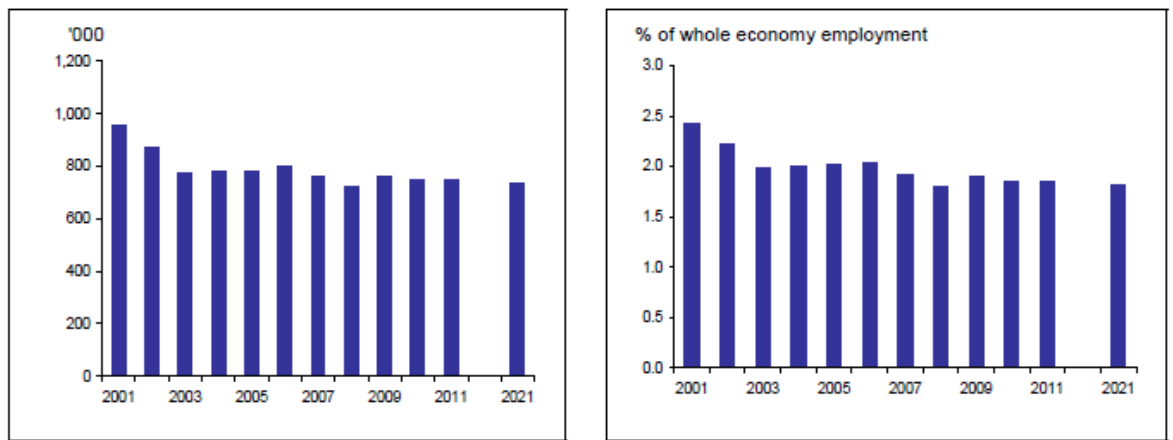
Rysunek 9.

Niemcy: Wkład sektora Turystyka i Podróżowanie do PKB



Źródło: Travel & Tourism Economic Impact 2011 Germany, Word Travel & Tourism Council, s. 5.

Według Word Travel & Tourism Council – Travel & Tourism Economic Impact 2011 Germany, bezpośredni wkład z turystyki i podróżowania wyniósł w Niemczech w 2011 r. 43,4 mld Euro (1,7% ogółu PKB) i ma wzrastać w tempie 1,6% rocznie do 50,6 mld Euro (1,6%) do roku 2021 (w cenach stałych z 2011 r.). Przewiduje się, że całkowity wkład z turystyki i podróżowania do PKB, w tym jego szersze skutki gospodarcze, będzie wzrastał o 0,8% rocznie od 117 mld Euro (4,6% PKB) w 2011 r. do 126,6 mld Euro (4,1%) do roku 2021 (por. Rysunek 9).

Rysunek 10.**Niemcy: Wkład sektora Turystyka i Podróżowanie do zatrudnienia**

Źródło: Travel & Tourism Economic Impact 2011... op. cit., s. 6.

Turystyka i podróżowanie w roku 2011 wspierało bezpośrednio 750 tys. miejsc pracy (1,8% całkowitego zatrudnienia), szacuje się natomiast spadek roczny 0,2% do 737 tys. miejsc pracy (1,8%) do roku 2021. Przewiduje się spadek roczny 1% całkowitego wkładu z turystyki i podróżowania do zatrudnienia w r. 2011, w tym zatrudnienia pośrednio wspieranego przez ten przemysł z ilości 1985000 miejsc pracy (4,9% całkowitego zatrudnienia) w r. 2011 do 1789000 (4,4%) do roku 2021 (por. Rysunek 10).

Rysunek 11.**Bezpośredni i całkowity wkład sektora turystyka i podróżowanie do PKB, ranking krajów 2011**

Travel & Tourism's Direct Contribution to GDP		Travel & Tourism's Total Contribution to GDP	
	2011 (US\$bn)		2011 (US\$bn)
1 United States	403.96	1 United States	1349.64
4 France	97.07	4 France	227.88
5 Spain	68.36	5 Spain	191.67
8 Italy	64.29	8 Italy	170.49
9 United Kingdom	57.04	9 United Kingdom	162.31
10 Germany	53.89	10 Germany	145.65
23 Austria	15.91	World Average	47.43
World Average	15.68	21 Switzerland	44.42
28 Switzerland	13.29	24 Austria	43.55
33 Poland	9.88	33 Poland	25.38
52 Denmark	4.62	51 Denmark	13.49

Źródło: Travel & Tourism Economic Impact 2011... op. cit., s. 9.

Największy bezpośredni i całkowity wkład do PKB sektora turystyka i podróżowanie w r. 2011 odnotowały USA, odpowiednio: 403,96 mld dol. USA i 1349,64 mld dol. USA (por. Rysunek 11). Niemcy pod tym względem zajęły wysoką 10 – tą pozycję (53,89 mld dol. USA i 145,55 mld dol. USA). Polska uplasowała się na pozycji 33 (9,88 mld dol. USA i 25,36 mld dol. USA - wartości kilkukrotnie niższe od Niemiec). Bardzo wysoką 4 – tą pozycję osiągnęła Francja (97,07 mld dol. USA i 227,88 mld dol. USA). Jeśli zaś wziąć pod uwagę procentowy udział omawianego sektora gospodarki w PKB, to okazuje się, że Niemcy pod tym względem zajmują dopiero 156 i 158 pozycję (1,68 % i 4,55%), zaś Polska znajduje

się o kilkanaście pozycji wyżej odnotowując 140 i 145 pozycję (2,02% i 5,19%). Do roku 2021 oczekuje się dla Niemiec realnego wzrostu zarówno w obszarze bezpośredniego jak i całkowitego wkładu do PKB w sektorze turystyka i podróżowanie (1,6% i 0,8%), zaś dla Polski znacznie wyższego (5,5% i 5,4%).

Rysunek 12.

**Bezpośredni i całkowity wkład sektora turystyka i podróżowanie
do zatrudnienia, ranking krajów 2011**

Travel & Tourism's Direct Contribution to Employment		Travel & Tourism's Total Contribution to Employment	
	2011 ('000)		2011 ('000)
3 United States	5491.6	3 United States	14777.6
13 France	1148.7	15 France	2615.7
15 United Kingdom	955.7	16 Spain	2344.4
18 Italy	853.4	17 United Kingdom	2341.2
World Average	795.6	18 Italy	2209.7
21 Germany	750.0	World Average	2002.3
30 Spain	490.6	21 Germany	1984.7
41 Poland	323.3	39 Poland	800.9
58 Austria	195.8	53 Austria	522.6
61 Switzerland	149.1	56 Switzerland	470.7
124 Denmark	30.6	112 Denmark	112.5

Źródło: Travel & Tourism Economic Impact 2011... op. cit., s. 9.

Pod względem wielkości zatrudnienia w sektorze turystyka i podróżowanie w r. 2011 Niemcy uplasowały się na miejscu 21 (750 tys. – wkład bezpośredni do zatrudnienia i 1984,7 tys. – wkład całkowity). Polska w tym obszarze uplasowała się na miejscu 41 z ponad połowę niższym zatrudnieniem (323,3 tys. i 800,9 tys.). Dane w zestawieniu obejmują średnią światową, Niemcy i kraje, które oferują produkt konkurencyjny dla gospodarki niemieckiej (por. Rysunek 12). Do roku 2021 oczekuje się dla Niemiec realnego spadku zarówno w obszarze bezpośredniego jak i całkowitego zatrudnienia w sektorze turystyka i podróżowanie (-0,2% i -1%), zaś dla Polski realnego wzrostu (2,7% i 2,3%).

Według informacji Dyrektora do spraw marketingu i zarządzania ESPA z roku 2001 ogółem w Europie jest więcej niż 1500 uzdrowisk, a większość z nich znajduje się na obszarach wiejskich, które charakteryzują się trudnościami na rynku pracy i zatrudnienia. Europejskie uzdrowiska mają znaczący wkład w zachowaniu stanowisk pracy na tych obszarach, zatrudniając ludzi na terenie obiektów sanatoryjnych. Pośrednio jest to osiągnięte również w małych i średnich przedsiębiorstwach, które wspomagają lokalną gospodarkę na tych terenach. Serwując usługi w uzdrowiskach, daje się jednocześnie szansę znalezienia pracy blisko miejsc zamieszkania, szczególnie jeśli chodzi o rynek pracy dla młodych ludzi, kobiet i ogólnie populacji wiejskiej. Te stanowiska powinny być wspierane. Europejskie uzdrowiska i sanatoria ogólnie zatrudniają pośrednio i bezpośrednio 500000 ludzi, a jest to ważny czynnik ekonomiczny i można się spodziewać, że w przyszłości będzie się zwiększał. Niemcy są największym uzdrowiskowym krajem na świecie ze swoimi 350 uzdrowiskami i sanatoriami dającymi 200 tysięcy stanowisk pracy w uzdrowiskach - bezpośrednio lub pośrednio⁹⁵.

⁹⁵ Reinhard Petry - Dyrektor do spraw marketingu i zarządzania ESPA (Europejski Związek Uzdrowisk), Model funkcjonowania... op. cit., s. 33 – 36.

Według danych ESPA (Health Tourism In Europe – actual situation and trends) oraz informacji podanych przez Petry'ego (2009) oraz Stankiewicz i Prochorowicz globalny rynek Spa tworzy⁹⁶:

- Europa 180 mln noclegów;
- Niemcy 100 mln noclegów;
- Japonia 130 mln wizyt (inny system świadczenia usług spa – większość bez noclegów);
- USA 110 mln wizyt;
- Bawaria 60 mln wizyt

FRANCJA

- 99 Kurortów SPA (nie licząc Thalasso-Spas);
- 490.000 Gości rocznie, średnio 8,8 mln noclegów; około 10.000 gości płaci za siebie;
- 90.000 miejsc pracy.

NIEMCY

- 28 mld euro w 2007 r.
- Liczba obsłużonych kuracjuszy – 19 mln rocznie (w tym 1,8 mln obcokrajowców)
- Liczba dni pobytu – 101 mln (w tym 5,2 mln obcokrajowców)
- Liczba pobytów opłaconych z ubezpieczeń społecznych – 2,4 mln (12,6% ogólnej liczby kuracjuszy).

Bawaria:

- 53 kurorty SPA (Heilbäder und Kurorte);
- 3,2 mld euro w 2005;
- 90.000 miejsc pracy;
- 50,30 euro przeciętne dzienne wydatki w przeliczeniu na gościa;
- Obsługa - 175.000 gości dziennie (6,4 mln osobodni pobytu rocznie).

Zgodnie z danymi, w Europie w uzdrowiskach (SPA) odnotowano 180 mln noclegów. Niemcy są największym krajem pod względem świadczonych usług SPA – 100 mln noclegów (ponad 50%). Wartość sektora turystyki uzdrowiskowej szacowano w roku 2007 na 28 mld euro, zaś liczba obsłużonych kuracjuszy – 19 mln rocznie (z tego ponad 9% obcokrajowców). Niekwestionowanym liderem na rynku usług SPA jest Bawaria, która ma 27 – procentowy udział w tym segmencie. Procentowa ilość kuracjuszy zdrowotnych wzrosła dwukrotnie z 5% w r. 2000 do 11% w r. 2008 (w r. 2008 odnotowano w Bawarii 3,9 mln gości i 22,1 mln noclegów).

Zgodnie z powyższym szacuje się, że w roku 2001 w Niemczech zatrudnienie w sektorze turystyki uzdrowiskowej wyniosło 200 tys. miejsc pracy, czyli 0,54% ogółu zatrudnionych. Dla porównania, jak podaje Reinhard Petry w referacie

⁹⁶ Joachim Lieber, Health Tourism in Europe – actual situation and trends, European Spas Association, 2010; B. Stankiewicz, M. Prochorowicz, Regionalna turystyka uzdrowiskowa a przeobrażenia społeczno – gospodarcze w Unii Europejskiej, Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie, Oeconomica 284 (61), 2010, s.129–136; Petry R. 2009. Czy w Europie występuje zmierzch uzdrowisk i klasycznego leczenia? Marketing uzdrowiskowy w państwach europejskich, [w:] Innowacyjne kierunki rozwoju turystyki uzdrowiskowej i lecznictwa uzdrowiskowego. XVIII Kongres uzdrowisk polskich, Muszyna 4–6 czerwca 2009.

Wellness and spa tourism all year round⁹⁷, w roku 2011 zatrudnienie w Niemczech w tym sektorze wynosi już ok. 350 tys. miejsc pracy, a więc 0,88% ogółu zatrudnionych. Dodaje też, że wartość tego sektora rynku w Niemczech w roku 2011 szacuje się na około 30 mld euro, a więc jest to 1,17% niemieckiego PKB. Dla porównania w roku 2007 rynek szacowano na 28 mld euro, zatem stopa wzrostu rynku wyniosła 2% w skali roku.

Niestety w Polsce nie prowadzi się podobnych statystyk, toteż ciężko jest określić odsetek osób pracujących w sektorze turystyki uzdrowiskowej. Gdyby jednak kształtowały się podobnie jak w Niemczech, wielkość zatrudnienia w roku 2010 w podlaskim w sektorze turystyki zdrowotnej wyniosłaby 2087 (1% ogółu zatrudnionych) oraz wielkość tego sektora przekroczyłaby ponad 385 mln zł (1,2% PKB województwa).

Trudno jest jednak porównywać gospodarkę Niemiec i Polski, bowiem według Rocznika Statystycznego Rzeczypospolitej Polskiej 2012, PKB per capita Niemiec w roku 2011 było na poziomie 43701 dol. USA, zaś Polski 13344 dol. USA (zatem w Polsce było trzy razy niższe). Niemniej jednak sądzi się, że państwo polskie (w tym również województwo podlaskie) powinno dążyć do poziomu i skali świadczenia usług w tym zakresie na poziomie Niemiec, gdyż ten sektor gospodarki przynosi w tym kraju wysokie dochody.

Istotne dla polskiego sektora turystyki uzdrowiskowej są parametry ekonomiczne⁹⁸:

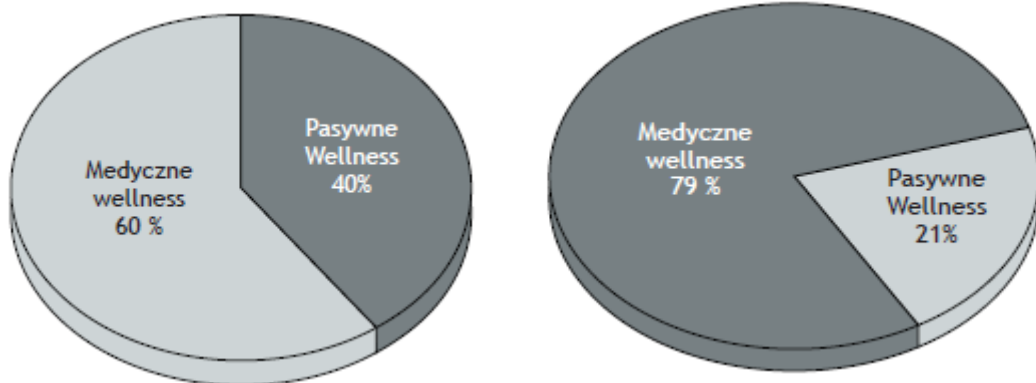
- średni przychód roczny jednej firmy (kurortu w Niemczech) – ca 96,2 mln euro – 18-krotnie więcej od przychodów czołówki polskich firm uzdrowiskowych – w Polsce tylko 9 spółek uzdrowiskowych Skarbu Państwa ma przychody roczne wynoszące powyżej 5 mln euro; wśród około 400 pozostałych podmiotów uzdrowiskowych również około 5% firm osiąga podobne przychody;
- w Niemczech uwidacznia się wyraźna dominacja sprzedaży komercyjnej; w Polsce tylko około 30–35% obrotów sektora stanowią wpływy od kuracjuszy komercyjnych. Jest to istotne, ponieważ w Polsce obserwuje się wyraźny związek między profilem lecznictwa a zyskiem firmy – im bogatszy jest profil lecznictwa, tym mniejszy jest zysk, co oznacza, iż zysk netto generują te firmy, które mają w swej ofercie wyłącznie lub w większości usługi typu SPA&Wellness;
- w kurortach niemieckich obserwuje się systematyczne skracanie okresu pobytu kuracjuszy (w ciągu 4 lat z 6,3 do 5,35 dnia) z jednoczesną intensyfikacją procedur leczniczych. Nie oznacza to jednak tendencji do preferowania wyjazdów Niemców poza kraj – w latach 2002–2007 udział turystów niemieckich korzystających z pobytów w krajowych kurortach spadł z 44% do 40%. W Polsce system refundacji pobytów uzdrowiskowych narzuca cykle pobytu 14- i 21-dniowe;
- charakterystyczna jest zmiana filozofii kuracjuszy – w 2002 roku nastawienie na profil medyczny wellness deklarowało 60% turystów, w 2007 roku udział ten wzrósł do 79%. Wybór przez turystę niemieckiego jako miejsca destynacji turystycznej kurortów i uzdrowisk zagranicznych nie wpłynął na wzrost liczby kuracjuszy

⁹⁷ R. Petry, Wellness and spa tourism all year round, European Spas Association, European Tourism Day 2012, Seansonality – Maritime and coastal tourism, Bruksela 2012, ec.europa.eu (data dostępu 10.06.2013 r.).

⁹⁸ B. Stankiewicz, M. Prochorowicz, Regionalna turystyka uzdrowiskowa a przeobrażenia społeczno – gospodarcze w Unii Europejskiej, Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie, Oeconomica 284 (61), 2010, s. 133 – 134.

zagranicznych w Polsce – wręcz przeciwnie, dane Uzdrowiska Kołobrzeg S.A. wskazują, iż w szczytowym dla tego uzdrowiska 2004 roku klienci zagraniczni stanowili 23% wszystkich kuracjuszy, a w 2009 r. jedynie co dziesiąty kuracjusz pochodził z zagranicy (10,3 % kuracjuszy ogółem).

Rysunek 13.
Popyt w turystyce zdrowotnej w 2002 r. Popyt w turystyce zdrowotnej w 2007 r.

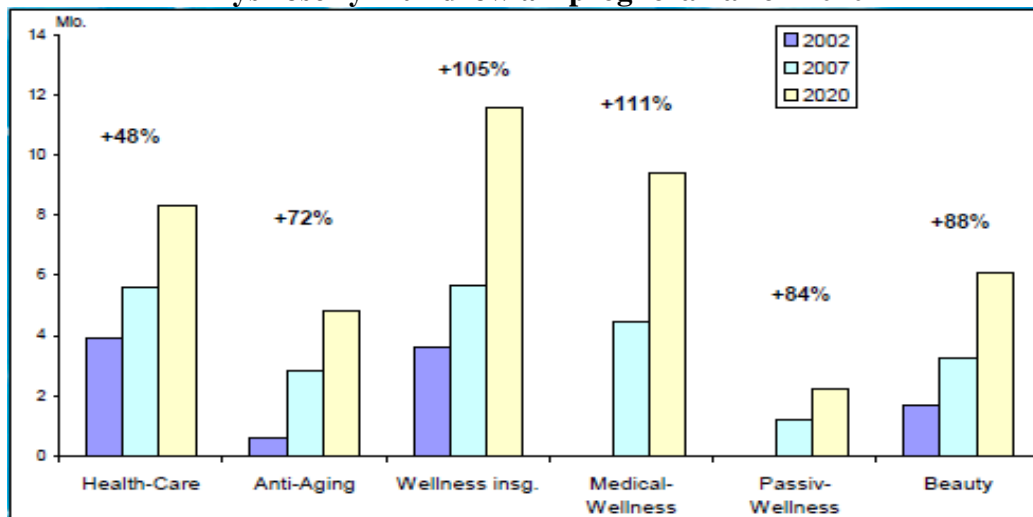


Źródło: Petry R. 2009. Czy w Europie występuje zmierzch uzdrowisk i klasycznego leczenia? Marketing uzdrowiskowy w państwach europejskich, [w:] Innowacyjne kierunki rozwoju turystyki uzdrowiskowej i lecznictwa uzdrowiskowego. XVIII Kongres uzdrowisk polskich, Muszyna 4–6 czerwca 2009, s. 105.

W roku 2002 przeważało nastawienie na medyczne wellness, udział opieki medycznej w SPA wynosił 60%, pozostała część obejmowała pasywne wellness, które ma niewielki wpływ na zdrowie i dobrą kondycję (por. Rysunek 13). W roku 2007 procentowy udział medycznego wellness był już znacznie wyższy i wyniósł 79%, podczas gdy wellness pasywne już tylko 21%.

Rysunek 14.

Przyszłość rynku zdrowia – prognoza na rok 2020



Źródło: Joachim Lieber, Health Tourism in Europe – actual situation and trends, European Spas Association, 2010.

Szacuje się, że do roku 2020 nastąpi wzrost świadczenia usług zdrowotnych w europejskich uzdrowiskach. Największy powinien nastąpić w dziedzinie wellness – ponad 100% i poprawiania urody – ok. 90% (por. Rysunek 14). Kuracje przeciwstarzeniowe powinny osiągnąć 72% wzrost.

Z punktu widzenia marketingu terytorialnego na miejscowość jako produkt turystyczny należy spojrzeć z dwóch poziomów, tj. na miejscowość jako całość czyli specyficzny złożony „mega-produkt” (ogólny produkt turystyczny) oraz na zbiór produktów stanowiących gamę dóbr materialnych i usług oferowanych przez dany obszar (produkt poszczególnych producentów). Produkt turystyczny uzdrowisk (miejscowości uzdrowiskowych) jest złożonym produktem turystycznym obszaru. Oznacza to, że na tego typu produkt należy patrzeć całościowo biorąc pod uwagę nie tylko aspekt przedmiotowy, ale również różnorodność podmiotów odpowiedzialnych za jego kształtowanie i współtworzenie. Na produkt turystyczny uzdrowisk będą się składały elementy, które z jednej strony dostarczane są przez miejsce docelowe, zaś z drugiej przez podmioty, które mają wpływ na kształtowanie, rozwój i zarządzanie uzdrowisk jako całością oraz poszczególnymi produktami materialnymi i niematerialnymi tam zlokalizowanymi⁹⁹. W myśl pięcioskładnikowego ujęcia ogólnego produktu turystycznego przez V.T.C. Middletona będą to¹⁰⁰:

- atrakcje i środowisko uzdrowisk,
- infrastruktura i usługi w uzdrowiskach,
- dostępność komunikacyjna uzdrowisk,
- wizerunek uzdrowisk,
- cena płacona przez konsumenta w uzdrowiskach.

Zatem na produkt turystyczny uzdrowisk to nie tylko samo uzdrowisko ze swoimi walorami i infrastrukturą turystyczną, ale również podmioty o istotnym wpływie na kształtowanie tego produktu.

Według danych Ministerstwa Zdrowia w Polsce istnieje 45 uzdrowisk statutowych.

Można podzielić je biorąc pod uwagę:

1) położenie geograficzne:

- uzdrowiska nizinne, położone do 200 m n.p.m,
- uzdrowiska nadmorskie, położone w odległości nie większej niż 3 km od brzegu morza,
- uzdrowiska podgórskie, położone od 200 do 400 m n.p.m,
- uzdrowiska górskie, położone od 400 do 800 m n.p.m,

2) występujące naturalne surowce lecznicze:

- zdrojowiska - uzdrowiska posiadające wody lecznicze,
- uzdrowiska borowinowe - oparte na leczeniu borowiną,
- uzdrowiska mieszane - posiadające wody lecznicze i borowinę.

Rehabilitacja (rewalidacja) oznacza zorganizowane współdziałanie lecznictwa ogólnego i usprawniającego, reedukacji psychicznej i zawodowej w celu

⁹⁹ Czynniki wpływające na jakość i konkurencyjność usług turystycznych w miejscowościach uzdrowiskowych, Instytut Turystyki w Krakowie Sp. z o. o., Stowarzyszenie Gmin Uzdrowiskowych RP, Kraków 2005, s. 12.

¹⁰⁰ Ibidem, s. 14.

przystosowania do normalnego życia w społeczeństwie osób, które wskutek wad wrodzonych lub nabytych są inwalidami trwałymi lub okresowymi¹⁰¹.

Rehabilitacja ruchowa jest procesem mającym na celu przywrócenie, poprawę lub utrzymanie psychofizycznej sprawności osób czasowo lub trwale niepełnosprawnych za pomocą specjalnych zabiegów i ćwiczeń fizycznych - w oparciu o wiedzę medyczną¹⁰².

W uzdrowiskach często poza naturalnymi czynnikami leczniczymi dostrzega się potencjał do uprawiania różnorodnych form turystyki (kwalifikowanej, weekendowej, biznesowej itd.). O rozwoju działalności turystycznej w uzdrowiskach świadczy potrzeba regeneracji sił fizycznych, psychicznych i duchowych. Tradycyjna oferta leczenia w uzdrowiskach bazująca na naturalnych zasobach leczniczych rozszerzana jest o nowy rodzaj usług pielęgnacyjnych związanych z odzyskiwaniem formy oraz związanych z polepszeniem stanu psychofizycznego (wellness).

Większość proponowanych produktów w uzdrowiskach krajów Europy Zachodniej i Ameryki opartych jest na programach „wellness” będących filozofią czy stylem życia, które pozwalają osiągnąć równowagę psychofizyczną. Pojęcie „wellness” (z ang. dobrostan) stworzył amerykański lekarz w 1959r., który w swojej teorii po raz pierwszy połączył dwa pojęcia „fitness” (z ang. zdatność, dostosowanie) i „dobrego samopoczucia”. Twierdził, że ciało i umysł powinny pozostać w równowadze¹⁰³.

Uzdrowiska w klasycznym polskim ujęciu, gdzie świadczone są zabiegi lecznictwa uzdrowiskowego występują jedynie w państwach byłego bloku wschodniego oraz na terenie Niemiec, Szwajcarii i Austrii oraz częściowo we Francji¹⁰⁴.

Uzdrowiska w Polsce i Europie przeszły różną historycznie drogę. Ich wspólną cechą jest jednak to, że zawsze były miejscem leczenia w oparciu o naturalne surowce lecznicze lub klimat. Jednak coraz częściej tradycyjne pojęcie uzdrowiska ustępuje miejsca w europejskich uzdrowiskach (także w Niemczech, Austrii, Czechach, Węgrzech) pojęciu uzdrowisk, w których stosowane są programy związane z odnową psychofizyczną (wellness), nie opierające się na naturalnych surowcach leczniczych, a jedynie na produktach stworzonych przez człowieka czy zabiegi wykorzystujące wodę zarówno leczniczą jak i zwykłą o różnej temperaturze i ciśnieniu (spa)¹⁰⁵.

Obserwuje się, że uzdrowiska europejskie wbrew temu, że posiadają długą tradycję, zaczynają funkcjonować podobnie do amerykańskich, które nastawione są w szczególności na poprawę urody oraz stanu ducha i ciała. Turystyka zdrowotna w USA łączy wypoczynek i zdrowie, gdzie kładzie się nacisk na poprawę zdrowia, profilaktykę, urody, sylwetki, stanu psychofizycznego (wellness).

Uzdrowiska w Polsce są wyraźnie zróżnicowane pod względem nasilenia i rozwoju podstawowych funkcji (leczniczej oraz turystycznej). Jeżeli chodzi o

¹⁰¹ Encyklopedia Popularna PWN, Wydanie dwudzieste drugie zmienione i uzupełnione, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1992, s. 722.

¹⁰² Ustawa z dnia 18 stycznia 1996 r. o kulturze fizycznej, Rozdział 1, art. 3 pkt. 9.

¹⁰³ Ibidem, s. 52.

¹⁰⁴ J. Golba, Stan prawny uzdrowisk polskich w porównaniu ze stanem prawnym uzdrowisk w krajach Unii Europejskiej-wyzwania, jakie stoją przed Rządem i środowiskiem uzdrowiskowym, Biuletyn Informacyjny SGU RP, nr 2-3, Krynica 2003, s. 13.

¹⁰⁵ Czynniki wpływające na jakość... op. cit., s. 53.

funkcję lecznictwa uzdrowiskowego, dominującą rolę odgrywają: Długopole Zdrój, Iwonicz Zdrój, Swoszowice, Wieniec Zdrój i Ciechocinek. Większość uzdrowisk położonych w strefie górskiej i nadmorskiej nastawionych jest na spełnianie funkcji turystycznej. W pierwszej ze stref szczególną uwagę należy zwrócić na: Ustroń, Krynicę, Muszynę, Piwniczną, Rabkę Zdrój, Szczawnicę, Kudowę Zdrój, Duszniki Zdrój, Polanicę Zdrój. Wysoki stopień rozwoju funkcji turystycznej cechuje również niektóre uzdrowiska nadmorskie, wśród nich Kołobrzeg, w nieco mniejszym zakresie Świnoujście. Wysoko rozwinięte obie funkcje odznaczają się w: Iwoniczu Zdroju, Łądku Zdroju, Polanicy Zdroju, Ciechocinku i Kołobrzegu. Istotnym jest, że w omawianej grupie uzdrowisk statutowych przeważają miejscowości, które rozwinięte także na znaczną skalę mają funkcje pozalecznicze często niezwiązane z turystyką: mieszkalne, usługowe, rolnicze i przemysłowe¹⁰⁶.

W województwie podlaskim istnieją dwa uzdrowiska klimatyczno – borowinowe: Augustów (od 1993 roku) oraz Supraśl (od 2001 roku).

Uzdrowisko borowinowe to takie, w którym podstawowe w działalności leczniczej są zabiegi z użyciem borowiny. Uzdrowisko klimatyczne to takie, w którym prowadzona jest zorganizowana działalność lecznicza, która wykorzystuje głównie walory klimatu, potwierdzone badaniami naukowymi i mające terenowe urządzenia do klimatoterapii. W Augustowie leczone są choroby krążenia i choroby narządów ruchu i reumatyczne, zaś w Supraślu choroby układu oddechowego oraz choroby narządów ruchu i reumatyczne¹⁰⁷.

W Tabeli 34 zestawiono informacje dotyczące liczby szpitali i sanatoriów uzdrowiskowych, liczby kuracjuszy oraz dni pobytu pacjentów w podlaskim i dolnośląskim w latach 2002 – 2010. Liczba kuracjuszy na Podlasiu w roku 2002 wyniosła 3771. W roku następnym była niższa o ponad 12%, zaś w kolejnym – wyższa o 22%. W roku 2005 liczba kuracjuszy zmalała o 12,5% w stosunku do roku poprzedniego, zaś w latach 2006 – 2008 odnotowywano ich wzrost w województwie podlaskim. Lata 2009 – 2010, to okresy, w których liczba kuracjuszy malała.

Regionem o największej liczbie uzdrowisk w Polsce jest województwo dolnośląskie, które posiada ich 11. Na terenie województwa znajduje się 28 szpitali uzdrowiskowych (43% szpitali uzdrowiskowych w Polsce), 26 sanatoriów uzdrowiskowych (15,2%) oraz 7 przychodni uzdrowiskowych (35%). Na Podlasiu brak jest szpitali oraz przychodni uzdrowiskowych, do roku 2012 istniało jedno sanatorium¹⁰⁸.

Turystyka uzdrowiskowa w dolnośląskim jest znacznie lepiej rozwinięta niż na Podlasiu. Liczba szpitali i sanatoriów uzdrowiskowych jest nieporównywalnie wyższa niż w województwie podlaskim. Nawet jeśli wziąć pod uwagę średnią liczbę szpitali i sanatoriów uzdrowiskowych na jedną miejscowość (uzdrowiskową), okazuje się, że przypada ich ok. 4. Również nieporównywalnie większa liczba kuracjuszy odwiedza miejscowości uzdrowiskowe w dolnośląskim, których co roku odnotowuje się kilkanaście razy więcej niż w podlaskim, zaś liczba dni pobytu pacjentów jest nawet dwudziestokilkukrotnie wyższa (por. Tab. 34).

¹⁰⁶ Czynniki wpływające na jakość... op. cit., s. 57.

¹⁰⁷ Ibidem, s. 33 – 48.

¹⁰⁸ Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012, s.249.

Tabela 34.

Liczba kuracjuszy w miejscowościach uzdrowiskowych w województwie podlaskim i dolnośląskim w latach 2002 – 2010

	Województwo podlaskie			Województwo dolnośląskie		
	Szpitala uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe	Liczba kuracjuszy	Liczba dni pobytu pacjentów	Szpitala uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe	Liczba kuracjuszy	Liczba dni pobytu pacjentów
2002	1	3771	53354	40	57859	1306654
2003	1	3306	42955	42	64097	1275012
2004	1	4049	56403	39	67069	1285114
2005	1	3541	44942	41	73386	1287093
2006	1	4461	55933	50	76051	1424136
2007	1	4513	58234	49	73991	1303943
2008	1	4516	61051	49	75965	1344331
2009	1	4144	59759	54	90117	1667187
2010	1	4060	55011	54	79564	1414009

Źródło: Bank danych lokalnych, Główny Urząd Statystyczny, data dostępu 10.05.2013 r.

Gdyby przyjąć, że udział rynku usług profilaktyczno – rehabilitacyjnych (świadczonych turystom w zakresie turystyki uzdrowiskowej) w województwie podlaskim w PKB kształtował się na poziomie zbliżonym do udziału tego sektora rynku w Niemczech, tj. 1,2% PKB oraz stopa wzrostu udziału tego sektora w rynku była na poziomie 2% (podobnie jak w Niemczech), wówczas można oszacować wpływ tego sektora, jaki by miał na poziom zatrudnienia w województwie podlaskim w latach 2002 - 2011.

Zgodnie z ekspertyzą Instytutu Badań Strukturalnych przyjmuje się, że średnia dynamika wzrostu PKB dla województwa podlaskiego w latach 2010 – 2013 będzie wynosić 103,4%.

Korzysta się ze wzorów:

$$r_{xy} = \frac{COV(X,Y)}{S_x S_y},$$

gdzie $COV(X,Y)$ - kowariancja pomiędzy cechami X i Y

S_x, S_y - odchylenie standardowe cechy X, odchylenie standardowe cechy Y

r_{xy} - współczynnik korelacji (Pearsona)

$$COV(X,Y) = \frac{1}{N} \sum (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})$$

Mając dane wielkości PKB i przeciętnego zatrudnienia w województwie podlaskim w latach 2002 - 2011, oblicza się współczynnik korelacji Pearsona pomiędzy wielkością PKB a wielkością przeciętnego zatrudnienia.¹⁰⁹ Jego wartość wynosi 0,64, co oznacza, że w badanych latach wystąpiła umiarkowana dodatnia

¹⁰⁹ Główny Urząd Statystyczny definiuje pojęcie przeciętnego zatrudnienia jako średnią wielkość zatrudnienia obliczoną dla badanego okresu (np. miesiąca, kwartału, roku) na podstawie ewidencyjnego stanu zatrudnienia. Przeciętne zatrudnienie w badanym okresie uwzględnia pracowników pełnozatrudnionych oraz niepełnozatrudnionych w przeliczeniu na pełne etaty.

zależność liniowa wielkością PKB w województwie podlaskim (cecha X) a przeciętnym zatrudnieniem w województwie (cecha Y). Wraz ze wzrostem wielkości PKB, rosły średnie wartości przeciętnego zatrudnienia.

Tabela 35.

**Szacowana liczba nowych etatów w sektorze usług profilaktyczno -
rehabilitacyjnych w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011
(stopa wzrostu rynku 2%)**

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwo podlaskie	przeciętne zatrudnienie w podlaskim	wartość rynku usl. profil.- rehabi. w PKB (jako 1,2% PKB) w mln zł	wartość rynku usl. profil.- rehab. w PKB (stopa wzrostu 2%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	wskaźnik = liczba etatów przypadających na 1 mln PKB	nowe przeciętne zatrudnienie	liczba nowych etatów
2002	19624	205072	235,49	235,49	19624,00	10,45	205072,00	0,00
2003	20186	205660	242,23	240,20	20183,97	10,19	205639,27	-20,73
2004	21675	202524	260,10	245,00	21659,90	9,34	202382,93	-141,07
2005	22952	203185	275,42	249,90	22926,48	8,85	202959,06	-225,94
2006	24405	205473	292,86	254,90	24367,04	8,42	205153,40	-319,60
2007	27321	213375	327,85	260,00	27253,15	7,81	212845,06	-529,94
2008	29059	221611	348,71	265,20	28975,49	7,63	220974,13	-636,87
2009	30941	212193	371,29	270,50	30840,21	6,86	211501,78	-691,22
2010	32090	208646	385,08	275,91	31980,83	6,50	207936,20	-709,80
2011	33039	211008	396,47	281,43	32923,96	6,39	210273,29	-734,71

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

Posiadając informacje na temat wielkości PKB w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (por. Tab. 35), obliczono wartości rynku usług profilaktyczno - rehabilitacyjnych (jako 1,2% PKB, kolumna 4) oraz wartości rynku usług profilaktyczno - rehabilitacyjnych z 2% stopą wzrostu rynku tych usług (kolumna 5). Na tej podstawie oszacowano wartości nowego PKB (kolumna6=kolumna2+kolumna5-kolumna4). Następnie obliczono wskaźnik liczby etatów przypadających na 1 mln PKB, dzieląc wartości przeciętnego zatrudnienia (kolumna3) przez wielkości PKB w danym roku w województwie podlaskim (kolumna2), którego wartości podane są w kolumnie 7. Mnożąc wartości wskaźnika przez wartości nowego PKB, w kolumnie 8 oszacowano wielkości nowego przeciętnego zatrudnienia. W kolumnie 9 oszacowano zaś liczbę nowych etatów w latach 2002 – 2011 (kolumna8 – kolumna3). Okazuje się, że przy powyższych założeniach, od roku 2003 gospodarka nie wygenerowałaby nowych etatów w sektorze usług profilaktyczno - rehabilitacyjnych (stopa wzrostu rynku tych usług jest za niska). Należy jednak zauważyć, że w podlaskim rynek usług profilaktyczno – rehabilitacyjnych świadczonych turystom jest nieporównywalnie mniejszy i założenie udziału wielkości tego rynku w PKB na poziomie 1,2% wydaje się

optymistyczne. W Niemczech zaś ten sektor gospodarki jest bardzo dobrze rozwinięty, a rynek nasycony, toteż stopa wzrostu rynku nie jest już wysoka. Miejszem świadczenia tego rodzaju usług na Podlasiu jest Sanatorium Uzdrawiskowe „Budowlani” (do roku 2012 istniało tylko jedno w całym województwie), Ośrodek Rehabilitacyjno – Wypoczynkowy „Sosenka” (oferujący jedynie 30 miejsc noclegowych i przyjmujący ok. 380 – 400 gości rocznie, w tym jedynie 1% gości z zagranicy). Istnieje również Ośrodek Rehabilitacyjno – Wypoczynkowy „Maniówka” w Nowej Wsi, który deklaruje, że rocznie gości ponad 2000 osób, które w większości przyjeżdżają z zagranicy. Niemniej jednak rynek usług profilaktyczno – rehabilitacyjnych na Podlasiu jest słabo rozwinięty, brak jest jakichkolwiek danych statystycznych informujących o wielkości jego udziału w PKB województwa.

Jeśli założyć, że stopa wzrostu rynku w sektorze usług profilaktyczno - rehabilitacyjnych w latach 2002 – 2011 była w województwie podlaskim na poziomie 10%, zaś udział tego sektora w rynku pozostał na poziomie 1,2%, można podobnie oszacować wpływ tego sektora, jaki by miał na poziom zatrudnienia w województwie (por. Tab. 36). Okazuje się, że przy powyższych założeniach, w roku 2003 gospodarka byłaby w stanie wygenerować o 171 pełnych etatów więcej niż było w rzeczywistości (wzrost o 0,08%), zaś w roku 2011 – już 1014 nowych pełnych etatów (wzrost o 0,5%).

Tabela 36.

**Szacowana liczba nowych etatów w sektorze usług profilaktyczno -
rehabilitacyjnych w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011
(stopa wzrostu rynku 10%)**

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwo podlaskie	przeciętne zatrudnienie w podlaskim	wartość rynku usł. profil.-rehab. w PKB (jako 1,2% PKB) w mln zł	wartość rynku usł. profil.-rehab. w PKB (stopa wzrostu 10%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	wskaznik = liczba etatów przypadających na 1 mln PKB	nowe przeciętne zatrudnienie	liczba nowych etatów
2002	19624	205072	235,49	235,49	19624,00	10,45	205072,00	0,00
2003	20186	205660	242,23	259,04	20202,80	10,19	205831,21	171,21
2004	21675	202524	260,10	284,94	21699,84	9,34	202756,10	232,10
2005	22952	203185	275,42	313,43	22990,01	8,85	203521,49	336,49
2006	24405	205473	292,86	344,78	24456,92	8,42	205910,11	437,11
2007	27321	213375	327,85	379,26	27372,40	7,81	213776,46	401,46
2008	29059	221611	348,71	417,18	29127,47	7,63	222133,19	522,19
2009	30941	212193	371,29	458,90	31028,61	6,86	212793,81	600,81
2010	32090	208646	385,08	504,79	32209,71	6,50	209424,34	778,34
2011	33039	211008	396,47	555,27	33197,80	6,39	212022,20	1014,20

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

Aby gospodarka mogła zacząć generować nowe etaty w sektorze rynku usług profilaktyczno - rehabilitacyjnych, potrzebna jest 7% stopa wzrostu rynku badanego sektora (por. Tab. 37). Jeśli założyć, że stopa wzrostu rynku usług profilaktyczno – rehabilitacyjnych w latach 2002 – 2011 była w województwie podlaskim na poziomie 7%, zaś udział tego sektora w rynku pozostał na poziomie 1,2%, omawiany sektor zacząłby generować dodatnie wielkości w ramach zatrudnienia.

Tabela 37.

**Szacowana liczba nowych etatów w sektorze usług profilaktyczno -
rehabilitacyjnych w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011
(stopa wzrostu rynku 7%)**

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwo podlaskie	przeciętne zatrudnienie w podlaskim	wartość rynku usł.profil.-rehab. w PKB (jako 1,2% PKB) w mln zł	wartość rynku usł.profil. l.-rehab. w PKB (stopa wzrostu 7%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	wskaźnik = liczba etatów przypadających na 1 mln PKB	nowe przeciętne zatrudnienie	liczba nowych etatów
2002	19624	205072	235,49	235,49	19624,00	10,45	205072,00	0,00
2003	20186	205660	242,23	251,97	20195,74	10,19	205759,24	99,24
2004	21675	202524	260,10	269,61	21684,51	9,34	202612,86	88,86
2005	22952	203185	275,42	288,48	22965,06	8,85	203300,61	115,61
2006	24405	205473	292,86	308,68	24420,82	8,42	205606,17	133,17
2007	27321	213375	327,85	330,28	27323,43	7,81	213393,99	18,99
2008	29059	221611	348,71	353,40	29063,70	7,63	221646,81	35,81
2009	30941	212193	371,29	378,14	30947,85	6,86	212239,98	46,98
2010	32090	208646	385,08	404,61	32109,53	6,50	208773,00	127,00
2011	33039	211008	396,47	432,94	33075,47	6,39	211240,90	232,90

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

Najważniejszym miejscem, w którym świadczy się turystom usługi profilaktyczno – rehabilitacyjne, jest Sanatorium Uzdrowskie „Budowlani”. W latach 2000 – 2010 z racji niewielkiej odległości, w celach wyłącznie wypoczynkowych przyjeżdżały tu osoby głównie z województwa podlaskiego. Znaczną liczbę gości stanowiły również osoby z województwa mazowieckiego, a więc posiadającego najwyższy wskaźnik przeciętnego zatrudnienia wśród województw. W latach 2000 – 2010 odwiedzało je bardzo mało gości z zagranicy (odnotowana najwyższa liczba, to 38 osób w roku 2006)¹¹⁰.

W ofercie sanatorium znajdują się pobyty uzdrowskowo – wypoczynkowe oraz zabiegi przyrodolecznicze. Usługi sanatoryjne skierowane są do osób komercyjnych korzystających z pobytów pełnopłatnych oraz dla kuracjuszy korzystających ze świadczeń ZUS, NFZ.

¹¹⁰ Badania własne.

Sanatorium Uzdrawiskowe „Budowlani” zatrudnia personel obsługujący hotel, stołówkę oraz kadrę medyczną zajmującą się leczeniem pacjentów.

W skład personelu medycznego sprawującego opiekę nad leczeniem pacjentów wchodzi: lekarze, pielęgniarki, magistrowie rehabilitacji, technicy fizjoterapii, masażyści, psycholog oraz dietetyk.

W latach 2000 – 2001 w Sanatorium zatrudnionych było 3 lekarzy o specjalnościach:

- specjalista chorób wewnętrznych;
- specjalista ortopedii i traumatologii;
- specjalista reumatologii.

W roku 2002 do kadry lekarskiej dołączyli: neurolog, oraz specjalista rehabilitacji medycznej. W roku 2004 kadra medyczna powiększyła się o kolejnego specjalistę rehabilitacji medycznej, zaś w roku 2010 zatrudniono specjalistę balneoklimatologii i medycyny fizykalnej. Od roku 2000 kadra lekarska wzrosła ponad dwukrotnie (por. Tab. 38).

Tabela 38.

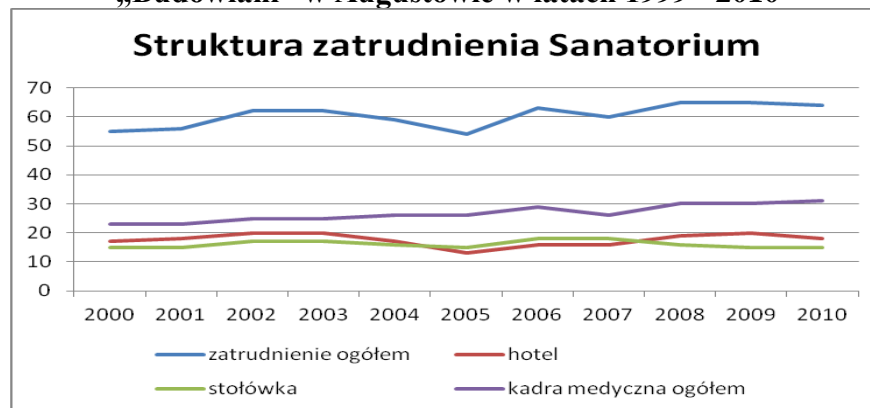
Struktura zatrudnienia w BPUS sp. z o.o. NZOZ Sanatorium Uzdrawiskowe „Budowlani” w Augustowie w latach 1999 – 2010

Wyszczególnienie	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Zatrudnienie ogółem	55	56	62	62	59	54	63	60	65	65	64
Hotel	17	18	20	20	17	13	16	16	19	20	18
Stołówka	15	15	17	17	16	15	18	18	16	15	15
Kadra medyczna ogółem	23	23	25	25	26	26	29	26	30	30	31
tym: - lekarze	3	3	5	5	6	6	6	6	6	6	7
- pielęgniarki	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
- mgr rehabilitacji	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
- technicy fizjoterapii	7	7	7	7	6	6	9	6	11	10	10
- masażyści	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4
- psycholog	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
- dietetyk	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NZOZ Sanatorium Uzdrawiskowego „Budowlani” w Augustowie

Wykres 5.

Struktura zatrudnienia w BPUS sp. z o.o. NZOZ Sanatorium Uzdrawiskowe „Budowlani” w Augustowie w latach 1999 - 2010



Źródło: Opracowanie własne.

Sanatorium Uzdrawiskowe „Budowlani” zatrudnia kadrę zajmującą się obsługą hotelu, stołówki oraz kadrę medyczną. Na przestrzeni lat 2000 – 2010 struktura zatrudnienia w Sanatorium zmieniała się (por. Wykres 5). W roku 2000 w Sanatorium Uzdrawiskowym „Budowlani” pracowało 55 osób, rok później przybyła 1 osoba. W roku 2002 nastąpił znaczny wzrost zatrudnienia do 62 osób, czyli o ponad 10%, w stosunku do roku poprzedniego i utrzymał się w roku 2003. W latach 2004 - 2005 odnotowano kolejne spadki zatrudnienia do 54 osób, czyli prawie o 13%. Od roku 2006 zatrudnienie liczy ponad 60 osób.

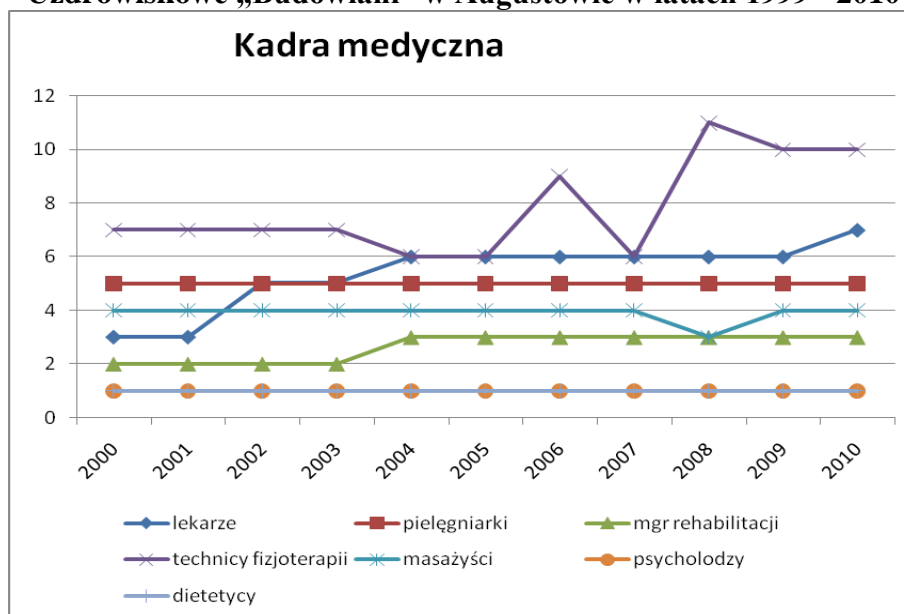
W roku 2000 w hotelu Sanatorium odnotowano 17 pracujących osób. Rok później stan zatrudnienia w hotelu wyniósł 18 osób. W latach 2001 – 2003 liczba pracujących wzrosła do 20 osób (wzrost o 11,1%), po czym w latach 2004 – 2005 spadała do 13 (o 35%). Lata 2006 – 2009, to okres wzrostu liczby pracujących w hotelu (o 4 osoby), zaś w roku 2010 pracowało tam 18 osób. Zatrudnienie w hotelu Sanatorium w latach 2000 – 2010 ogółem wzrosło o 1 osobę (o 5,0%) i w roku 2010 wielkość ta wyniosła 18 osób.

Stan zatrudnienia w stołówce Sanatorium Uzdrawiskowym „Budowlani” w latach 2000 – 2010 pozostał na tym samym poziomie w liczbie 15 osób, chociaż na przestrzeni badanych lat nie był jednolity. Wzrost zatrudnienia nastąpił jedynie w roku 2002 (o 13,3%) oraz w 2006 roku (o 20%). Lata 2004 – 2005 oraz 2008 – 2009 to okresy spadku zatrudnienia, odpowiednio o 11,8% i 16,7%.

W latach 2000 – 2001 personel kadry medycznej Sanatorium Uzdrawiskowego „Budowlani” liczył 23 osoby. W roku 2002 nastąpił wzrost pracującej kadry medycznej o 2 osoby, kolejny wzrost zatrudnienia odnotowano w roku 2004 (o 1 osobę), następnie w roku 2006 (o 3 osoby). W roku 2007 nastąpił istotny spadek zatrudnienia, które wyniosło 26 osób (spadek o 10,3%), zaś w 2008 oraz 2010 r. zwiększono zatrudnienie o 1 osobę. Stan zatrudnienia kadry medycznej na koniec 2010 roku wyniósł 31 osób i był wyższy niż w roku 2000 o 34,8%.

Wykres 6.

Stan zatrudnienia kadry medycznej w BPUS sp. z o.o. NZOZ Sanatorium Uzdrawiskowe „Budowlani” w Augustowie w latach 1999 - 2010

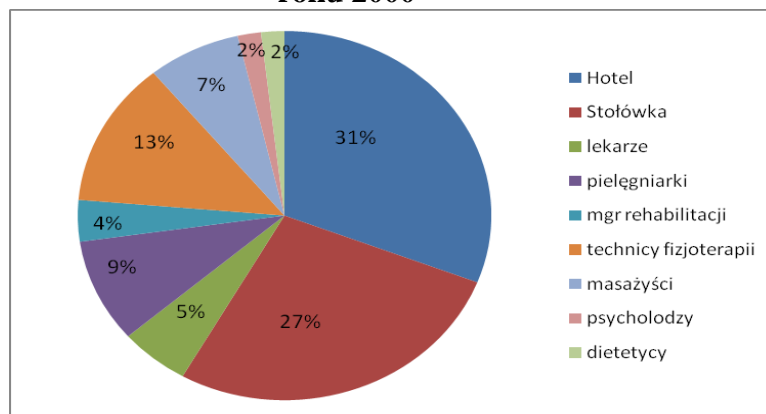


Źródło: Opracowanie własne.

W okresie czasowym 2000 – 2010 w Sanatorium Uzdrowskim „Budowlani” nastąpił dwukrotny wzrost zatrudnienia lekarzy, który w latach 2000 – 2001 liczył 3 osoby, w latach 2002 – 2003 – 5 osób, zaś od roku 2004 – 6 osób (por. Wykres 6). Liczba zatrudnionych pielęgniarek w badanym czasookresie wynosiła 5. W badanym przedziale czasowym do roku 2003 w Sanatorium pracowało dwóch magistrów rehabilitacji, zaś od 2004 – trzech. Liczba techników fizjoterapii w latach 2000 – 2010 zwiększyła się z 7 do 10 osób, a więc o 42,9%. Spadek zatrudnienia techników fizjoterapii odnotowano w roku 2004 (o 14,3%) oraz w roku 2007 (o 33,3%), zaś największy wzrost zatrudnienia miał miejsce w roku 2008 – o 83,3%. W badanym czasookresie w Sanatorium pracowało 4 masażyści, 1 psycholog i 1 dietetyk. Od roku 2000 w Sanatorium Uzdrowskim „Budowlani” istotnie zmieniła się struktura zatrudnienia.

Wykres 7.

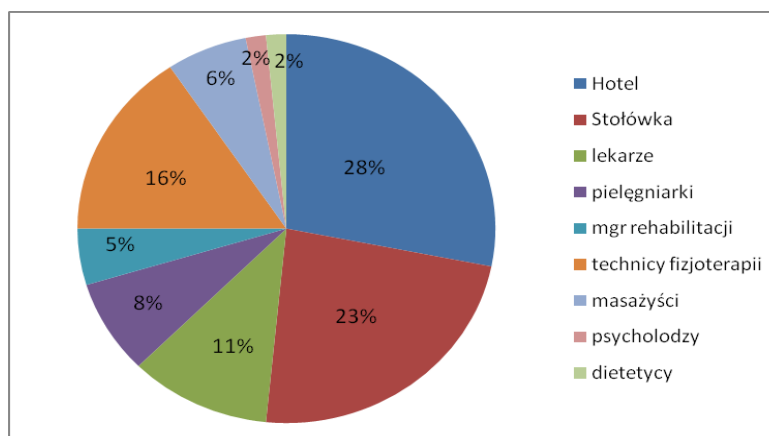
Struktura zatrudnienia w Sanatorium Uzdrowskim „Budowlani” w roku 2000



Źródło: Opracowanie własne.

Wykres 8.

Struktura zatrudnienia w Sanatorium Uzdrowskim „Budowlani” w roku 2010

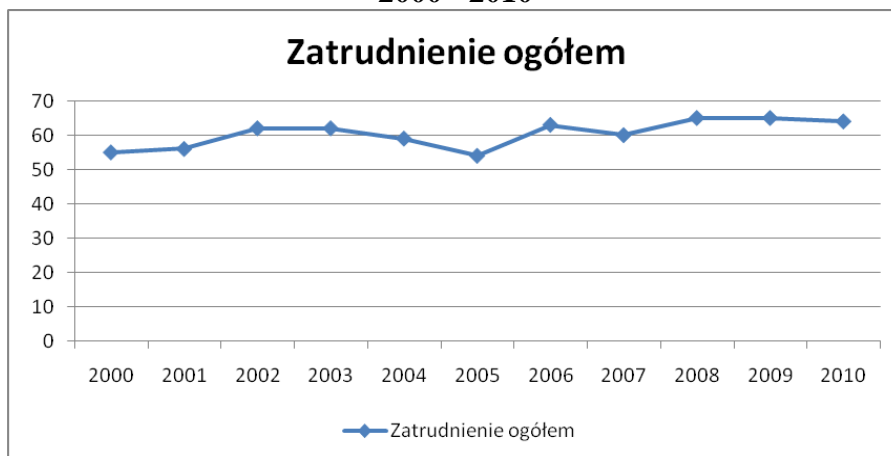


Źródło: Opracowanie własne.

W badanych latach w strukturze zatrudnienia Sanatorium Uzdrowskiego „Budowlani” zwiększył się udział procentowy personelu hotelowego, który w roku 2000 miał wartość na poziomie 31%, zaś w 2010 – 28% (por. Wykres 7 i Wykres 8). Zmniejszył się również udział personelu pracującego w stołówce – o 4 %, który w roku 2010 stanowił 23% zatrudnienia ogółem. Procentowy udział pozostałej kadry Sanatorium, czyli kadry medycznej uległ wzrostowi. Największy wzrost zatrudnienia odnotowano wśród lekarzy – w roku 2010 kadra lekarska stanowiła 11% zatrudnienia ogółem (wzrost o 6 pkt. %). Następnie, wzrost udziału techników fizjoterapii z 13% w 2000 roku do 16% w roku 2010. Wzrost zatrudnienia o 1 pkt. procentowy odnotowano w zawodzie magister rehabilitacji. Spadek zatrudnienia o 1 pkt. procentowy odnotowano w zawodach: pielęgniarki (w roku 2010 wyniósł 8%) oraz masażyści (w roku 2010 wyniósł 6%). Na tym samym poziomie pozostał udział procentowy w zakresie psychologów i dietetyków (w roku 2010 wyniosły po 2%).

Wykres 9.

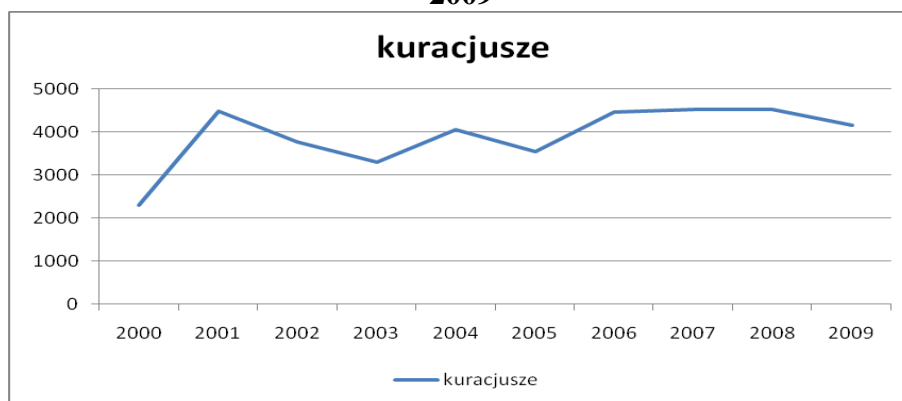
Zatrudnienie ogółem w Sanatorium Uzdrowskim „Budowlani” w latach 2000 - 2010



Źródło: opracowanie własne.

Wykres 10.

Liczba kuracjuszy w Sanatorium Uzdrowskim „Budowlani” w latach 2000 - 2009



Źródło: Opracowanie własne.

Analizując Wykresy 9 i 10, obrazujące zatrudnienie ogółem oraz liczbę kuracjuszy można stwierdzić, że obydwie te wielkości znacznie się powiększyły w porównaniu do roku 2000. Liczba kuracjuszy w roku 2000 wynosiła 2302, zaś w 2010 4144 (wyższa 1842 osoby, czyli o 80%). Największy wzrost liczby kuracjuszy odnotowano w roku 2001, wzrost ten wyniósł 94,5%, wówczas zatrudniono 1 osobę w hotelu, pozostała kadra pozostała bez zmian. Istotny wzrost liczby kuracjuszy w stosunku do roku poprzedniego odnotowano w roku 2004 oraz 2006 – odpowiednio o : 22,48% i 26%. W roku 2006 nastąpił również znaczny wzrost zatrudnienia, bowiem po 3 osoby powiększył się personel służby hotelowej, stołówki oraz kadry medycznej o 3 techników fizjoterapii.

W latach 2002 – 2003 obserwuje się spadek liczby kuracjuszy o 12,3%. W tym czasie zatrudniono dwóch lekarzy: neurologa oraz specjalistę rehabilitacji medycznej. Znacznie mniej kuracjuszy w stosunku do roku poprzedniego obserwuje się w roku 2005, których łącznie przybyło 3541 (spadek o 12,5%), w tym czasie spadła liczba zatrudnionych w hotelu o 4 osoby, na stołówce o 1 osobę, zaś kadra medyczna pozostała bez zmian.

Na przestrzeni lat 2000 – 2010 największy wzrost zatrudnienia w Sanatorium obserwuje się w ramach kadry medycznej – o 34,8. W badanym okresie nastąpił ponad dwukrotny wzrost zatrudnienia lekarzy specjalistów, wzrost o 50% magistrów rehabilitacji, oraz techników fizjoterapii 42,9%.

Tabela 39 zawiera informacje dotyczące liczby pracowników medycznych w latach 2000 – 2011.

Tabela 39.

Pracownicy medyczni w województwie podlaskim w latach 2000 – 2011

Wyszczególnienie	2000	2005	2009	2010	2011
Lekarze	3388	2694	2813	2809	2888
w tym kobiety	1907	1495	1771	1762	1770
Farmaceuci	646	579	648	702	738
w tym kobiety	576	492	563	615	644
Fizjoterapeuci	.	338	530	468	483
Rehabilitanci	.	43	44	46	47
Pielęgniarki	6640	5931	6247	6224	6169
w tym mgr pielęgniarstwa	136	295	513	595	740

Zródło: Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2009... op. cit., s.187, Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2010... op. cit., tabl. 1(142), s.194, Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2012... op. cit., tabl. 1(152), s.201, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (dane zamawiane).

W latach 2000 – 2011 liczba lekarzy w województwie podlaskim zmniejszyła się o około 15% i na koniec roku 2011 odnotowano ich 2888. W badanym przedziale czasu spadła również liczba zatrudnionych pielęgniarek o 7%, chociaż ponad pięciokrotnie wzrosła liczba pielęgniarek z wyższym wykształceniem (por. Tab. 39). W latach 2005 – 2011 w województwie przybyło 145 fizjoterapeutów (ponad 40 – procentowy wzrost). W badanym okresie czasu rosła również liczba zatrudnionych rehabilitantów (wzrost o 9,5%).

Na Podlasiu, jak dotąd jest jeszcze niewiele placówek świadczących usługi profilaktyczno – rehabilitacyjne (mowa tu o tych, w których świadczoneby usługi turystom, i które miałyby odpowiednią infrastrukturę, aby świadczyć je na wysokim poziomie). Bowiem, pomimo istnienia dwóch miejscowości uzdrowiskowych w

województwie, jeszcze do roku 2012 istniało tylko jedno Sanatorium, które niestety dotąd spełnia funkcję wyraźnie leczniczą. Jednak, aby przyciągnąć turystów z zagranicy, należałoby poszerzyć jego ofertę o usługi profilaktyczno – wypoczynkowe. Przykładem do naśladowania mogą być Niemcy, gdzie uwidacznia się dominacja sprzedaży komercyjnej (w Polsce jest to 30 – 35%). Jest to istotne, gdyż zysk netto generują firmy, które mają w swej ofercie w większości usługi typu spa i wellness. Sądzi się, że brak jakichkolwiek działań w kierunku poszerzenia zakresu usług związany jest z brakiem odpowiedniej infrastruktury transportowej, w szczególności dla turystów z zagranicy (brak lotniska, autostrad). Natomiast w sąsiadujących Niemczech, zatrudnienie w tym sektorze w roku 2011 wyniosło około 350 tys., zatem prawie 1% ogółu zatrudnienia.

3.2. Usługi profilaktyczno-rehabilitacyjne a dochody ludności

Porównując dochody ludności osiągnięte w Polsce oraz średnie dochody Unii Europejskiej dostrzega się silne dysproporcje. W Polsce dochody są ponad trzykrotnie niższe.

Tabela 40.

Zarobki w sektorze przedsiębiorstw (średnie roczne zarobki brutto w pełnym wymiarze czasu pracy w euro)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
EU-27	30 140	30 347	28 226	29 114	31 302	:	:	:	:
Niemcy	36 400	37 200	38 100	38 700	39 364	40 200	41 400	41100	42400
Polska	:	:	6 230	6 270	8 178	:	10 787	8399	:

Źródło: Europe in figures, Eurostat yearbook 2011, eurostat, s.255, Europe in figures, Eurostat yearbook 2012, eurostat, s.254.

Średnie roczne zarobki w sektorze przedsiębiorstw w Polsce są nieporównywalnie mniejsze od zarobków w Niemczech. W roku 2009 wyniosły 8399 euro i były niemal pięciokrotnie niższe od zarobków sąsiadów (por. Tab. 40). Pomimo, że średnia wysokość wynagrodzeń w latach 2004 – 2009 w Polsce wzrosła o około 34% (zaś w Niemczech o 7,87%), to musi upłynąć wiele czasu, aby zarobki w obu krajach były na podobnym poziomie. Należy również zauważyć, spadek w zarobków w sektorze przedsiębiorstw w Polsce w latach 2008 – 2009 o ponad 20%.

Tabela 41.

Poziom wynagrodzeń w zawodach związanych z leczeniem i rehabilitacją w Niemczech

Zawód	Max zarobki w euro	Średnie zarobki w euro
Dentysta	10000	3611
Chirurg plastyk	7084	5628
Neurolog	9500	7480
Ortopeda	8000	4185
Specjalista chorób wewnętrznych	8085	4087
Fizjoterapeuta	5000	1717
Masażysta	4000	1559
Psycholog	6500	2764
Dietetyk	4000	2217

Źródło: www.gehaltsvergleich.com, data dostępu 22.08.2012r.

W tabeli 41 zawarto informacje dotyczące poziomu wynagrodzeń w zawodach związanych z leczeniem i rehabilitacją w Niemczech. W przypadku lekarzy specjalistów, np. neurologa, miesięczne zarobki osiągają poziom nawet 9500 euro. Średnie zarobki ortopedy i specjalisty chorób wewnętrznych osiągają ok. 4000 euro, zaś psychologa i dietetyka ponad 2000 euro (płace maksymalne odpowiednio: ok. 8000 euro, 6500 euro, 4000 euro). Masażysta i fizjoterapeuta w Niemczech jest w stanie zarobić nawet ok. 4000 euro.

Tabela 42.

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto (w zł) według wybranych zawodów w województwie podlaskim za październik w latach 2000-2011

Wyszczególnienie	W działalności związanej z kulturą, rozrywką i rekreacją	Lekarze	Fizjoterapeuci i pokrewni
2000	.	.	.
2001	.	2221,45	1199,87
2002	.	2441,53	1377,28
2003	.	.	.
2004	.	2384,84	1378,44
2005	2032,28	.	.
2006	2121,59	3613,10	1750,73
2007	2223,03	.	.
2008	2595,97	5371,61	2055,77
2009	2842,02	.	.
2010	2901,98	6018,62	2432,75
2011	3043,79	.	.

(.) zupełny brak informacji albo brak informacji wiarygodnych

Źródło: Dane opracowane na podstawie sprawozdania Z-12 – struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku, Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2012... op. cit., tabl. 4(99), Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2010... op. cit., s.146, 147, Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2006, tab. 3(88), Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2004, tab. 3(87).

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto lekarzy w województwie podlaskim w roku 2010 było na poziomie 6018,62 zł (zatem dwukrotnie wyższe od wynagrodzenia przeciętnego ogółem) i w porównaniu do roku 2001 wzrosło niemal trzykrotnie (por. Tab. 42). Przeciętne miesięczne wynagrodzenie fizjoterapeutów i zawodów pokrewnych w roku 2010 wyniosło 2432,75 zł (o 16% poniżej wynagrodzenia przeciętnego ogółem), czyli było ponaddwukrotnie wyższe w porównaniu do roku 2001. Jak podaje Urząd Statystyczny w Białymstoku, lekarze specjaliści w roku 2010 na Podlasiu zarabiali średnio 6188,29 zł brutto. Należy zauważyć, że w porównaniu do zarobków osiąganych w tych samych zawodach w Niemczech, te na Podlasiu, są o wiele niższe (w przypadku lekarzy czy fizjoterapeutów – nawet kilkukrotnie niższe).

Jeśli przyjąć, że w podlaskim udział sektora usług profilaktyczno – rehabilitacyjnych (świadczonych turystom) stanowi ok. 1,2% PKB oraz 2% stopę wzrostu rynku tych usług (podobnie jak w Niemczech), można oszacować wpływ tego sektora, jaki by miał na poziom dochodów ludności w województwie (por. Tab. 43).

Tabela 43.

**Szacowana wielkość wzrostu dochodów ludności w sektorze usług
profilaktyczno – rehabilitacyjnych w województwie podlaskim
w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 2%)**

Rok	Wielkość PKB w mln zł województw o podlaskie	przeciętne wynagrodzenie w zł	wartość rynku usł. profil.-rehab. w PKB (jako 1,2% PKB) w mln zł	wartość rynku usł. profil.-rehab. w PKB (stopa wzrostu 2%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	liczba nowych etatów	wzrost dochodów ludności w zł
2002	19624	1840,21	235,49	235,49	19624,00	0,00	0,00
2003	20186	1933,63	242,23	240,20	20183,97	-20,73	-40075,15
2004	21675	2005,14	260,10	245,00	21659,90	-141,07	-282871,83
2005	22952	2085,12	275,42	249,90	22926,48	-225,94	-471108,70
2006	24405	2186,74	292,86	254,90	24367,04	-319,60	-698878,64
2007	27321	2373,76	327,85	260,00	27253,15	-529,94	-1257941,98
2008	29059	2610,21	348,71	265,20	28975,49	-636,87	-1662363,35
2009	30941	2721,99	371,29	270,50	30840,21	-691,22	-1881490,42
2010	32090	2854,02	385,08	275,91	31980,83	-709,80	-2025787,14
2011	33039	3002,37	396,47	281,43	32923,96	-734,71	-2205858,84

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

Mając dane wielkości PKB w województwie podlaskim w latach 2002 - 2011, obliczono wartości rynku usług profilaktyczno - rehabilitacyjnych (jako 1,2% PKB, kolumna 4) oraz wartości rynku usług profilaktyczno - rehabilitacyjnych z 2% stopą wzrostu rynku tych usług (kolumna 5). Na tej podstawie oszacowano wartości nowego PKB w latach 2002 – 2011 (kolumna6=kolumna2+kolumna5-kolumna4). Następnie mając oszacowane w kolumnie 7 wielkości dodatkowo utworzonych etatów w sektorze usług profilaktyczno - rehabilitacyjnych (por. Tab. 35), obliczono wartości wzrostu dochodów ludności w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011, mnożąc liczbę nowo utworzonych etatów w danym roku przez wielkość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w danym roku w województwie (kolumna8=kolumna3xkolumna7). Okazuje się, że przy powyższych założeniach, w latach 2003 – 2011 nie odnotowano by wzrostu dochodów ludności w podlaskim, gdyż stopa wzrostu usług rynku turystyki uzdrowskiej jest za niska (por. Tab. 43).

Przyjmując założenie o 10% stopie wzrostu rynku usług profilaktyczno - rehabilitacyjnych oraz udziale tego sektora rynku jako 1,2% PKB, w latach 2003 – 2011 w województwie podlaskim dochody ludności w tym sektorze by rosły i w roku 2011 wzrosłyby o 3045003,47 zł w skali miesiąca, zatem o 0,5% (por. Tab. 44). W roku 2003 byłaby to wartość rzędu 331059,68 zł (wzrost o 0,08% w stosunku do realnych dochodów osiągniętych w roku 2011).

Tabela 44.

**Szacowana wielkość wzrostu dochodów ludności w sektorze usług
profilaktyczno - rehabilitacyjnych w województwie podlaskim w latach
2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 10%)**

Rok	Wielkość PKB w mln zł woj. podlaskie	przeciętne wynagrodzenie w zł	wartość rynku usł. profil.-rehab. w PKB (jako 1,2% PKB) w mln zł	wartość rynku usł.profil-rehab.w PKB (stopa wzrostu 10%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	liczba nowych etatów	wzrost dochodów ludności w zł
2002	19624	1840,21	235,49	235,49	19624,00	0,00	0,00
2003	20186	1933,63	242,23	259,04	20202,80	171,21	331059,68
2004	21675	2005,14	260,10	284,94	21699,84	232,10	465395,39
2005	22952	2085,12	275,42	313,43	22990,01	336,49	701626,63
2006	24405	2186,74	292,86	344,78	24456,92	437,11	955852,53
2007	27321	2373,76	327,85	379,26	27372,40	401,46	952969,05
2008	29059	2610,21	348,71	417,18	29127,47	522,19	1363037,22
2009	30941	2721,99	371,29	458,90	31028,61	600,81	1635401,84
2010	32090	2854,02	385,08	504,79	32209,71	778,34	2221394,86
2011	33039	3002,37	396,47	555,27	33197,80	1014,20	3045003,47

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

Gdyby zaś przyjąć, że stopa wzrostu rynku usług profilaktyczno - rehabilitacyjnych była na poziomie 7% oraz udział tego sektora rynku jako 1,2% PKB, omawiany sektor zacząłby generować wielkości dodatnie w ramach dochodów ludności w województwie (por. Tab. 45).

Tabela 45.

**Szacowana wielkość wzrostu dochodów ludności w sektorze usług
profilaktyczno - rehabilitacyjnych w województwie podlaskim
w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 7%)**

Rok	Wielkość PKB w mln zł województw o podlaskie	przeciętne wynagrodzenie w zł	wartość rynku usł. profil-rehab. w PKB (jako 1,2% PKB) w mln zł	wartość rynku usł. profil-rehab. w PKB (stopa wzrostu 7%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	liczba nowych etatów	wzrost dochodów ludności w zł
2002	19624	1840,21	235,49	235,49	19624,00	0,00	0,00
2003	20186	1933,63	242,23	251,97	20195,74	99,24	191884,12
2004	21675	2005,14	260,10	269,61	21684,51	88,86	178177,25
2005	22952	2085,12	275,42	288,48	22965,06	115,61	241051,38
2006	24405	2186,74	292,86	308,68	24420,82	133,17	291198,96
2007	27321	2373,76	327,85	330,28	27323,43	18,99	45088,47
2008	29059	2610,21	348,71	353,40	29063,70	35,81	93478,81
2009	30941	2721,99	371,29	378,14	30947,85	46,98	127876,52
2010	32090	2854,02	385,08	404,61	32109,53	127,00	362450,85
2011	33039	3002,37	396,47	432,94	33075,47	232,90	699257,71

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

Wartość poziomu dochodów ludności na Podlasiu pod wpływem wzrostu stopy rynku omawianego sektora usług w roku 2011 wzrosła o 699257,71 zł.

3.3. Usługi profilaktyczno-rehabilitacyjne a rozwój infrastruktury

Na bazę komunikacyjną danego regionu składa się system połączeń drogowych, lotniczych i wodnych, a także usługi miejscowej bazy komunikacyjnej. Stanowi ona istotną rolę jako element infrastruktury turystycznej, ponieważ ma istotny wpływ na wielkość ruchu turystycznego.

Na stopień dostępności komunikacyjnej terenu wpływa system komunikacji, który składa się z¹¹¹:

- sieci oraz stanu technicznego urządzeń komunikacyjnych (drogi, linie kolejowe, lotniska, porty),
- wyposażenia urządzeń komunikacyjnych w środki transportu (autobusy, pociągi, samoloty, statki),
- organizacji ruchu komunikacyjnego (częstotliwość kursowania środków transportu, system połączeń), stanu zaplecza techniczno – usługowego transportu (warsztaty naprawcze, stacje benzynowe, stacje obsługi).

Istnieje konieczność modernizacji i rozbudowy infrastruktury transportowej, która jest jednym z najważniejszych wyzwań polityki rozwoju w Polsce, jak również dla rozwoju polskich województw. Zapewnienie odpowiedniego poziomu infrastruktury transportowej stanowi istotne znaczenie w kreowaniu wzrostu gospodarczego obszaru poprzez poprawę możliwości dojazdu do pracy z terenów podmiejskich oraz ułatwienie ich dostępności.

Tabela 46.

Infrastruktura transportu w Polsce i Niemczech w latach 2000 - 2010

Linie kolejowe					
Linie kolejowe eksploatowane w 2010 r. w km		Przewozy pasażerów w mld pas.km			
		2000	2005	2010	
Polska	20228	24,1	18,2	17,9	
Niemcy	33708	74,4	72,6	78,6	
Drogi publiczne					
Drogi publiczne w 2009 r. ogółem w tys. km		na 100 km ²	Przewozy pasażerów w mld pas.km		
			2000	2005	2008
Polska	268 ^a	86 ^a	31,7 ^c	29,3 ^c	24,4 ^c
Niemcy	644 ^b	180	.	.	949
Lotniska					
Liczba lotnisk		Przewozy pasażerów w tys.			
		2000	2005	2010	
Polska	11	2880	4637	4990	
Niemcy	502	57963	90789	112399	

a drogi o twardej nawierzchni, *b* 2008 r., *c* Bez przewozów taborem komunikacji miejskiej oraz dokonywanych przez podmioty o liczbie pracujących do 9 osób.

Źródło: Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2012, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012, s. 848 – 853.

¹¹¹ O. Rogalewski, Zagospodarowanie turystyczne, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1979, s.37.

W każdej dziedzinie transportu prezentowanej w Tabeli 46 Polska prezentuje nieporównywalnie słabszą infrastrukturę niż Niemcy. Eksploatowane linie kolejowe w Niemczech są dłuższe o ok. 67% i przewozi się nimi niemal 4,5 – krotnie więcej osób (należy również zwrócić uwagę na fakt, że kolej na zachodzie oferuje usługi na dużo wyższym poziomie niż Polska). Również drogi publiczne w Niemczech są w nieporównywalnie lepszym stanie niż w Polsce. W porównaniu do Niemiec Polska posiada też niewiele lotnisk, których jest zaledwie 11, zaś w Niemczech 502 (liczba lotnisk w Polsce stanowi 2% liczby lotnisk znajdujących się w Niemczech).

Tabela 47.**Długość autostrad w Niemczech i w Polsce w km w latach 2001 - 2010**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Polska	398	405	405	552	552	663	663	765	849	857
Niemcy	11,786	12,037	12,044	12,174	12,363	12,531	12,594	12,645	12,813	12,819

Źródło: Eurostat, data dostępu 28.08.2012 r.

Pomimo wzrostu długości autostrad w km w latach 2001 – 2010 w Polsce, jest ich zdecydowanie mniej niż w Niemczech (w roku 2001 stanowiły one 3% autostrad niemieckich, zaś w roku 2010 – 6%). Obecnie są one około 15 razy krótsze niż w kraju sąsiednim. Procentowy udział autostrad w Polsce w drogach publicznych ogółem, to zaledwie 0,2%, podczas gdy w Niemczech stanowi on około 2% (por. Tab. 47).

Tabela 48.**Drogi o nawierzchni twardej w przekroju wojewódzkim w latach 2007 - 2009**

	Długość dróg o twardej nawierzchni			Relacja drogi o nawierzchni twardej ulepszonej/drogi o nawierzchni twardej		Gęstość dróg o nawierzchni twardej		Gęstość dróg o nawierzchni twardej ulepszonej	
				2009	zmiana 2007-09	2009	zmiana 2007-09	2009	zmiana 2007-09
	Km	zmiana 2007-09	2009						
	Km	km	%	%	pkt proc.	km/100 km kw.	km/100 km kw.	km/100 km kw.	km/100 km kw.
POLSKA	268372,2	12829,7	5,0	91,3	1,6	85,8	4,1	78,4	5,1
Dolnośląskie	18327,7	127,4	0,7	93,5	1,3	91,9	0,7	156,6	6,8
Kujawsko-pomorskie	15140,3	966,1	6,8	88,5	2,0	84,3	5,4	132,8	8,9
Lubelskie	19581,9	1318,5	7,2	95,0	-0,1	78,0	5,3	94,2	10,6
Lubuskie	8174,3	95,2	1,2	88,8	1,7	58,5	0,7	89,8	6,6
Łódzkie	18144,6	1340,5	8,0	90,2	0,0	99,6	7,4	87,5	9,2
Małopolskie	22380,7	307,9	1,4	89,9	4,7	147,8	2,4	85,9	1,8
Mazowieckie	32972,6	2940,3	9,8	94,4	1,8	92,7	8,2	82,0	2,1
Opolskie	8507,2	144,4	1,7	90,7	0,8	90,4	1,5	81,6	5,4
Podkarpackie	14737,6	610,5	4,3	92,4	2,7	82,2	3,0	76,0	5,0
Podlaskie	11848,4	817,4	7,4	86,3	3,2	58,7	4,1	74,6	6,4
Pomorskie	11873,2	291,5	2,5	93,0	0,9	64,9	1,7	74,1	4,9
Śląskie	20974,1	758,2	3,8	91,8	0,4	170,6	6,7	60,4	2,2
Świętokrzyskie	12974,1	784,8	6,4	84,8	4,6	111,0	6,9	53,4	2,8
Warmińsko-mazurskie	12447,3	216,7	1,8	93,6	0,5	51,4	0,8	51,9	1,6
Wielkopolskie	26767,5	1371,2	5,4	90,9	1,4	89,7	4,6	50,7	5,3
Zachodniopomorskie	13520,7	739,1	5,8	90,4	-0,3	59,0	3,2	48,1	1,0

Źródło: Raport Polska 2011. Gospodarka – Społeczeństwo – Regiony... op. cit., s. 79.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego długość dróg publicznych w roku 2009 wyniosła 384,1 tys. km, zaś sieć dróg publicznych o twardej nawierzchni – 268,4 tys. km (por. Tab. 48). Wzrost długości tych dróg odnotowano we wszystkich województwach, a największy w mazowieckim – 9,8% i podlaskim – 7,4%. Udział dróg publicznych o twardej nawierzchni w długości dróg publicznych ogółem stanowił w 2009 roku 69,9% (w roku 2006 – 66,8%), przy wyraźnej poprawie relacji dróg o nawierzchni twardej ulepszonej do dróg o nawierzchni twardej ogółem (w 2009 roku stanowiły one 91,3% - o 1,6 pkt proc. więcej niż w roku 2006). Relacja drogi o nawierzchni twardej ulepszonej do drogi o nawierzchni twardej ogółem w województwie podlaskim stanowiła 86,3%, podczas gdy średnia krajowa – 91,3%. Należy tu jednak zauważyć wzrost udziału tych dróg, który w latach 2007 – 2009 zwiększył się o 3,2 pkt proc. Wyższą zmianę odnotowano w województwie mazowieckim – 4,7 pkt proc. oraz świętokrzyskim – 4,6 pkt proc.

Pomimo opisanych powyżej pozytywnych zmian w zakresie infrastruktury drogowej, zdaniem Generalnej Dyrekcji Dróg Krajowych i Autostrad w 2009 r. ponad 40% dróg krajowych wymagało przeprowadzenia w najbliższych latach remontu, podczas gdy do natychmiastowego remontu kwalifikowało się blisko 19% tych dróg (przy czym w województwach małopolskim i kujawsko-pomorskim wielkość ta sięgała 26-27%)¹¹². Należy także zwrócić uwagę na kwestię dostosowania nawierzchni sieci dróg krajowych do przenoszenia nacisków 11,5 ton/oś, które stanowi minimalną normę w przypadku sieci głównych dróg w krajach UE, a w Polsce obejmowały w 2008 r. zaledwie ¼ nawierzchni dróg krajowych. Większość dróg w naszym kraju jest bowiem przystosowana do ruchu o nacisku 8 - 10 ton/oś, a trzeba pamiętać, że z końcem 2010 r. upływał uzyskany przez Polskę okres przejściowy w zakresie udostępnienia sieci drogowej dla samochodów o nacisku powyżej 11,5 tony na oś¹¹³.

W 2009 r. gęstość dróg o nawierzchni twardej wynosiła w Polsce 85,8 km na 100 km kw., o 4,1 km więcej niż w 2006 r., przy czym najwyższą odnotowano w województwach: śląskim (170,6 km/100 km²) i małopolskim (147,8 km/100 km²) a najmniejsza w warmińsko-mazurskim (51,4 km/100 km²), lubuskim (58,5 km/100 km²) oraz podlaskim (58,7 km/100 km²). Podobnie kształtowało się regionalne zróżnicowanie nasycenia siecią dróg o nawierzchni twardej ulepszonej, którego średnia wartość krajowa w 2009 r. wynosiła 78,4 km na 100 km km², województwo podlaskie pod tym względem zajmowało dziesiątą odległą pozycję.

Polska zajmowała jedno z ostatnich miejsc w Europie pod względem długości sieci autostrad i dróg ekspresowych, przy czym niedostateczna długość tego typu dróg była znaczącym mankamentem polskiej sieci drogowej i wpływała ujemnie na dostępność komunikacyjną terytorium kraju i jego poszczególnych obszarów; nie zapewniała sprawności ruchu na żadnej z międzynarodowych tras tranzytowych. Jest to tym bardziej istotne, że 13 międzynarodowych ciągów drogowych o łącznej długości 5,5 tys. km włącza nasz kraj w sieć najważniejszych połączeń transeuropejskich i w większości stanowi składnik paneuropejskich korytarzy transportowych (sieć TEN-T). Niedostatki infrastruktury transportowej ograniczały konkurencyjność gospodarki i możliwości jej rozwoju. Oddziaływało to również

¹¹² Raport o stanie technicznym nawierzchni asfaltowych i betonowych sieci dróg krajowych na koniec 2009 r., Generalna Dyrekcja Dróg Krajowych i Autostrad, Warszawa 2010.

¹¹³ Raport Polska 2011. Gospodarka – Społeczeństwo – Regiony... op. cit., s. 78.

negatywnie – w połączeniu z wciąż niską kulturą jazdy oraz zróżnicowanym stanem technicznym pojazdów - na bezpieczeństwo transportu drogowego¹¹⁴.

Drogi krajowe stanowią prawie 5% wszystkich dróg publicznych, przy czym przenoszą ponad 60% ruchu. Najwyższą klasą dróg krajowych są autostrady i drogi ekspresowe. Ich docelowy przebieg ustalony został w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 15 maja 2004 r. w sprawie sieci autostrad i dróg ekspresowych (Dz. U. Nr 128, poz. 1334 z późn. zm.). Drogowa Transeuropejska Sieć Transportowa TEN-T obejmuje w Polsce 4 816 km dróg. Są to główne szlaki drogowe w kraju, na których występuje największe obciążenie ruchem tranzytowym¹¹⁵.

Przez Polskę przebiegają trzy główne autostrady:

- autostrada A1 łącząca Gdańsk z Łodzią i aglomeracją śląską (łączna długość 582 km) w transeuropejskim korytarzu transportowym nr VI;
- autostrada A2 łącząca Poznań z Łodzią i Warszawą (łączna długość 651 km) w transeuropejskim korytarzu nr II;
- autostrada A4 łącząca Wrocław z Katowicami, Krakowem i Rzeszowem (łączna długość 670 km) w transeuropejskim korytarzu nr III.

Sieć podstawowych autostrad uzupełniają:

- autostrada A6 o łącznej długości 29 km,
- autostrada A8 o łącznej długości 27 km,
- autostrada A18 o łącznej długości 75 km.

Województwo podlaskie fatalnie wypada w rankingu województw, jeśli chodzi o długość autostrad i dróg ekspresowych, których na Podlasiu zupełnie nie ma. Bardzo utrudnia to podróż turystom i znacznie ją wydłuża. Podlasie nie posiada również lotniska, co również bardzo często powoduje rezygnację turystów z wczasów (również zdrowotnych) w pn. – wsch. części Polski, zwłaszcza turystów zagranicznych.

Gdyby założyć, że w województwie podlaskim udział rynku usług profilaktyczno - rehabilitacyjnych (świadczonych turystom) w PKB był na poziomie 1,2% oraz stopa wzrostu rynku tego sektora była na poziomie 2% (podobnie jak w Niemczech), można oszacować wpływ tego sektora, jaki by miał na samorządowe majątkowe wydatki inwestycyjne w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011.

Zgodnie z ekspertyzą Instytutu Badań Strukturalnych przyjmuje się, że średnia dynamika wzrostu PKB dla województwa podlaskiego w latach 2010 – 2013 będzie wynosić 103,4%.

Korzysta się ze wzorów:

$$r_{xy} = \frac{COV(X,Y)}{S_x S_y},$$

gdzie $COV(X,Y)$ - kowariancja pomiędzy cechami X i Y

S_x, S_y - odchylenie standardowe cechy X, odchylenie standardowe cechy Y

r_{xy} - współczynnik korelacji (Pearsona)

$$COV(X,Y) = \frac{1}{N} \sum (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})$$

¹¹⁴ Raport Polska 2011. Gospodarka – Społeczeństwo – Regiony... op. cit., s. 78.

¹¹⁵ Program budowy dróg krajowych na lata 2011 – 2015, Ministerstwo Infrastruktury, styczeń 2011, s. 7.

Mając dane wielkości PKB i samorządowych wydatków inwestycyjnych w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011, oblicza się współczynnik korelacji Pearsona pomiędzy wielkością PKB a wielkością samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych. Jego wartość wyniosła 0,81, co oznacza, że w badanych latach wystąpiła znacząca dodatnia zależność liniowa między wielkością PKB w województwie podlaskim (cecha X) a samorządowymi majątkowymi wydatkami inwestycyjnymi w województwie (cecha Y). Wraz ze wzrostem wielkości PKB, rosły średnie wartości samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych.

Posiadając informacje na temat wielkości PKB w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011, obliczono wartości rynku usług profilaktyczno - rehabilitacyjnych (jako 1,2% PKB, kolumna 4) oraz wartości rynku usług profilaktyczno - rehabilitacyjnych z 2% stopą wzrostu rynku tych usług (kolumna 5). Na tej podstawie oszacowano wartości nowego PKB w województwie w latach 2002 - 2011 (kolumna6=kolumna2+kolumna5-kolumna4). Następnie obliczono procentowy udział samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych w PKB w województwie, którego wartości podane są w kolumnie 7 (kolumna3/kolumna2). Mnożąc wartości wskaźnika (kolumna 7) przez wartości nowego PKB, w kolumnie 8 oszacowano nowe samorządowe majątkowe wydatki inwestycyjne w latach 2002 - 2011 (por. Tab. 49). W kolumnie 9 oszacowano zaś wzrost wielkości samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych w latach 2002 – 2011 (kolumna8 – kolumna3). Okazuje się, że przy powyższych założeniach, w latach 2003 - 2011 nie odnotowałoby wzrostu samorządowych wydatków inwestycyjnych (stopa wzrostu rynku jest zbyt niska).

Tabela 49.

Szacowany wzrost samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku usług profilaktyczno - rehabilitacyjnych 2%)

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwo podlaskie	wydatki majątkowe inwestycyjne w zł	wartość rynku usług profil.- rehab. w PKB (jako 1,2% PKB) w mln zł	wartość rynku usług profil.- rehab. w PKB (stopa wzrostu 2%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	udział samorz. maj. wyd. inwest. w PKB	nowe samorz. maj. wydatki inwest. w zł	wzrost wielkości samorz. maj. wyd. inwest w zł.
2002	19624	36932681	235,49	235,49	19624,00	0,188%	36932681,00	0,00
2003	20186	30313328	242,23	240,20	20183,97	0,150%	30310273,18	-3054,82
2004	21675	41080287	260,10	245,00	21659,90	0,190%	41051671,46	-28615,54
2005	22952	41938626	275,42	249,90	22926,48	0,183%	41891990,93	-46635,07
2006	24405	117257329,3	292,86	254,90	24367,04	0,480%	117074944,00	-182385,31
2007	27321	106216544,4	327,85	260,00	27253,15	0,389%	105952745,87	-263798,57
2008	29059	103897440,6	348,71	265,20	28975,49	0,358%	103598858,27	-298582,29
2009	30941	339026568,6	371,29	270,50	30840,21	1,096%	337922189,51	-1104379,07
2010	32090	154441153,7	385,08	275,91	31980,83	0,481%	153915754,05	-525399,64
2011	33039	237107049,4	396,47	281,43	32923,96	0,718%	236281469,62	-825579,79

Zródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

Gdyby zaś założyć, że w województwie podlaskim udział sektora usług profilaktyczno – rehabilitacyjnych w PKB był na poziomie 1,2% oraz przyjąć, że stopa wzrostu rynku tego sektora była na poziomie 10%, można podobnie oszacować wpływ rynku tego sektora na poziom samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych w województwie w latach 2002 – 2011 (por. Tab. 50). Okazuje się, że przy powyższych założeniach, w roku 2003 samorządowe majątkowe wydatki inwestycyjne wzrosłyby o 25235,78 zł (czyli o 0,08% w stosunku do realnych wydatków w roku 2003), zaś w roku 2011 – już ich wartość wzrosłaby już o 1139643,78 zł (o 0,5%).

Tabela 50.

**Szacowany wzrost samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych
w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011
(stopa wzrostu rynku usług profilaktyczno - rehabilitacyjnych 10%)**

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwo podlaskie	wydatki majątkowe inwestycyjne w zł	wartość rynku usł.profil-rehab. w PKB (jako 1,2% PKB) w mln zł	wartość rynku usł.profil-rehab w PKB (stopa wzrostu 10%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	udział samorz. maj. wyd. inwest. w PKB	nowe samorz. maj. wydatki inwest. w zł	wzrost wielkości samorz. maj. wyd. inwest. w zł
2002	19624	36932681	235,49	235,49	19624,00	0,188%	36932681,00	0,00
2003	20186	30313328	242,23	259,04	20202,80	0,150%	30338563,78	25235,78
2004	21675	41080287	260,10	284,94	21699,84	0,190%	41127366,77	47079,77
2005	22952	41938626	275,42	313,43	22990,01	0,183%	42008080,05	69454,05
2006	24405	117257329,3	292,86	344,78	24456,92	0,480%	117506776,71	249447,40
2007	27321	106216544,4	327,85	379,26	27372,40	0,389%	106416388,21	199843,77
2008	29059	103897440,6	348,71	417,18	29127,47	0,358%	104142259,95	244819,39
2009	30941	339026568,6	371,29	458,90	31028,61	1,096%	339986500,95	959932,37
2010	32090	154441153,7	385,08	504,79	32209,71	0,481%	155017285,33	576131,64
2011	33039	237107049,4	396,47	555,27	33197,80	0,718%	238246693,19	1139643,78

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

Aby gospodarka mogła zacząć generować wzrost wielkości samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych, potrzebna jest 7% stopa wzrostu rynku usług w tym sektorze (por. Tab. 51). Jeśli założyć, że stopa wzrostu rynku usług profilaktyczno – rehabilitacyjnych w latach 2002 – 2011 była w województwie podlaskim na poziomie 7%, zaś udział tego sektora w rynku pozostał na poziomie 1,2%, omawiany sektor zacząłby generować dodatnie wielkości w ramach samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych w województwie podlaskim.

Tabela 51.

**Szacowany wzrost samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych
w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011
(stopa wzrostu rynku usług profilaktyczno - rehabilitacyjnych 7%)**

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwa podlaskiego	wydatki majątkowe inwestycyjne w zł	wartość rynku usług profilaktyczno-rehab. w PKB (jako 1,2% PKB) w mln zł	wartość rynku usług profilaktyczno-rehab. w PKB (stopa wzrostu 7%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	udział samorz. maj. wyd. inwest. w PKB	nowe samorz. maj. wydatki inwest. w zł	wzrost wielkości samorz. maj. wyd. inwest. w zł
2002	19624	36932681	235,49	235,49	19624,00	0,188%	36932681,00	0,00
2003	20186	30313328	242,23	251,97	20195,74	0,150%	30327954,80	14626,80
2004	21675	41080287	260,10	269,61	21684,51	0,190%	41098311,55	18024,55
2005	22952	41938626	275,42	288,48	22965,06	0,183%	41962487,69	23861,69
2006	24405	117257329,3	292,86	308,68	24420,82	0,480%	117333323,07	75993,76
2007	27321	106216544,4	327,85	330,28	27323,43	0,389%	106225999,78	9455,34
2008	29059	103897440,6	348,71	353,40	29063,70	0,358%	103914230,58	16790,02
2009	30941	339026568,6	371,29	378,14	30947,85	1,096%	339101628,31	75059,73
2010	32090	154441153,7	385,08	404,61	32109,53	0,481%	154535157,42	94003,73
2011	33039	237107049,4	396,47	432,94	33075,47	0,718%	237368758,37	261708,96

Zródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

W województwie podlaskim istnieje niewiele ośrodków, w których dostarcza się usługi profilaktyczno – rehabilitacyjne świadczone turystom. Największym z nich jest Sanatorium Uzdrowskie „Budowlani”, które istnieje od 1976 roku i jak dotąd było jedynym Sanatorium znajdującym się na terenie całego województwa podlaskiego. Położone w odległości trzech kilometrów od centrum miasta, gdzie dojazd bezpośredni zapewnia komunikacja miejska (przystanek w odległości 200 metrów). Czterokondygnacyjny budynek znajduje się nad brzegiem jeziora Necko, w lesie sosnowym bogatym w olejki eteryczne i fitocydy. Sanatorium przystosowane jest do przyjmowania osób niepełnosprawnych – posiada podjazdy i windę. Oferta sanatorium, to: pobyty uzdrowskowo – wypoczynkowe, turnusy rehabilitacyjne, noclegi oraz zabiegi przyrodolecznicze, z zakresu światłolecznictwa, hydroterapii, laseroterapii, magnetoterapii, kinezyterapii, a także zabiegów inhalacyjnych i masaży klasycznych. Specjalnością sanatorium są okłady borowinowe.

Sanatorium Uzdrowskie „Budowlani” specjalizuje się:

- w leczeniu chorób ortopedyczno – urazowych;
- w leczeniu chorób reumatologicznych;
- w leczeniu chorób naczyń obwodowych;
- w leczeniu osteoporozy;
- w leczeniu nerwic;
- w leczeniu podnoszenia odporności ogólnej.

Do personelu zajmującego się leczeniem pacjentów należą: lekarze: neurologi, interniści, reumatolog, specjaliści rehabilitacji medycznej, ortopeda, a także magistrowie rehabilitacji, magister psychologii, fizjoterapeuci, masażyści, dietetyk. W ofercie sanatorium znajdują się pobyty uzdrowiskowo – wypoczynkowe oraz zabiegi przyrodolecznicze. Usługi sanatoryjne skierowane są do osób komercyjnych korzystających z pobytów pełnopłatnych oraz dla kuracjuszy korzystających ze świadczeń ZUS, NFZ.

Sanatorium Uzdrowiskowe „Budowlani” dysponuje 186 miejscami noclegowymi. Jest wyposażone w pokoje:

- 3 – osobowe – 57 pokoi;
- 2 – osobowe – 3 pokoje;
- 1 – osobowe – 3 pokoje;
- 3 – osobowe pokoje przystosowane dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich – 2 pokoje.

Mimo bogatej oferty z zakresu fizykoterapii i kinezyterapii, Sanatorium nastawione jest jednak najbardziej na turnusy rehabilitacyjne. Strona internetowa jest w języku polskim, niemieckim oraz angielskim. Mimo tego, brak jest ciekawej oferty dla osób przyjeżdżających wyłącznie w celach wypoczynkowych, czyli oferty turystycznej, głównie SPA (stąd też niewiele osób przyjeżdża w tych celach do Sanatorium, szczególnie mało jest obcokrajowców). Taką posiada na przykład Sanatorium Bałtyk znajdujące się w Kołobrzegu, które spełnia funkcję głównie turystyczną.

Ośrodek rehabilitacyjno-wypoczynkowy *Maniówka* położony jest na Suwalszczyźnie w Nowej Wsi, 9 km od Suwałk w pobliżu Wigierskiego Parku Narodowego. Ośrodek powstał w 2001 r. i przez cały rok organizuje wypoczynek w formie turnusów rehabilitacyjnych (42 miejsca), pobyty rehabilitacyjno-wypoczynkowe i rekreacyjne z programem dla grup i osób indywidualnych, oraz noclegi. Do dyspozycji posiada 13 pokoi 2,3,4 osobowych z łazienkami, salę konferencyjną na 30 miejsc, dostęp do Internetu, salę telewizyjną, plac zabaw dla dzieci, tereny rekreacyjne, parking, kort tenisowy, bilard, wypożyczenie roweru. Ośrodek oferuje organizowanie wycieczek, ogniska i biesiady z akordeonem, dyskoteki, warsztaty pieczenia chleba i sękacza, przejażdżki bryczkami i kuligi zimą, wycieczki rowerowe i rajdy piesze. Przystosowany jest do pobytów osób niepełnosprawnych: winda, klimatyzowane gabinety do fizykoterapii, kinezyterapii, trójkołowe rowery dla osób niepełnosprawnych, zniesione bariery architektoniczne.

Ośrodek Rehabilitacyjno – Wypoczynkowy Sosenka znajduje się na skraju Parku Krajobrazowego Puszczy Knyszyńskiej - 200 km od Warszawy i 6 km od Białegostoku. Oferuje 30 miejsc noclegowych (pokoje 1, 2, 3 osobowe, parter dostosowany do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych), Park Zdrowia, 5 zabiegów dziennie podczas turnusu, Internet bezprzewodowy, biblioteczkę z przewodnikami i mapami i informatorami turystycznymi. Ośrodek specjalizuje się w leczeniu poszczególnych chorób oraz organizuje turnusy usprawniająco-rekreacyjny oraz rekreacyjno sportowy i sportowy (Nordic Walking). Na miejscu uzyskać można konsultację: lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej, farmaceutyczną. Indywidualnie opracowane programy zdrowotne oferują szeroką gamę zabiegów leczniczych i relaksacyjnych dostępnych w ramach pobytów stacjonarnych, a także rehabilitację dzienną, ambulatoryjną. W skład kompleksu zabiegowo-relaksacyjnego wchodzi sala treningowa oraz gabinety: fizykoterapii, hydroterapii, kinezyterapii,

masażu, muzykoterapii. Park zdrowia ma powierzchnię 1 hektara, i wyposażony jest w ścieżki zdrowia, boiska do gier, trasy spacerowe, rowerowe, jazdy konnej i narciarstwa biegowego. Dodatkowo do dyspozycji gości pozostają rowery turystyczne, narty biegowe, krykiet, badminton, ping-pong, piłki, sprzęt do Nordic Walking.

Ośrodek Wypoczynkowo-Rehabilitacyjny PKPS "Pensjonat Ptaki" w Balikach, położony w Puszczy Kurpiowskiej nad rzeką Pisą posiada 22 miejsca noclegowe w pokojach 2 i 3 osobowych z łazienką (przystosowane dla osób niepełnosprawnych), stołówkę, ośrodek rehabilitacji leczniczej, basen z masażem wodnym, salonik z kominkiem i bilardem, saunę, altanę z grillem, plac zabaw dla dzieci, boisko do bo cci, sprzęt sportowo-rekreacyjny. Oferta dotyczy turnusów rehabilitacyjnych, jak również wczasów i bankietów okolicznościowych.

Sanatorium otwarte w roku 2012 „Pałac na wodzie” o powierzchni ponad 1,8 tys. m², łączy funkcję medyczną i turystyczną. W wyniku realizacji inwestycji utworzono 41 miejsc noclegowych, zatrudniono 8 osób, zaś obiekt ma na celu zapewnianie poszerzonego zakresu usług w ciągu całego roku, m. in. zabiegi rehabilitacyjne, usługi dentystyczne, noclegowe, gastronomiczne o podwyższonym standardzie. Połączenie bazy zabiegowej z nowoczesną bazą noclegową i gastronomiczną ma za zadanie wypracowanie konkurencyjnej marki wśród dotąd prosperujących ośrodków sanatoryjnych.

Istnieje konieczność rozbudowy i modernizacji infrastruktury transportowej na Podlasiu, gdyż obecny jej poziom hamuje rozwój turystyki zdrowotnej w województwie. Zapewnienie odpowiedniego jej poziomu da możliwość rozwoju sektora usług profilaktyczno – rehabilitacyjnych świadczonych turystom. Porównując infrastrukturę transportową Polski i Niemiec okazuje się, że w każdej dziedzinie transportu Polska prezentuje nieporównywalnie słabszy poziom. Należy tu zauważyć fakt braku lotniska i autostrad, a to głównie zniechęca turystów zagranicznych do przyjazdów.

ROZDZIAŁ 4

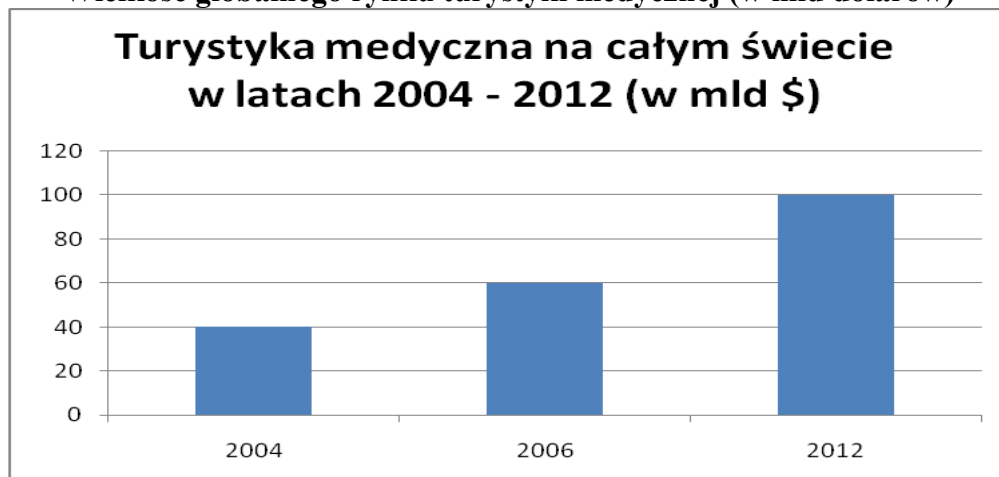
USŁUGI MEDYCZNE A ROZWÓJ GOSPODARKI WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO

4.1. Usługi medyczne a zatrudnienie

Według NCPA Policy Report No. 3042 z roku 2007 wpływy z turystyki medycznej na świecie w roku 2004 wyniosły 40 mld dol. USA (por. Wykres 11). W roku 2006 wartość ta osiągnęła 60 mld dol. USA, zaś do roku 2012 oszacowano je na kwotę 100 mld dol. USA. Jeśli zatem założyć w latach 2006 – 2012 w pływ z turystyki medycznej wzrosną o 40 mld dol. USA, to średni roczny globalny wzrost dochodów z tej branży wynosi 9,5%.

Wykres 11.

Wielkość globalnego rynku turystyki medycznej (w mld dolarów)



Zródło: Medical Tourism: Global Competition in Health Care, NCPA Policy Report No. 304, November 2007.

Turystyka zdrowotna stała się głównym motorem wzrostu światowego eksportu usług¹¹⁶.

Ludzie z wielu krajów rozwiniętych, w tym USA oraz krajów europejskich zauważyli korzyści z podróżowania do rozwijających się krajów trzeciego świata, takich jak Indie, Tajlandia, czy Filipiny w celach łączenia zabiegów medycznych z wypoczynkiem. Trend ten obecnie znany jest jako turystyka medyczna¹¹⁷. Jak długo w krajach rozwiniętych nie będzie dostępu do niedrogiej opieki zdrowotnej, tak

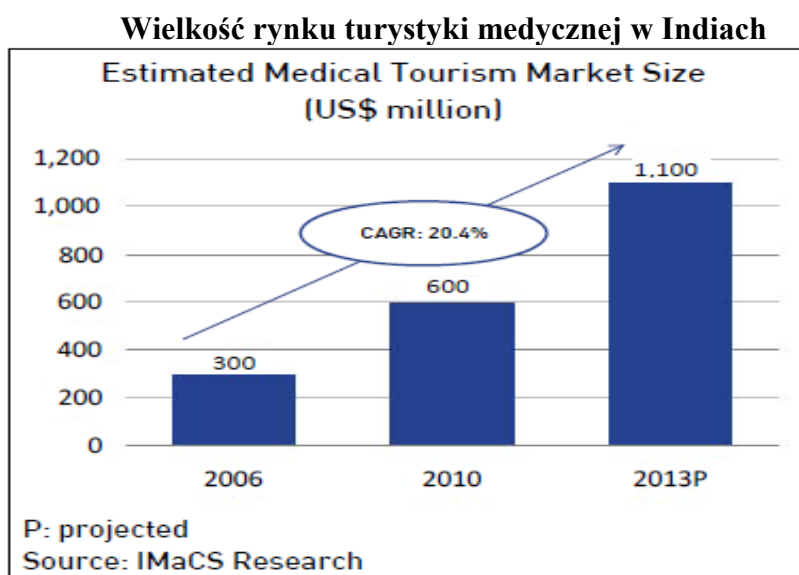
¹¹⁶ M. Piazzolo, N. A. Zanca, The Economics of Medical Tourism A Case Study for the USA and India, MEB 2010 - International Conference on Management, Enterprise and Benchmarking, Budapest 2010, s. 124.

¹¹⁷ Jaspreet Kaur, Hari Sundar. G, Deepti Vaidya, Sheela Bhargava, Health Tourism in India Growth and Opportunities, Conference Proceedings International Conference on Marketing and Society, Indian Institute of Management Kozhikode, 10 April 2007, s. 145.

długo turystyka zdrowotna będzie odnotowywała wzrost¹¹⁸. Liczba turystów medycznych do krajów azjatyckich rośnie 20 – 30% rocznie, a główne kraje uczestniczące w tej branży to: Indie, Singapur, Tajlandia i Malezja¹¹⁹.

Pod względem liczby turystów medycznych bardzo ważną rolę na świecie odgrywają Indie. Wielkość rynku turystyki medycznej w Indiach wzrasta z roku na rok w tempie 20,4% (stopa wzrostu). W roku 2006 wartość rynku turystyki medycznej szacowano na 300 mln dol. USA, w roku 2010 – 600 mln dol. USA, zaś w roku 2013 ma przekroczyć 1 mld dol. USA (por. Wykres 12).

Wykres 12.



Źródło: Health Tourism: Destination India, India Brand Equity Foundation, 2010, s. 6.

Indyjski przemysł turystyczny przeżywa silny okres wzrostu, napędzany przez rosnącą klasę średnią, wzrost wydatków turystów zagranicznych w Indiach i skoordynowanych kampanii rządowych wspierających program „Incredible India”. Turystyka medyczna postrzegana jest jako jeden z najlepszych segmentów wzrostu Indii. Oczekuje się stworzenia możliwości zatrudnienia dla 9 mln osób do 2012 roku. Indie oferują udogodnienia wizowe zagranicznym pacjentom oraz wysokiej jakości infrastrukturę medyczną w dużych miastach. Udział prywatnych wydatków na opiekę zdrowotną jako procent całkowitych wydatków wzrósł z 60% do 80% w ciągu ostatniego dziesięciolecia. Zakładając roczną stopę wzrostu na poziomie 30% udział Indii w rynku turystyki medycznej zbliży się do poziomu Singapuru i Tajlandii, które obecnie przyciągają miliony turystów medycznych. W roku 2004 około 150 000 cudzoziemców odwiedziło Indie w celu leczenia i wielkość ta wzrasta w tempie 15% rocznie¹²⁰.

¹¹⁸ M. Khan, Medical Tourism: Outsourcing of Healthcare, International CHRIE Conference-Refereed Track, University of Massachusetts – Amherst, ScholarWorks@UMass Amherst, July 2010, s. 1.

¹¹⁹ S. Reddy, I. Quadeer, Medical Tourism in India: Progress or Predicament?, “Economic & Political Weekly”, May 15, 2010 vol xlv no 20, Mumbai 2010, s. 70.

¹²⁰ Sanjay R. Ajmeri, Medical tourism... op. cit., s. 12 – 13.

Indyjskie zakłady opieki zdrowotnej są w stanie zaoferować wysokiej jakości usługi medyczne za jedną dziesiątą kosztów w porównaniu do wielu krajów na Zachodzie¹²¹.

Sektor podróży i turystyki w Indiach kreuje więcej miejsc pracy niż jakikolwiek inny sektor gospodarki. Indie oferują wysokiej jakości opiekę zdrowotną, niskie (nawet wielkości 10% kosztów na zachodzie) koszty operacji/zabiegów, światowej klasy szpitale, wysoką technologię i infrastrukturę na poziomie USA, Wielkiej Brytanii i Europy, brak barier językowych.

System edukacji Indii szacuje, że rocznie generować będzie 20 000 – 30 000 lekarzy i pielęgniarek. Największym z koncernów medycznych w Indiach jest Apollo Hospital Enterprises, które posiada 37 szpitali i około 7 tys. łóżek. Turystyka medyczna pomoże stworzyć ok. 40 mln miejsc pracy w ciągu najbliższych kilku lat¹²².

Do powodów wzrostu rynku indyjskiej turystyki medycznej należy zaliczyć wzrost klasy średniej, wzrost gospodarstw domowych o średnich i wysokich dochodach, wzrost średnich dochodów, urbanizację i rozprzestrzenianie dobrobytu gospodarczego w małych i dużych miastach, programy gwarancji zatrudnienia dla ludności wiejskiej, dobrą infrastrukturę telekomunikacyjną i poprawę infrastruktury, np. dróg i energii elektrycznej, duży popyt na wysokiej jakości opiekę medyczną i korzystanie z technologii, która jest na równi z międzynarodowymi standardami, dojrzały przemysł farmaceutyczny, produkujący leki w znacznie niższych cenach niż zachodnie odpowiedniki¹²³.

Ludzie podróżują do Indii i korzystają tam ze świadczeń zdrowotnych ze zróżnicowanych powodów. Turyści zdrowotni z USA mają możliwość uzyskania niższych kosztów leczenia, z Europy bardzo często przyjeżdżają również ze względu na złożone procedury korzystania z usług opieki zdrowotnej w swoim kraju. Niektórzy turyści z Azji Zachodniej i Afryki podróżują do Indii ze względu na przystępność leczenia i jakość świadczonych usług. Część turystów z różnych części świata kieruje się tam dla tradycyjnych usług zdrowotnych, takich jak Ajurweda i joga¹²⁴.

Oprócz leczenia, Indie oferują dodatkowe atrakcje, zwłaszcza dla osób podróżujących dla chirurgii plastycznej i procedur mniej skomplikowanych¹²⁵.

Indie stały się jednym z ulubionych miejsc wielu podróżnych ze względu na ich różne cechy kulturowe, duchowe i lecznicze. Masowy napływ z turystów medycznych jest dodatkowo wspomagany przez głębokie zaangażowanie Indii w

¹²¹ Venkata Krishna Prasad, Medical Tourism Industry - Advantage India, Conference on Global Competition & Competitiveness of Indian Corporate, Indian Institute of Management Kozhikode, May 2007, s. 260.

¹²² Indian Medical/Health Tourism Service Sector Network Report, Sector Overview and SWOT Analysis, SINET, s. 6 – 7, sinetinfo.com, data dostępu 13.08.2012

¹²³ Health Tourism: Destination India, India Brand Equity Foundation, 2010, s. 6 – 7.

¹²⁴ Vinayshil Guatam, Healthcare Tourism Opportunities for India, Export – Import Bank of India, Mumbai 2008, s. 16.

¹²⁵ Kalyan Chakravarthy K, CH. Ravi Kumar, Deepthi K, Swot Analysis: Medical Tourism, Conference on Tourism In India – Challenges Ahead, IIMK, May 2008, s. 358.

technologię, infrastrukturę ochrony zdrowia, kwalifikacje zawodowe siły roboczej, bogatą kulturę i historyczne zabytki¹²⁶.

Przyjmując stopę wzrostu rynku turystyki medycznej w Indiach 20,4%, znając szacunkowe wielkości rynku turystyki medycznej w poszczególnych latach oraz znając poziom PKB Indii, można obliczyć udział tego sektora turystyki w PKB (por. Tab. 52).

Tabela 52.

Udział sektora turystyki medycznej Indii w PKB w latach 2006 - 2013

Rok	PKB w mld dol. USA	Turystyka medyczna jako % PKB
2006	908,570	0,03
2007	1152,576	0,031
2008	1242,523	0,034
2009	1266,249	0,04
2010	1630,472	0,037
2011	1826,811	0,038
2012	1946,765	0,044
2013	2117,279	0,05

Źródło: Obliczenia własne na podstawie International Monetary Fund, World Economic Outlook Database, October 2012, www.imf.org, data dostępu 10.10.2013 r.

Szacuje się, że w latach 2006 – 2013 udział rynku turystyki medycznej w PKB Indii wzrastał i oscylował wokół 0,03 – 0,05% wartości PKB.

Polskie Stowarzyszenie Turystyki Medycznej oszacowało wydatki zagranicznych pacjentów w Polsce w roku 2011 na ok. 800 mln zł, co stanowi 90% wydatków w roku 2010 (kliniki zarabiające na cudzoziemcach odczuły bowiem niedawny kryzys). W roku 2010 do Polski na leczenie przyjechało 250 tys. obcokrajowców, zaś w 2009 roku 330 tys. (wydatki w roku 2009 szacowano na 1 mld zł). Obcokrajowców przyciągają do polskich gabinetów niskie ceny połączone z wysoką jakością usług. Zabiegi z zakresu stomatologii czy chirurgii plastycznej są nieraz o połowę tańsze niż w Wielkiej Brytanii czy Niemczech. Głównie w tych dwóch specjalnościach należy liczyć na wzrost pacjentów. Frekwencja ma wzrosnąć o 10 – 15%. Resort gospodarki w roku 2010 uznał turystykę medyczną za jedną z piętnastu polskich specjalności eksportowych¹²⁷. Wedle powyższych informacji szacuje się, że w Polsce udział sektora turystyki medycznej w PKB w latach 2009 – 2011 przyjmował wartości: 0,05% - 0,07%.

Trudno jest jednak porównywać gospodarkę Indii i Polski, bowiem według Rocznika Statystycznego Rzeczypospolitej Polskiej 2012, PKB per capita Indii w roku 2011 było na poziomie 1406 dol. USA, zaś Polski 13344 dol. USA (zatem w Polsce było ponad dziewięć razy wyższe). Mimo, że udział sektora turystyki medycznej w PKB Indii nie jest znaczący, pod względem tempa rozwoju tego sektora gospodarki, należą one do grupy krajów wiodących na świecie.

Nie istnieją dane statystyczne dotyczące wielkości rynku turystyki medycznej w województwie podlaskim. Jeśli jednak przyjąć, że w podlaskim udział sektora turystyki medycznej stanowił 0,07% PKB (podobnie jak szacowany w kraju) oraz optymistyczną 30% stopę wzrostu rynku tych usług (podobnie jak w Indiach) można

¹²⁶ Indu Grewal, J.K. Das, Deoki Nandan, J. Kishore, Promotion of Medical Tourism in Tertiary Care Hospitals of Delhi: Opinion of Medical Administrators and Managers, Health and Population: Perspectives and Issues, Vol. 32 (3), 159-165, 2009, s. 160.

¹²⁷ A. Woźniak, Polskie kliniki przyciągną więcej cudzoziemców, „Rzeczpospolita”, 12.01.2011.

oszacować wpływ rynku turystyki medycznej, jaki by miała na poziom zatrudnienia w województwie w latach 2002 – 2011.

Zgodnie z ekspertyzą Instytutu Badań Strukturalnych przyjmuje się, że średnia dynamika wzrostu PKB dla województwa podlaskiego w latach 2010 – 2013 będzie wynosić 103,4%.

Korzysta się ze wzorów:

$$r_{xy} = \frac{COV(X,Y)}{S_x S_y},$$

gdzie $COV(X,Y)$ - kowariancja pomiędzy cechami X i Y

S_x, S_y - odchylenie standardowe cechy X, odchylenie standardowe cechy Y

r_{xy} - współczynnik korelacji (Pearsona)

$$COV(X,Y) = \frac{1}{N} \sum (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})$$

Mając dane wielkości PKB i przeciętnego zatrudnienia w województwie podlaskim w latach 2002 - 2011, oblicza się współczynnik korelacji Pearsona pomiędzy wielkością PKB a wielkością przeciętnego zatrudnienia.¹²⁸ Jego wartość wynosi 0,64, co oznacza, że w badanych latach wystąpiła umiarkowana dodatnia zależność liniowa wielkością PKB w województwie podlaskim (cecha X) a przeciętnym zatrudnieniem w województwie (cecha Y). Wraz ze wzrostem wielkości PKB, rosły średnie wartości przeciętnego zatrudnienia.

Tabela 53.

Szacowana liczba nowych etatów w sektorze turystyki medycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 30%)

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwo podlaskie	przeciętne zatrudnienie w podlaskim	wartość rynku turystyki med. w PKB (jako 0,07% PKB) w mln zł	wartość rynku tur. med. w PKB (stopa wzrostu 30%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	wskaźnik = liczba etatów przypadających na 1 mln PKB	nowe przeciętne zatrudnienie	liczba nowych etatów
2002	19624	205072	13,74	13,74	19624,00	10,45	205072,00	0,00
2003	20186	205660	14,13	17,86	20189,73	10,19	205697,98	37,98
2004	21675	202524	15,17	23,22	21683,04	9,34	202599,15	75,15
2005	22952	203185	16,07	30,18	22966,11	8,85	203309,94	124,94
2006	24405	205473	17,08	39,23	24427,15	8,42	205659,49	186,49
2007	27321	213375	19,12	51,00	27352,88	7,81	213623,97	248,97
2008	29059	221611	20,34	66,30	29104,96	7,63	221961,53	350,53
2009	30941	212193	21,66	86,20	31005,54	6,86	212635,60	442,60
2010	32090	208646	22,46	112,06	32179,59	6,50	209228,52	582,52
2011	33039	211008	23,13	145,67	33161,54	6,39	211790,65	782,65

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

¹²⁸ Główny Urząd Statystyczny definiuje pojęcie przeciętnego zatrudnienia jako średnią wielkość zatrudnienia obliczoną dla badanego okresu (np. miesiąca, kwartału, roku) na podstawie ewidencyjnego stanu zatrudnienia. Przeciętne zatrudnienie w badanym okresie uwzględnia pracowników pełnozatrudnionych oraz niepełnozatrudnionych w przeliczeniu na pełne etaty.

Posiadając informacje na temat wielkości PKB w województwie podlaskim w latach 2002 - 2011, obliczono wartości rynku turystyki medycznej (jako 0,07% PKB, kolumna 4) oraz wartości rynku turystyki medycznej z 30% stopą wzrostu rynku tych usług (kolumna 5). Na tej podstawie oszacowano wartości nowego PKB (kolumna6=kolumna2+kolumna5-kolumna4). Następnie obliczono wskaźnik (liczba etatów przypadających na 1 mln PKB) dzieląc wartości przeciętnego zatrudnienia (kolumna3) przez wielkości PKB w województwie podlaskim (kolumna2), którego wartości podane są w kolumnie 7. Mnożąc wartości wskaźnika przez wartości nowego PKB, w kolumnie 8 oszacowano wartości nowego przeciętnego zatrudnienia. W kolumnie 9 oszacowano zaś liczbę nowych etatów w latach 2002 – 2011 (kolumna8 – kolumna3). Okazuje się, że przy powyższych założeniach, w roku 2003 gospodarka byłaby w stanie wygenerować o 37 pełnych etatów więcej niż było w rzeczywistości (wzrost o 0,018%), zaś w roku 2011 – już 782 nowe pełne etaty (wzrost o 0,37%), natomiast wielkość PKB powiększyłaby się o 122,54 mln zł (por. Tab. 53).

Według kalkulacji IBEF, stopa wzrostu rynku turystyki medycznej w Indiach wynosi 20%. Jeśli założyć, że podobna stopa wzrostu w latach 2002 – 2011 była w województwie podlaskim, zaś udział tego sektora w rynku pozostał na poziomie 0,07%, można podobnie oszacować wpływ rynku turystyki medycznej, jaki by miała na poziom zatrudnienia w województwie (por. Tab. 54). Okazuje się, że przy powyższych założeniach, w roku 2003 gospodarka byłaby w stanie wygenerować o 23 pełne etaty więcej niż było w rzeczywistości (wzrost o 0,01%), zaś w roku 2011 – już 304 nowe pełne etaty (wzrost o 0,14%).

Tabela 54.

Szacowana liczba nowych etatów w sektorze turystyki medycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 20%)

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwo podlaskie	przeciętne zatrudnienie w podlaskim	wartość rynku turystyki med. w PKB (jako 0,07% PKB) w mln zł	wartość rynku turystyki med. w PKB (stopa wzrostu 20%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	wskaźnik =liczba etatów przypadających na 1 mln PKB	nowe przeciętne zatrudnienia	liczba nowych etatów
2002	19624	205072	13,74	13,74	19624,00	10,45	205072,00	0,00
2003	20186	205660	14,13	16,48	20188,35	10,19	205683,98	23,98
2004	21675	202524	15,17	19,78	21679,61	9,34	202567,06	43,06
2005	22952	203185	16,07	23,74	22959,67	8,85	203252,91	67,91
2006	24405	205473	17,08	28,48	24416,40	8,42	205568,99	95,99
2007	27321	213375	19,12	34,18	27336,06	7,81	213492,59	117,59
2008	29059	221611	20,34	41,02	29079,68	7,63	221768,68	157,68
2009	30941	212193	21,66	49,22	30968,56	6,86	212382,02	189,02
2010	32090	208646	22,46	59,07	32126,60	6,50	208883,99	237,99
2011	33039	211008	23,13	70,88	33086,75	6,39	211312,97	304,97

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

Bardzo ważną rolę w rozwoju turystyki medycznej pełni wielkość zatrudnienia w służbie zdrowia. Obserwuje się wzrost liczby lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu w Polsce, również w województwie podlaskim. Istotna jest liczba pracujących lekarzy dentyistów, specjalistów dermatologii i wenerologii oraz okulistów, gdyż wydaje się, że ich usługi w Polsce cieszą się dużym zainteresowaniem turystów w z zagranicy.

Tabela 55.

Zatrudnienie w służbie zdrowia w latach 2000 – 2011

Wyszczególnienie	2000	2005	2007	2009	2010	2011
Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu						
Polska						
• liczba bezwzględna	127170	126576	126337	132832	134292	136208
• wskaźnik na 10 tys. ludności	32,9	33,2	33,1	34,8	35,2	35,3
podlaskie						
• liczba bezwzględna	4543	4518	4624	4754	4807	4892
• wskaźnik na 10 tys. ludności	37,2	37,7	38,8	40,0	40,5	40,7
miejsce w kraju	5	3	2	3	3	3
Dentyści uprawnieni do wykonywania zawodu						
Polska						
• liczba bezwzględna	33934	34379	35464	36945	37616	38335
• wskaźnik na 10 tys. ludności	8,8	9,0	9,3	9,7	9,8	9,9
podlaskie						
• liczba bezwzględna	1053	1197	1215	1264	1327	1343
• wskaźnik na 10 tys. ludności	8,6	10,0	10,2	10,6	11,2	11,2
• miejsce w kraju	7	6	6	6	6	4 – 5
Liczba zarejestrowanych praktyk lekarzy dentyistów						
Polska						
• indywidualne	.	.	12908	13550	14196	14890
• indywidualne specjalistyczne	.	.	8372	8255	8329	8607
podlaskie						
• indywidualne	.	.	370	416	394	469
• indywidualne specjalistyczne	.	.	424	438	382	443
Personel pracujący w placówkach służby zdrowia						
<i>Lekarze dentyści</i>						
Polska						
• liczba bezwzględna	11758	11881	12930	11855	12326	12989
• wskaźnik na 10 tys. ludności	3,0	3,1	3,4	3,1	3,2	3,4
podlaskie						
• liczba bezwzględna	236	384	474	455	516	546
• wskaźnik na 10 tys. ludności	1,9	3,2	4,0	3,8	4,3	4,5
• miejsce w kraju	12	9	5	5	5	5
<i>Specjaliści dermatologii i wenerologii</i>						
Polska	1546	1343	1326	1249	1206	1255
podlaskie	59	28	36	51	44	50
<i>Specjalista okulistyki</i>						
Polska	2675	2212	2489	2281	2288	2396
Podlaskie	84	52	60	60	65	77

Źródło: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2001 – 2012, Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, Warszawa, tab. 2.1, 2.1.2, 2.2.1, 2.4, 2.6.4.

Liczba lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu w Polsce w latach 2000 – 2007 malała, zaś po roku 2007 z roku na rok rosła i w roku 2011 osiągnęła

wartość 136208, zaś wskaźnik na 10 tys. ludności wyniósł 35,3 (por. Tab. 55). W województwie podlaskim w latach 2005 – 2011 obserwuje się wzrost liczby lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu. W roku 2011 liczba ta wyniosła 4892, a więc 4% lekarzy uprawnionych w kraju (pod względem wskaźnika na 10 tys. ludności województwo osiągnęło 3 lokatę wśród województw, a wskaźnik ten wyniósł 40,7).

Liczba dentystów uprawnionych do wykonywania zawodu w Polsce z roku na rok rosła i w roku 2011 wyniosła 38335 osób, co dało wzrost w stosunku do roku 2000 o 13 %. W województwie podlaskim liczba ta w roku 2011 wyniosła 1343 osoby (o 290 osób więcej niż w roku 2000, tj. o ponad 27,5 % więcej w porównaniu do roku 2000). Od roku 2003 podlaskie zajmuje pod tym względem szóste miejsce w kraju, zaś w roku 2011 lokatę 4 – 5. Wskaźnik dentystów uprawnionych do wykonywania zawodu na 10 tysięcy ludności w Polsce w roku 2011 wyniósł 9,9 i był o 0,1 wyższy od roku poprzedniego. Podobny wskaźnik w województwie podlaskim pozostał na poziomie z roku 2010 i wyniósł w 2011 roku 11,2, a więc wyższy w porównaniu do wskaźnika w Polsce.

Liczba zarejestrowanych indywidualnych praktyk lekarzy dentystów w Polsce w roku 2011 wyniosła 14890, a więc o 694 więcej w stosunku do roku poprzedniego (5,4%), zaś w podlaskim liczba ta w roku 2011 wyniosła 469 (o 75 więcej w stosunku do roku poprzedniego, tj. o 19%). Zwiększyła się liczba indywidualnych praktyk specjalistycznych w Polsce o 3,3% i osiągnęła w roku 2011 liczbę 8607, co również znalazło odpowiednik w województwie podlaskim – liczba ta w roku 2011 wyniosła 443 (w roku 2010 była niższa o 19%).

Personel dentystyczny pracujący w placówkach zdrowia w Polsce w roku 2011 ukształtował się na poziomie 12989, o 5,38 % powyżej w stosunku do roku 2010. Wskaźnik na 10 tysięcy ludności wyniósł w 2011 roku 3,4. Personel pracujący w województwie podlaskim w roku 2011 liczył 546 osób, co dało wzrost o 6% w stosunku do roku poprzedzającego oraz liczba ta była ponad 2 razy wyższa niż w roku 2000. Wskaźnik na 10 tysięcy w podlaskim w roku 2011 był również ponad 2 razy wyższy w stosunku do roku 2000 i w 2011 roku wyniósł 4,5. Podlaskie zajmuje 5 miejsce w kraju pod względem badanego wskaźnika w Polsce, podczas gdy w roku 2000 plasował się jeszcze na miejscu 12.

W Polsce w roku 2011 personel specjalistów dermatologii i wenerologii pracujących w służbie zdrowia zmalał o 291 osób w stosunku do roku 2000 i w roku 2011 wyniósł 1255 (spadek o 18,8%). W województwie podlaskim liczba ta również zmniejszyła się w stosunku do roku 2000 niemal o 15% i w roku 2011 wyniosła 50 osób, tj. 4 % personelu krajowego.

Personel skupiający specjalistów okulistyki pracujących w placówkach służby zdrowia w Polsce w roku 2011 wyniósł 2396 osób i liczba ta wzrosła w stosunku do roku poprzedzającego o 108, zaś w stosunku do roku 2000 zmalała o 279 osób. Województwo podlaskie liczy 77 osób ów personelu, co stanowi 3,2 % pracujących w Polsce, liczba ta również zmalała w stosunku do roku 2000, kiedy w zawodzie tym pracowało jeszcze 84 specjalistów.

Wydaje się, że ze zbioru usług medycznych w zakresie turystyki zdrowotnej, najbardziej kosztowne i coraz bardziej popularne są zabiegi chirurgii plastycznej. Nie są one bowiem refundowane i pacjent chcąc poddać się tego rodzaju operacji, musi za nią sam zapłacić. Zatem bardzo ważna jest wysoko wykwalifikowana kadra, to od

niej bowiem zależy prawidłowość wykonania zabiegu/operacji i stan zdrowia pacjenta, a co za tym idzie, jego stopień zadowolenia z wykonanych usług.

Tabela 56.

Lekarze specjaliści, członkowie Polskiego Towarzystwa Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej w roku 2011 w Polsce

Miejsce pracy	Województwo	Liczba specjalistów	Liczba lekarzy specjalizujących się
Bielsko-Biała	Śląskie	1	-
Bydgoszcz	kujawsko - pomorskie	6	3
Bytom	Śląskie	1	-
Częstochowa	Śląskie	2	-
Gdańsk	Pomorskie	13	3
Gdynia	Pomorskie	1	-
Gliwice	Śląskie	1	-
Gryfice	Zachodniopomorskie	1	2
Katowice	Śląskie	1	-
Kraków	Małopolskie	13	2
Łódź	Łódzkie	11	4
Naęczów	Lubelskie	1	-
Nowa Sól	Lubuskie	1	-
Opole	Opolskie	1	-
Otwock	Mazowieckie	1	-
Pabianice	Łódzkie	1	-
Polanica Zdrój	Dolnośląskie	7	6
Poznań	Wielkopolskie	8	-
Słubice	Lubuskie	2	-
Sosnowiec	Śląskie	8	-
Swarzędz	Wielkopolskie	1	-
Szczecin	Zachodniopomorskie	3	-
Tarnowskie Góry	Śląskie	3	-
Warszawa	Mazowieckie	48	6
Włocławek	kujawsko - pomorskie	1	-
Wrocław	Dolnośląskie	14	1
Zabrze	Śląskie	1	-
Zielona Góra	Lubuskie	1	-
Złotniki	Wielkopolskie	1	-

Źródło: <http://ptchprie.republika.pl/plast.html>, dostęp dnia 3.01.2011.

Pomimo, że województwo podlaskie zajmuje znaczny obszar w Polsce, to jednak na całym jego terenie nie ma lekarza specjalisty, który jest członkiem Polskiego Towarzystwa Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej. Aż w dwunastu województwach osoby takie odnotowano chociaż bardzo często zdarza się, że są to pojedyncze osoby (por. Tab. 56). Oznacza to, że Podlasie nie specjalizuje się w tego rodzaju usługach, mimo, że następuje ich ciągły rozwój w Polsce i na świecie i są one bardzo dochodowe. Ogólnie w Polsce znajduje się 154 specjalistów z zakresu chirurgii plastycznej, rekonstrukcyjnej i estetycznej, którzy należą do Polskiego Towarzystwa Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej. Lekarzy, którzy robią w tym zakresie specjalizację jest w Polsce 27. Województwo mazowieckie zajmuje pod tym względem pierwszą pozycję, z liczbą specjalistów – 49 oraz 6 lekarzy specjalizujących się. Na drugim miejscu uplasowało się województwo dolnośląskie – 21 specjalistów oraz 7 lekarzy specjalizujących się. Trzecią pozycję zajmuje województwo śląskie, które odnotowało 18 specjalistów. Województwo pomorskie posiada 14 specjalistów oraz 3 przyszłych specjalistów, zaś małopolskie 13 specjalistów i 2 przyszłych specjalistów. Miastem skupiającym

największą ilość specjalistów jest Warszawa, w której odnotowano 48 członków Polskiego Towarzystwa Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej, czyli niemal trzecia część wszystkich specjalistów znajdujących się w Polsce (dodatkowo 6 przyszłych specjalistów). Znaczna ilość lekarzy znajduje się we Wrocławiu (14 osób i 1 przyszły specjalista), Gdańsku (13 osób i 3 przyszłych specjalistów), Krakowie (13 osób i 2 przyszłych specjalistów) oraz Łodzi (11 osób i przyszłych specjalistów). Niestety w Białymstoku nie odnotowano jeszcze specjalisty Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej należącego do Polskiego Towarzystwa Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej.

Tabela 57.

Specjaliści chirurgii plastycznej zatrudnieni w jednostkach wykonujących działalność leczniczą ogółem w podziale na województwa w latach 2001-2011

Województwo	2001	2005	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	10	11	9	6	7	11
Kujawsko-pomorskie	2	2	3	3	3	3
Lubelskie	0	1	0	4	2	3
Lubuskie	1	6	5	6	4	6
Łódzkie	6	2	2	3	2	3
Małopolskie	2	2	7	4	5	6
Mazowieckie	21	7	13	18	15	24
Opolskie	2	0	0	0	0	0
Podkarpackie	0	0	1	0	1	0
Podlaskie	0	1	1	1	0	0
Pomorskie	9	2	5	5	2	2
Śląskie	14	10	9	9	7	9
Świętokrzyskie	0	0	1	0	0	0
Warmińsko-mazurskie	1	0	0	0	1	0
Wielkopolskie	4	4	4	1	1	1
Zachodniopomorskie	0	3	1	3	2	5
POLSKA	72	51	61	63	52	73

Zródło: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, dane zamawiane.

W latach 2001 – 2005 liczba chirurgów plastycznych zatrudnionych w jednostkach wykonujących działalność leczniczą ogółem w Polsce zmalała o 30% i w roku 2005 osiągnęła wartość 51 osób (por. Tab. 57). W latach 2005 – 2009 wartość ta wzrosła do 63 (tj. o 23,5%), natomiast w roku 2010 liczba zatrudnionych w tym sektorze spadła o 18% (52 zatrudnionych lekarzy). W roku 2011 zatrudniono 21 specjalistów chirurgii plastycznej, co dało wzrost o ponad 40%. Wówczas liczba lekarzy chirurgii plastycznej zatrudnionych w Polsce była na poziomie z roku 2001, a więc 73 specjalistów. Województwo podlaskie pod względem badanego wskaźnika nie wykazuje istotnego udziału w kraju, bowiem w latach 2005 – 2009 na tym obszarze zatrudniony był 1 specjalista chirurgii plastycznej, zaś w pozostałych badanych latach Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia wykazało brak zatrudnienia w tym sektorze. Województwo mazowieckie charakteryzuje się największym udziałem badanego wskaźnika w kraju (33% zatrudnienia w kraju w roku 2011).

Do usług medycznych z zakresu turystyki zdrowotnej zaliczamy operacje plastyczne. Zbadano liczbę operacji plastycznych w Szpitalu Humana Medica Omeda w Białymstoku w latach 2007 – 2010. Należy zwrócić uwagę na fakt, że liczba placówek oferujących wykonywanie operacji plastycznych na Podlasiu jest

niewielka, istnieje kilka wykonujących tego typu zabiegi. Ponadto szacuje się, że omawiany szpital wykonuje znaczną część zabiegów z zakresu chirurgii plastycznej.

Tabela 58.

**Liczba operacji plastycznych w szpitalu Humana Medica Omeda
w latach 2007 – 2010**

Rok	Liczba operacji wykonanych w szpitalu ogółem	Liczba operacji plastycznych	
		w szt.	w %
2007	575	19	3,3
2008	1095	81	7,4
2009	1573	116	7,4
2010	1577	169	10,7

Źródło: Badania własne.

Liczba operacji wykonywanych w szpitalu Humana Medica Omeda z roku na rok wzrasta (por. Tab. 58). Wzrasta również liczba wykonywanych operacji plastycznych. W roku 2007 liczba operacji plastycznych wyniosła 19, co stanowiło zaledwie 3,3 % operacji ogółem. W roku 2008 zanotowano już czterokrotny wzrost w liczbie 81. W roku 2010 liczba operacji plastycznych wykonanych w szpitalu była najwyższa – do końca grudnia wykonano ich 169, co stanowiło 10,7% operacji ogółem.

Tabela 59.

Zatrudnienie w szpitalu Humana Medica Omeda w latach 2007 – 2010

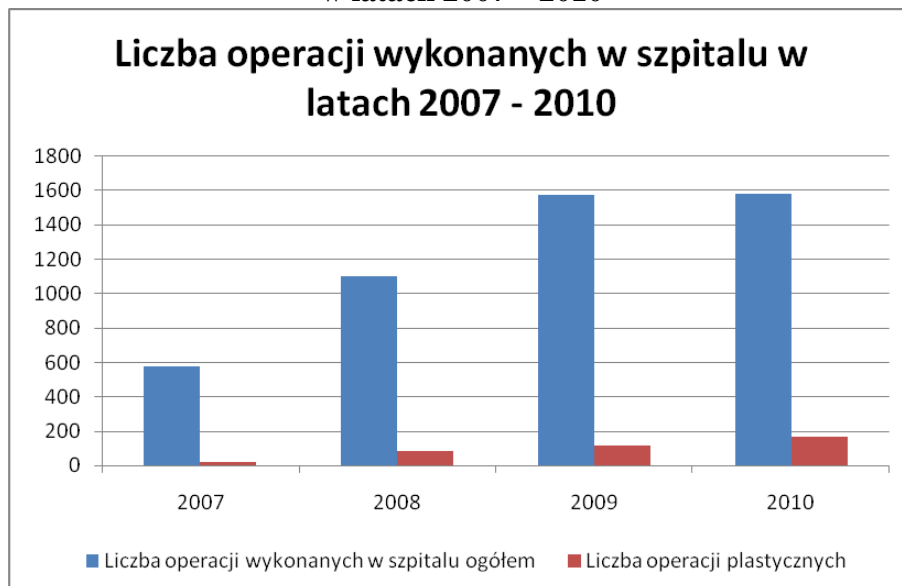
Wyszczególnienie	2007	2008	2009	2010
Alergologia	2	2	2	2
Anestezjologia	4	4	4	4
Chirurgia	5	3	9	7
Chirurgia naczyniowa	1	2	3	3
Chirurgia plastyczna	1	1	2	2
Choroby zakaźne i choroby wątroby	1	2	2	2
Endokrynologia	1	1	1	1
Dermatologia	1	0	0	0
Gastrologia	0	0	0	3
Ginekologia	2	2	2	2
Kardiologia, choroby wewnętrzne	2	2	2	2
Lekarz rodzinny, internista	3	2	2	2
Logopeda	0	0	1	1
Medycyna pracy	1	1	1	1
Medycyna sportowa	1	1	0	0
Nefrologia	2	1	1	2
Neurologia	3	2	2	2
Neurochirurgia	0	2	1	3
Onkologia	0	1	1	1
Ortopedia	8	8	9	9
Otolaryngologia	3	3	3	3
Pediatrya	1	1	1	1
Pulmonologia	1	1	1	1
Radiologia – ultrasonografia	2	2	3	4
Reumatologia	2	1	1	1
Urologia	1	2	2	0
Pielęgniarki	11	16	26	31
Salowe	1	2	2	4
Razem	60	65	84	94

Źródło: Badania własne.

Zatrudnienie kadry medycznej w Szpitalu Humana Medica Omeda w Białymstoku w latach 2007 – 2010 z roku na rok wzrastało (por. Tab. 59). W roku 2009 zatrudnionych było 59 lekarzy specjalistów, czyli o 22,9% więcej niż w roku bazowym. Leczenie szpitalne w roku 2010 dotyczyło 23 specjalizacji (o jedną więcej niż w roku bazowym). Największa liczba specjalistów zatrudniona jest w dziedzinie ortopedii (ponad 15% lekarzy), a następnie chirurgii (11,9%). Od roku 2008 w szpitalu nie prowadzono leczenia w zakresie dermatologii, od 2009 – medycyny sportowej, zaś od 2010 – urologii. W badanym okresie czasu zwiększono zatrudnienie w zakresie: chirurgii, chirurgii naczyniowej, chirurgii plastycznej, chorób zakaźnych i chorób wątroby, gastrologii, logopedii, neurochirurgii, onkologii, ortopedii, radiologii – ultrasonografii. Zatrudnienie zmniejszyło się zaś w zakresie: dermatologii, lekarzy rodzinnych i internistów, medycyny sportowej, neurologii, reumatologii oraz urologii. W badanym czasookresie liczba zatrudnionych pielęgniarek wzrosła niemal trzykrotnie, zaś salowych – czterokrotnie

Wykres 13.

**Liczba operacji wykonanych w szpitalu Humana Medica Omeda
w latach 2007 – 2010**



Źródło: Opracowanie własne.

W badanych latach 2007 – 2010 największy wzrost liczby operacji ogółem wykonanych w szpitalu Humana Medica Omeda w Białymstoku miał miejsce w roku 2008, wzrost ten wyniósł 90% (por. Wykres 13). Wówczas odnotowano również największy wzrost – dziewięciokrotny – liczby wykonanych operacji plastycznych. Kolejne lata funkcjonowania szpitala cechowały również przyrosty wykonywanych operacji. W roku 2009 liczba wszystkich operacji była wyższa o 43,7% w stosunku do roku poprzedniego, zaś w 2010 wzrost ten wyniósł 0,25%. Liczba operacji plastycznych również się zwiększała i wzrosty te wynosiły odpowiednio: 43,2% oraz 45,7%. O ile udział wykonanych operacji plastycznych w liczbie operacji ogółem w roku 2008 wynosił 3,3, to w roku 2010 był on trzykrotnie wyższy, gdyż plasował się na poziomie 10,7%.

Wykres 14.

**Liczba operacji wykonanych w szpitalu w latach 2007 – 2010
a liczba zatrudnionych lekarzy wykonujących operacje**



Źródło: Opracowanie własne.

W miarę wzrostu liczby wykonywanych operacji w szpitalu Humana Medica Omeda, wzrastała liczba zatrudnionych lekarzy wykonujących operacje (por. Wykres 14). W roku 2007 zatrudnionych lekarzy, którzy wykonują operacje było 29, rok później o 10,3% więcej (32 osoby), następnie – o 25% więcej w stosunku do roku poprzedniego (czyli 40 osób) oraz w roku 2010 – 41 osób (czyli 2,5% więcej w stosunku do roku poprzedniego). Ogółem w latach 2007 – 2010 liczba specjalistów wykonujących operacje w szpitalu w zrosła o 41,4%, zaś liczba wykonanych operacji niemal trzykrotnie.

Istotna z punktu widzenia usług w zakresie turystyki zdrowotnej jest oferta stomatologiczna, gdyż wydaje się, że coraz częściej praktykowane są wyjazdy turystyczne połączone z celem leczenia stomatologicznego. Obserwuje się wzrost liczby gabinetów stomatologicznych na Podlasiu. Np. w latach 2000 – 2011 ich liczba w Augustowie wzrosła o 21 (wzrastała z roku na rok), i w roku 2011 wyniosła 30, co w badanym przedziale czasowym spowodowało ponad czterokrotny przyrost¹²⁹.

W rozprawie rozpatruje się usługi turystyki medycznej wykonywane turystom. Niemniej jednak, wydaje się, że na Podlasiu turystyka medyczna jeszcze w zasadzie nie istnieje. Jako przykład na egzemplifikację posłużył szpital Humana Medica Omeda, który wykonuje w województwie podlaskim znaczną część płatnych operacji plastycznych, a to głównie one są powodem przyjazdu turystów. Zgodnie z danymi około 80% operacji w szpitalu wykonano osobom z terenu województwa podlaskiego, zaś około 20% - pacjentom z zagranicy. Jednak w większości były to osoby, które wyjechały z terenu Podlasia w celach zarobkowych i w ramach urlopu przyjeżdżają w rodzinne strony i zarazem, głównie z powodu niskich cen w stosunku do zagranicy, decydują się na operacje na Podlasiu. Podobnie korzystają również oni z usług stomatologicznych i innych. Jak twierdzi kierownik jednej z podlaskich prywatnych klinik, „turystyka zdrowotna w województwie podlaskim nie zaistnieje

¹²⁹ Dane statystyczne Urzędu Miasta Augustowa.

dopóty, dopóki w województwie nie powstanie lotnisko”. Jest to priorytet, gdyż przedostanie się do Białegostoku z terenów Europy Zachodniej wymaga wielogodzinnych podróży autokarem, co bardzo ich zniechęca. Oczywiście, kliniki próbują organizować wycieczki w celu łączenia wypoczynku z poprawą zdrowia i doskonaleniem urody, jednak podróżowanie autokarami bardzo zniechęca turystów. Stan zatrudnienia chirurgów plastycznych potwierdza fakt braku specjalizacji województwa w tym zakresie. Pomimo, że operacje plastyczne wykonywane na Podlasiu są bardzo konkurencyjne cenowo z innymi województwami i zagranicą, to jednak fakt braku możliwości szybkiego dojazdu powoduje hamowanie rozwoju tego sektora gospodarki. Dlatego też, jak dotąd liczyć można głównie na pacjentów z terenu województwa podlaskiego, a ich nie jest wielu, również z powodu braku odpowiednich finansów gospodarstw domowych na ten cel. Co więcej, pozostałe rodzaje operacji wykonywanych w szpitalu, wykonywane są w zasadzie jedynie osobom z terenu województwa, którzy nie byli turystami.

4.2. Usługi medyczne a dochody ludności

Jeśli przyjąć, że w podlaskim udział sektora turystyki medycznej stanowi ok. 0,07% PKB oraz optymistyczną 30% stopę wzrostu rynku tych usług (podobnie jak w Indiach) można oszacować wpływ rynku turystyki medycznej, jaki by miała na poziom dochodów ludności w województwie.

Tabela 60.

**Szacowana wielkość wzrostu dochodów ludności w sektorze turystyki medycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011
(stopa wzrostu rynku 30%)**

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwo podlaskie	przeciętne wynagrodzenie w zł	wartość rynku turystyki med. w PKB (jako 0,07% PKB) w mln zł	wartość rynku turystyki med. PKB (stopa wzrostu 30%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	liczba nowych etatów	wzrost dochodów ludności w zł
2002	19624	1840,21	13,74	13,74	19624,00	0,00	0,00
2003	20186	1933,63	14,13	17,86	20189,73	37,98	73435,64
2004	21675	2005,14	15,17	23,22	21683,04	75,15	150682,75
2005	22952	2085,12	16,07	30,18	22966,11	124,94	260514,72
2006	24405	2186,74	17,08	39,23	24427,15	186,49	407802,84
2007	27321	2373,76	19,12	51,00	27352,88	248,97	591002,73
2008	29059	2610,21	20,34	66,30	29104,96	350,53	914956,04
2009	30941	2721,99	21,66	86,20	31005,54	442,60	1204749,07
2010	32090	2854,02	22,46	112,06	32179,59	582,52	1662524,42
2011	33039	3002,37	23,13	145,67	33161,54	782,65	2349797,14

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

Mając dane wielkości PKB w województwie podlaskim w latach 2002 - 2011, obliczono wartości rynku turystyki medycznej (jako 0,07% PKB, kolumna 4) oraz wartości rynku turystyki medycznej z 30% stopą wzrostu rynku tych usług w kolumnie 5 (por. Tab. 60). Na tej podstawie oszacowano wartości nowego PKB (kolumna6=kolumna2+kolumna5-kolumna4). Następnie mając oszacowane w

kolumnie 7 wielkości dodatkowo utworzonych etatów w sektorze turystyki medycznej (por. Tab. 53), obliczono wartości wzrostu dochodów ludności w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011, mnożąc liczbę nowo utworzonych etatów w danym roku przez wielkość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w województwie w danym roku (kolumna8 = kolumna3 x kolumna7). Okazuje się, że przy powyższych założeniach, w roku 2003 wielkość dochodów ludności wzrosła miesięcznie o 73435,64 zł (o 0,018% więcej niż w rzeczywistości), zaś w roku 2011 – już o 2349797,14 zł (o 0,37%).

Według kalkulacji IBEF, stopa wzrostu rynku turystyki medycznej w Indiach wynosi 20%. Jeśli założyć, że podobna stopa wzrostu w latach 2002 – 2011 była w województwie podlaskim, zaś udział tego sektora w rynku pozostał na poziomie 0,07%, można by podobnie oszacować wpływ rynku turystyki medycznej, jaki by miała na poziom dochodów ludności w województwie (por. Tab. 61). Okazuje się, że przy powyższych założeniach, w roku 2003 wielkość dochodów ludności wzrosła miesięcznie o 46373,73 zł (czyli o 0,01%), zaś w roku 2011 – już o 915638,20 zł (o 0,14%).

Tabela 61.

Szacowana wielkość wzrostu dochodów ludności w sektorze turystyki medycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 20%)

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwo podlaskie	przeciętne wynagrodzenie w zł	wartość rynku turystyk i med. w PKB (jako 0,07% PKB) w mln zł	wartość rynku turystyki med. w PKB (stopa wzrostu 20%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	liczba nowych etatów	wzrost dochodów ludności w zł
2002	19624	1840,21	13,74	13,74	19624,00	0	0,00
2003	20186	1933,63	14,13	16,48	20188,35	23,98	46373,73
2004	21675	2005,14	15,17	19,78	21679,61	43,06	86341,77
2005	22952	2085,12	16,07	23,74	22959,67	67,91	141593,16
2006	24405	2186,74	17,08	28,48	24416,40	95,99	209904,11
2007	27321	2373,76	19,12	34,18	27336,06	117,59	279137,38
2008	29059	2610,21	20,34	41,02	29079,68	157,68	411589,69
2009	30941	2721,99	21,66	49,22	30968,56	189,02	514523,94
2010	32090	2854,02	22,46	59,07	32126,60	237,99	679220,50
2011	33039	3002,37	23,13	70,88	33086,75	304,97	915638,20

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

Usługi medyczne świadczone w ramach turystyki zdrowotnej z reguły są odpłatne. Na podstawie badań przeprowadzonych w szpitalu Humana Medica Omeda w Białymstoku należy stwierdzić, że świadczone są osobom głównie z tego samego województwa. Około 20% operacji plastycznych wykonano osobom, które mieszkają poza granicami Polski. Jednak w większości są to osoby, które wyemigrowały z Polski i przyjeżdżają na wakacje w swe rodzinne strony. Bardzo często zdarza się, że w tym czasie osoby te również korzystają na miejscu z oferty medycznej, z uwagi na niższe ceny zabiegów plastycznych, dentystycznych i innych

niż w obcym kraju. Pozostałe osoby korzystające z pełnopłatnej oferty z zakresu usług medycznych – są to osoby z województwa podlaskiego.

Poniżej przedstawiono informacje na temat cen w zakresie chirurgii plastycznej z roku 2011 w szpitalu Humana Medica Omeda.

Konsultacja u chirurga plastyka:

- przed zabiegami w znieczuleniu miejscowym - 86,10 zł

- przed zabiegami w znieczuleniu ogólnym - 184,50 zł

W zależności od potrzeby i możliwości lub życzenia pacjenta, zabiegi mogą być wykonywane w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym.

W przypadku znieczulenia ogólnego dodatkowa opłata – 334,50 zł

W razie hospitalizacji dodatkowa opłata – 446 zł (za dobę)

Tabela 62.

Ceny operacji plastycznych Szpitalu Humana Medica Omeda w Białymstoku a średnie ceny w Polsce, Niemczech oraz Wielkiej Brytanii w zł

Wyszczególnienie	Cena Humana Medica Omeda	Średnia cena Polska*	Średnia cena Niemcy	Średnia cena Wielka Brytania
Korekcja nosa (Operacja nosa)	8250	8 450	17 800	18 963
Korekcja uszu	2750 – 3100	4 130	9 707	12 315
Korekcja brwi	3150	6 810	11 184	23 442
Podniesienie twarzy	10035	14 491	27 938	27 865
Zmniejszenie piersi	7050 – 9200	12 401	24 230	23 290
Operacja obustronna ginekomastia	4500 – 5017	7 737	13 463	22 669
Liposukcja	3750 – 5250	7 710	14 905	16 214
Abdominoplastyka (operacja powłok brzucha)	10035 – 11150	11 329	22 463	21 670

* ceny są oparte na analizie danych ze 3617 klinik i od 5272 lekarzy

Źródło: badania własne, <http://www.estheticon.pl/cenniki> na dzień 18.11.2011r.

Na podstawie danych z Tabeli 62 należy stwierdzić, że usługi w zakresie chirurgii plastycznej, wykonywane w województwie podlaskim są cenowo konkurencyjne zarówno w stosunku do średnich cen Polski, jak również zagranicy. Szczególnie jeśli chodzi o zagranicę są to cenowo bardzo duże rozbieżności. Na przykład średnia cena operacji korekcji brwi w Wielkiej Brytanii wynosi 23442 zł, zaś w Szpitalu Humana Medica Omeda jest ponad 7,5 – krotnie niższa, gdyż jej cena kształtuje się na poziomie 3150 zł. Za tą samą operację wykonaną w Niemczech zapłacić trzeba średnio 11184 zł, czyli ponad 3,5 – krotnie więcej, zaś średnia cena w kraju jest również ponad dwukrotnie wyższa (6810 zł). Wszystkie rodzaje operacji plastycznych przytoczone w tabeli świadczą o tym, że zarówno dla turystów z Polski, jak i z zagranicy opłacalny jest przyjazd na Podlasie w celu wykonania zabiegu z zakresu chirurgii plastycznej – opłaca się nawet po opłaceniu biletu za przejazd oraz zakwaterowanie.

Tabela 63.

**Przeciętne miesięczne wynagrodzenie według zawodów w województwie
podlaskim za październik 2001 - 2010**

Rok	Lekarze	Lekarze dentyści	Specjaliści ochrony zdrowia (z wyjątkiem pielęgniarek i położnych) gdzie indziej nie sklasyfikowani
2001	2221,45	1728,78	1901,33
2002	2441,53	1852,10	2003,92
2004	2384,84	1487,64	2060,77
2006	3613,10	1891,52	2390,07
2008	5371,61	3398,14	3170,53
2010	6018,62	.	2758,92

Zródło: Dane opracowane na podstawie sprawozdania Z-12 – struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku, Urząd Statystyczny w Białymstoku.

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie lekarzy, lekarzy dentyistów oraz specjalistów ochrony zdrowia (z wyjątkiem pielęgniarek i położnych) gdzie indziej nie sklasyfikowanych w latach 2000 – 2010 w województwie podlaskim systematycznie wzrastało (tab. 63). Jednak w przypadku specjalistów ochrony zdrowia (z wyjątkiem pielęgniarek i położnych) gdzie indziej nie sklasyfikowanych, nastąpił spadek wynagrodzenia w roku 2010 o ok. 15 pkt. proc. Przeciętne wynagrodzenie lekarzy w roku 2001 było na poziomie 2221,45 zł, zaś w roku 2010 osiągnęło wartość 5371,61 zł, czyli było niemal trzykrotnie wyższe. Podobnie kształtuje się wzrost wynagrodzenia lekarzy dentyistów, które w badanym czasookresie wzrosło niemal dwukrotnie osiągając w roku 2008 wartość 3398,14 zł. Wielkość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia specjalistów ochrony zdrowia (z wyjątkiem pielęgniarek) gdzie indziej nie sklasyfikowanych rosła do roku 2008, w którym osiągnęła wartość 3170,53 zł i była wyższa niemal o 67% w stosunku do roku bazowego.

Tabela 64.

**Liczba wykonanych operacji plastycznych (ze względu na płeć) w
szpitalu Humana Medica Omeda w Białymstoku**

Rok	Kobiety		Mężczyźni	
	w szt.	w %	w szt.	w %
2007	12	63,2	7	36,8
2008	62	76,5	19	23,5
2009	98	84,4	18	15,6
2010	143	84,6	26	15,4

Zródło: Badania własne.

W badanym czteroletnim okresie czasu liczba operacji plastycznych wykonywanych zarówno na kobietach, jak i na mężczyznach z roku na rok wzrastała (por. Tab. 64). Na operacje plastyczne najczęściej decydują się kobiety. W roku 2007 zdecydowało się na nie zaledwie 12 kobiet (63,2%) i 7 mężczyzn (36,8%). W roku 2008 liczba operacji plastycznych w szpitalu wykonanych na kobietach pięciokrotnie wzrosła i osiągnęła wartość 62. Zarówno na kobietach jak i na mężczyznach najwyższą ilość operacji plastycznych wykonano w roku 2010. Liczba operacji wykonanych na kobietach osiągnęła wartość maksymalną 143, co stanowiło 84,6%.

Tabela 65.

**Liczba wykonanych operacji plastycznych (ze względu na wiek) w szpitalu
Humana Medica Omeda w Białymstoku**

Wiek	Liczba operacji plastycznych			
	2007	2008	2009	2010
Do 19 lat	2	6	8	18
20 – 39	13	68	83	117
40 – 59	4	4	23	23
60 – 79	0	2	2	11
Powyżej 80	0	1	0	0

Źródło: Badania własne.

Wnioski z badań własnych przeprowadzonych w Szpitalu:

1. Liczba operacji plastycznych wykonywanych w szpitalu z roku na rok wzrasta.
2. W badanym czteroletnim okresie czasu liczba operacji plastycznych wykonywanych zarówno na kobietach, jak i na mężczyznach z roku na rok wzrastała.
3. Na operacje plastyczne najczęściej decydują się kobiety.
4. Najczęściej na operacje plastyczne decydują się osoby w przedziale wiekowym 20 – 39 lat (młode, ale już zazwyczaj pracujące).
5. Społeczeństwo jest coraz bardziej zamożne i może w większym stopniu pozwolić sobie na dobra luksusowe, do których m. in. należy wykonanie operacji plastycznej.

4.3. Usługi medyczne a rozwój infrastruktury

Indyjskie szpitale oraz diagnostyczny sektor usług od marca 2008 do marca 2010 otrzymały bezpośrednie inwestycje zagraniczne w wysokości ponad 100 mln dol. USA (na sektor)¹³⁰.

Czynniki wyjazdów na leczenie do Indii¹³¹:

- zdolni lekarze, doświadczeni specjaliści;
- wysokiej jakości opieka;
- wykorzystanie nowoczesnych technologii medycznych;
- niskie koszty za świetną ofertę i jakość usług;
- krótki czas oczekiwania na zabieg/operację;
- istnienie wielu specjalistycznych szpitali w dużych miastach Indii;
- korzystne kursy walut i tanie przeloty;
- powszechne stosowanie języka angielskiego, usług tłumacza;
- korzystanie z medycyny alternatywnej, odnowy biologicznej i programów odmładzających w celu całkowitego powrotu do zdrowia;
- nowoczesne wyposażenie szpitali i hoteli;
- rozwinięta sieć telekomunikacyjna;
- poprawiona infrastruktura turystyczna;
- międzynarodowa bankowość.

¹³⁰ Health Tourism: Destination India... op. cit., s. 4.

¹³¹ Ibidem, s. 9.

Nowoczesne szpitale indyjskie utworzone zostały w miastach o dobrej infrastrukturze i bliskości głównych ośrodków turystycznych (por. Rysunek 15). W Indiach istnieją dwie kategorie szpitali: ze specjalistycznym leczeniem oraz podejmujące rzadkie operacje z wysoko wykwalifikowaną i doświadczoną kadrą medyczną¹³².

Rysunek 15.

Szpitale indyjskie oferujące usługi międzynarodowym pacjentom



Źródło: Heath Tourism: Destination India... op. cit., s. 11.

Indyjski przemysł turystyki medycznej jest silnie wspierany przez rząd, który regularnie aktualizuje listę biur podróży, udostępnia strony internetowe szpitali, miejsc, gdzie można odnaleźć informacje i wytyczne w sprawach związanych z turystyką medyczną. Ponadto rząd wprowadził M – wize dla turystów medycznych oraz inicjuje działania promujące turystykę medyczną na rynkach zagranicznych¹³³.

Korzyści z turystyki medycznej w Indiach, to między innymi:

- zwiększenie efektywności procesu obsługi pacjenta,
- wzrost dobrobytu społecznego,
- lepsza wymiana informacji,
- poprawa efektywności szpitali.
- transfer wiedzy i technologii,
- strategiczne sojusze z partnerami biznesowymi w kraju i za granicą,
- zwiększenie zatrudnienia oraz lepsze wykorzystanie infrastruktury i wykwalifikowanej siły roboczej,
- korzyści skali,
- szansa na rozwój infrastruktury w zakresie zdrowia i turystyki,
- powstawanie klastrów,

¹³² Heath Tourism: Destination India... op. cit., s. 10.

¹³³ Ibidem, s. 20 - 23.

- rozwój w zakresie badań,
- zwiększenie dochodów ludności.

Z rozmowy przeprowadzonej z kierownictwem jednej z klinik prywatnych znajdujących się na terenie Podlasia wynika, że kliniki i szpitale próbujące zająć się turystyką zdrowotną napotykają szereg barier utrudniających pozyskanie klienta z zagranicy lub innych regionów Polski. Główną jest brak lotniska, co uniemożliwia transport lotniczy pacjenta do województwa, co obecnie na zachodzie jest już standardem. Pomimo, że ceny oferowanych zabiegów w stosunku do zagranicznych są niskie, kliniki narzekają na brak pacjentów. Dopóki na Podlasiu nie powstanie lotnisko, nie zaistnieje tam zagraniczna medyczna turystyka przyjazdowa. Stan rzeczy pogarsza brak autostrad i dróg ekspresowych oraz przestarzałe linie kolejowe. Jak dodaje kierownictwo jednej z klinik, bardzo ciężko jest zatrudnić fachową kadrę z zagranicy (np. w Polsce w przypadku zatrudnienia specjalisty chirurga plastyka ze Wschodu wymaga się specjalnych drogich ponownych egzaminów, co zniechęca do pracy lekarzy zza wschodniej granicy).

Jeśli przyjąć, że w podlaskim udział sektora turystyki medycznej stanowi ok. 0,07% PKB oraz optymistyczną 30% stopę wzrostu rynku tych usług (podobnie jak w Indiach) można oszacować wpływ rynku turystyki medycznej, jaki by miała na samorządowe majątkowe wydatki inwestycyjne w województwie podlaskim.

Zgodnie z ekspertyzą Instytutu Badań Strukturalnych przyjmuje się, że średnia dynamika wzrostu PKB dla województwa podlaskiego w latach 2010 – 2013 będzie wynosić 103,4%.

Korzysta się ze wzorów:

$$r_{xy} = \frac{COV(X, Y)}{S_x S_y},$$

gdzie $COV(X, Y)$ - kowariancja pomiędzy cechami X i Y

S_x, S_y - odchylenie standardowe cechy X, odchylenie standardowe cechy Y

r_{xy} - współczynnik korelacji (Pearsona)

$$COV(X, Y) = \frac{1}{N} \sum (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})$$

Mając dane wielkości PKB i samorządowych wydatków inwestycyjnych w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011, oblicza się współczynnik korelacji Pearsona pomiędzy wielkością PKB a wielkością samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych. Jego wartość wyniosła 0,81, co oznacza, że w badanych latach wystąpiła znacząca dodatnia zależność liniowa między wielkością PKB w województwie podlaskim (cecha X) a samorządowymi majątkowymi wydatkami inwestycyjnymi w województwie (cecha Y). Wraz ze wzrostem wielkości PKB, rosły średnie wartości samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych.

Posiadając informacje na temat wielkości PKB w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011, obliczono wartości rynku turystyki medycznej (jako 0,07% PKB, kolumna 4) oraz wartości rynku turystyki medycznej z 30% stopą wzrostu rynku tych usług (kolumna 5). Na tej podstawie oszacowano wartości nowego PKB (kolumna6=kolumna2+kolumna5-kolumna4). Następnie obliczono procentowy udział samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych w PKB w województwie podlaskim, którego wartości podane są w kolumnie 7

(kolumna3/kolumna2). Mnożąc wartości wskaźnika (kolumna 7) przez wartości nowego PKB, w kolumnie 8 oszacowano nowe samorządowe majątkowe wydatki inwestycyjne. W kolumnie 9 oszacowano zaś wzrost wielkości samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych w latach 2002 – 2011 (kolumna8 – kolumna3). Okazuje się, że przy powyższych założeniach, w roku 2003 samorządowe majątkowe wydatki inwestycyjne wzrosłyby o 5597,80 zł (wzrost o 0,018% w stosunku do wartości rzeczywistej), zaś w roku 2011 – już ich wartość wzrosłaby o 879451,12 zł, zatem o 0,37% (por. Tab. 66).

Tabela 66.

**Szacowany wzrost samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych
w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku
turystyki medycznej 30%)**

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwo podlaskie	wydatki majątkowe inwestycyjne w zł	wartość rynku turystyki med. w PKB (jako 0,07% PKB) w mln zł	wartość rynku turystyki med. w PKB (stopa wzrostu 30%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	udział samorz. maj. wyd. inwest. w PKB	nowe samorz. maj. wydatki inwest. w zł	wzrost wielkości samorz. maj. wyd. inwest. w zł
2002	19624	36932681,00	13,74	13,74	19624,00	0,188%	36932681,00	0,00
2003	20186	30313328,00	14,13	17,86	20189,73	0,150%	30318925,80	5597,80
2004	21675	41080287,00	15,17	23,22	21683,04	0,190%	41095530,19	15243,19
2005	22952	41938626,00	16,07	30,18	22966,11	0,183%	41964414,36	25788,36
2006	24405	117257329,31	17,08	39,23	24427,15	0,480%	117363753,01	106423,70
2007	27321	106216544,44	19,12	51,00	27352,88	0,389%	106340481,54	123937,10
2008	29059	103897440,56	20,34	66,30	29104,96	0,358%	104061778,68	164338,12
2009	30941	339026568,58	21,66	86,20	31005,54	1,096%	339733720,55	707151,97
2010	32090	154441153,69	22,46	112,06	32179,59	0,481%	154872339,04	431185,35
2011	33039	237107049,41	23,13	145,67	33161,54	0,718%	237986500,53	879451,12

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

Według kalkulacji IBEF, stopa wzrostu rynku turystyki medycznej w Indiach wynosi 20%. Jeśli założyć, że podobna stopa wzrostu w latach 2002 – 2011 była w województwie podlaskim, zaś udział tego sektora w rynku pozostał na poziomie 0,07%, można by podobnie oszacować wpływ rynku turystyki medycznej, jaki by miała na poziom samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych w województwie (por. Tab. 67). Okazuje się, że przy powyższych założeniach, w roku 2003 samorządowe majątkowe wydatki inwestycyjne wzrosłyby o 3534,94 zł (o 0,01%), zaś w roku 2011 – już ich wartość wzrosłaby już o 342693 zł (o 0,14%).

Tabela 67.

**Szacowany wzrost samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych
w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku
turystyki medycznej 20%)**

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwo podlaskie	wydatki majątkowe inwestycyjne w zł	wartość rynku turystyki med. w PKB (jako 0,07% PKB) w mln zł	wartość rynku turystyki med. w PKB (stopa wzrostu 20%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	udział samorz. maj. wyd. inwest. w PKB	nowe samorz. maj. wydatki inwest. w zł	wzrost wielkości samorz. maj. wyd. inwest.
2002	19624	36932681,00	13,74	13,74	19624,00	0,188%	36932681,00	0,00
2003	20186	30313328,00	14,13	16,48	20188,35	0,150%	30316862,94	3534,94
2004	21675	41080287,00	15,17	19,78	21679,61	0,190%	41089021,40	8734,40
2005	22952	41938626,00	16,07	23,74	22959,67	0,183%	41952642,31	14016,31
2006	24405	117257329,31	17,08	28,48	24416,40	0,480%	117312107,67	54778,36
2007	27321	106216544,44	19,12	34,18	27336,06	0,389%	106275081,35	58536,91
2008	29059	103897440,56	20,34	41,02	29079,68	0,358%	103971367,47	73926,91
2009	30941	339026568,58	21,66	49,22	30968,56	1,096%	339328578,87	302010,29
2010	32090	154441153,69	22,46	59,07	32126,60	0,481%	154617313,46	176159,77
2011	33039	237107049,41	23,13	70,88	33086,75	0,718%	237449742,41	342693,00

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

Oddziały chirurgii plastycznej w Polsce¹³⁴:

- Klinika Chirurgii Plastycznej CMKP Warszawa,
- Klinika Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej UM w Łodzi,
- Klinika i Katedra Chirurgii Plastycznej Akademii Medycznej w Bydgoszczy,
- PZOZ Specjalistyczne Centrum Medyczne, Oddział Chirurgii Plastycznej, Polanica Zdrój,
- Klinika Chirurgii Plastycznej AM, Gdańsk,
- Oddział Chirurgii Rekonstrukcyjnej Śląskiej Akademii Medycznej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr. 5 im. Św. Barbary, Sosnowiec,
- Oddział Kliniczny Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Leczenia Oparzeń Wojskowego Instytutu Medycznego Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Obrony Narodowej, Warszawa,
- Oddział Chirurgii Plastycznej, Szpital Kolejowy, Wrocław,
- Oddział Chirurgii Plastycznej i Leczenia Oparzeń, Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera, Kraków,
- Centrum Leczenia Oparzeń i Rekonstrukcji, Zachodniopomorski Szpital Specjalistyczny w Gryficach,
- Oddział Chirurgii Plastycznej i Leczenia Oparzeń, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli.

¹³⁴ <http://ptchpri.republika.pl/oddz.html> (data dostępu 3.01.2011 r.)

Zgodnie z danymi, które prezentuje Polskie Towarzystwo Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej w Polsce znajduje się jedenaście placówek, które zajmują się chirurgią plastyczną, rekonstrukcyjną i estetyczną: 3 kliniki chirurgii plastycznej, Klinika Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej, Centrum Leczenia Oparzeń i Rekonstrukcji oraz sześć oddziałów zajmujących się głównie chirurgią plastyczną. Województwo podlaskie nie posiada tego typu placówki zarejestrowanej w Polskim Towarzystwie Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej. Jednak w podlaskim znajduje się Klinika Chirurgii Szczękowo – Twarzowej i Plastycznej przy Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, która zajmuje się leczeniem chirurgicznym:

- urazów twarzoczaszki,
- wad rozwojowych,
 - rozszczepów podniebienia pierwotnego i wtórnego,
 - operacje korekcyjne deformacji porozczepowych (obejmujące zabiegi w zakresie kości lub tkanek miękkich)
 - zabiegi ortognatyczne u pacjentów z wadami rozwojowymi szczęki i żuchwy (np. progenia, retrogenia, laterogenia), również z zastosowaniem osteodystrakcji
 - torbieli wrodzonych szyi,
 - torbieli kości szczęk,
- nowotworów zlokalizowanych w jamie ustnej, nowotworów ślinianek oraz nowotworów skóry twarzy i szyi,
- zapaleń tkanek miękkich (ropni i ropowic) i kości części twarzowej czaszki,
- chorób zębopochodnych zatok szczękowych,
- chorób ślinianek (kamica, torbiele, zapalenia),
- leczeniem stanów przedrakowych błony śluzowej
- leczeniem deformacji twarzoczaszki po urazach, zabiegach onkologicznych i oparzeniach - również z zastosowaniem ekspanderów,
- nieprawidłowości zębowych - usuwanie zębów zatrzymanych, nieprawidłowo położonych, odsłanianie zębów na potrzeby leczenia ortodontycznego,
- powikłań poekstrakcyjnych (krwawienia, wtłoczenie korzeni do zatoki szczękowej, kanału żuchwowego i tkanek miękkich)

W Klinice Chirurgii Szczękowo – Twarzowej i Plastycznej wykonuje się jedynie zabiegi twarzoczaszki i onkologiczne, są one refundowane z NFZ i niewielu pacjentów przyjeżdża tu spoza województwa w celu wykonania zabiegu.

ROZDZIAŁ 5

USŁUGI KOSMETYCZNO – DIETETYCZNE A ROZWÓJ GOSPODARKI WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO

5.1. Usługi kosmetyczno- dietetyczne a zatrudnienie

Turyści zdrowotni korzystają najczęściej z usług kosmetyczno – dietetycznych w obiektach SPA prowadzonych przez hotele. W województwie podlaskim znajduje się jak dotąd niewiele hoteli, które w swojej ofercie posiadają kompleksowe tego typu usługi na miejscu. Należą do nich między innymi trzygwiazdkowy Hotel „Warszawa” w Augustowie, czterogwiazdkowy Hotel „Żubrówka” w Białowieży, czterogwiazdkowy Hotel Branicki w Białymstoku.

W mniemaniu wielu ludzi wypielęgnowana twarz, zdrowe zadbane ciało i nienaganna sylwetka jest oznaką powodzenia w życiu i stanowi drogę do sukcesu. Rosnące zapotrzebowanie na usługi związane z poprawą urody oraz zdrowym odżywianiem przekładają się na intensywny rozwój usług sektora kosmetyki i dietetyki. Pomimo, że kosmetyka w naszym kraju jest względnie młodą dziedziną, jednak rozwija się w bardzo szybkim tempie i przynosi wysokie dochody. Należy rozróżnić dwa terminy: kosmetyczka i kosmetolog. Słowo kosmetyka pochodzi od greckiego kosmetikós ("sprawny w zdobieniu"), zaś kosmetolog to osoba, której bliżej jest do specjalisty konsultanta niż osoby zajmującej się poprawianiem urody. Polski rynek kosmetyczny jest rozdrobniony – pod względem liczby tego typu zakładów Polska znajduje się w światowej czołówce. Pomimo dużych zagranicznych koncernów, które weszły na rynek, często zdarza się, że małe rodzinne firmy, bardzo dobrze prosperują.

Wydaje się, że na rozwój gospodarki województwa podlaskiego wpływają usługi kosmetyczno – dietetyczne. Istotne jest, że czas potencjalnego klienta na relaks, dbanie o siebie z roku na rok jest coraz krótszy. Dlatego też rynek usług kosmetycznych staje się coraz bardziej wymagający i konkurencyjny. Szacuje się, że w miarę upływu czasu będzie wzrastał popyt na kosmetyczne usługi zintegrowane, czyli oferowanie kilku usług jednocześnie. Wraz ze wzrostem zamożności społeczeństwa, wzrasta popyt na dobra luksusowe. Przypuszcza się zatem, że branża kosmetyczno – dietetyczna należy do branż rozwojowych, zaś zawody kosmetyczki, wizażystki, kosmetologa, czy dietetyka – to zawody przyszłości.

W związku z rosnącym zapotrzebowaniem na usługi kosmetyczno – dietetyczne, wydaje się, że zatrudnienie w tej branży z roku na rok wzrasta. Świadczyć o tym może np. rosnąca liczba gabinetów kosmetycznych na terenie całej Polski, w tym również na terenie województwa podlaskiego.

Zdaniem specjalistów sukces w branży SPA można osiągnąć proponując ponadprzeciętną jakość usług lub bardzo niskie ceny. Ponadprzeciętną jakość usług

reprezentuje przynajmniej kilkanaście obiektów, Business Poland Travel opublikował listę 21 najlepszych hoteli SPA w Polsce. Zgodnie z badaniami oczekiwań klientów, które przeprowadziła firma Comfortum, w takim obiekcie nie powinno zabraknąć basenu, jacuzzi, kąpeli saunowych, ale też gabinetów masażu, kosmetyki twarzy i ciała, a także ciekawych usług towarzyszących jak nordic walking, aquaerobik. Polski klient oczekuje też gastronomii na ponadprzeciętnym poziomie, wellnessowych dań, przytulnego pokoju, dogodnego położenia nie wtopionego w zabudowę, a przede wszystkim spokoju i bezproblemowego pobytu. W polskim prawie nie ma jednak regulacji, które określałyby, który obiekt może używać nazwy SPA lub wellness. Każdy hotelarz, czy właściciel salonu odnowy może nazwać go SPA i jako taki obiekt reklamować i nie można zarzucić mu nieprawdy¹³⁵.

Według szacunków na rok 2006, w Polsce istniało około 100 obiektów SPA i aby zapewnić pełne zapotrzebowanie potrzeba ich około 1000. Rynek ten wówczas powiększał się o około 50 – 70%¹³⁶. Według szacunków firmy Deloitte pod koniec roku 2011 istniało w Polsce około 600 ośrodków SPA, w roku 2012 dołączyć do nich miało 90 placówek, natomiast stan na koniec 2013 miałby zamknąć się 800 placówkami¹³⁷. Podobne szacunki opublikowała w grudniu 2011 gazeta prawna, według której liczba obiektów SPA na rok 2011 wyniosła około 600, z czego 250 to placówki prowadzone przez hotele. W latach 2015 – 2016 liczba ta ma się podwoić¹³⁸. Według innych szacunków w roku 2017 obiektów SPA w Polsce ma być 1200, natomiast w roku 2012 około 600 istniejących obsługiwało pół miliona osób¹³⁹. Jak dodaje gazeta prawna, wartość rynku SPA na rok 2011 szacowano na 200 mln zł, z roczną stopą wzrostu 10 – 20%¹⁴⁰.

Przyjmując powyższe, udział rynku SPA w PKB w roku 2011 stanowi 0,013%. Gdyby założyć, że w województwie podlaskim udział rynku turystyki kosmetyczno - dietetycznej w PKB był na poziomie 0,013%, oraz przyjąć, że stopa wzrostu rynku tego sektora była na poziomie 20%, można oszacować wpływ tego sektora rynku na poziom zatrudnienia w województwie w latach 2002 – 2011.

Zgodnie z ekspertyzą Instytutu Badań Strukturalnych przyjmuje się, że średnia dynamika wzrostu PKB dla województwa podlaskiego w latach 2010 – 2013 będzie wynosić 103,4%.

Korzysta się ze wzorów:

$$r_{xy} = \frac{COV(X,Y)}{S_x S_y},$$

gdzie $COV(X,Y)$ - kowariancja pomiędzy cechami X i Y

¹³⁵ S. Ostrowski, Wyrastamy na lidera w branży SPA, taniego SPA, biznes.pl. (data dostępu 06.10.2012 r.).

¹³⁶ Zanim zapłacisz za SPA, „Hotelarz” 10/2006, www.e-hotelarz.pl (data dostępu 06.10.2012 r.).

¹³⁷ Potencjał polskiego rynku SPA, styczeń 2012, spa.warszawa.pl. (data dostępu 06.10.2012 r.).

¹³⁸ P. Otto, Polska powoli staje się zagłębiem usług spa dla całej Europy, 16 grudnia 2011, gazetaprawna.pl (data dostępu 06.10.2012 r.).

¹³⁹ S. Ostrowski, Wyrastamy na lidera w branży SPA, taniego SPA, biznes.pl. (data dostępu 06.10.2012 r.).

¹⁴⁰ P. Otto, Polska powoli staje się zagłębiem usług spa dla całej Europy, 16 grudnia 2011, gazetaprawna.pl (data dostępu 06.10.2012 r.).

S_x, S_y - odchylenie standardowe cechy X, odchylenie standardowe cechy Y

r_{xy} - współczynnik korelacji (Pearsona)

$$COV(X, Y) = \frac{1}{N} \sum (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})$$

Mając dane wielkości PKB i przeciętnego zatrudnienia w województwie podlaskim w latach 2002 - 2011, oblicza się współczynnik korelacji Pearsona pomiędzy wielkością PKB a wielkością przeciętnego zatrudnienia.¹⁴¹ Jego wartość wynosi 0,64, co oznacza, że w badanych latach wystąpiła umiarkowana dodatnia zależność liniowa wielkością PKB w województwie podlaskim (cecha X) a przeciętnym zatrudnieniem w województwie (cecha Y). Wraz ze wzrostem wielkości PKB, rosły średnie wartości przeciętnego zatrudnienia.

Tabela 68.

Szacowana liczba nowych etatów w sektorze turystyki kosmetyczno - dietetycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 20%)

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwo podlaskie	przeciętne zatrudnienie	wartość rynku tur. kosmet.- diet. w PKB jako 0,013% PKB w mln zł	wartość rynku tur. kosmet.- diet. w PKB (stopa wzrostu 20%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	wskaźnik =liczba etatów przypadających na 1 mln PKB	nowe przeciętne zatrudnienie	liczba nowych etatów
2002	19624	205072	2,55	2,55	19624,00	10,45	205072,00	0,00
2003	20186	205660	2,62	3,06	20186,44	10,19	205664,45	4,45
2004	21675	202524	2,82	3,67	21675,86	9,34	202532,00	8,00
2005	22952	203185	2,98	4,41	22953,42	8,85	203197,61	12,61
2006	24405	205473	3,17	5,29	24407,12	8,42	205490,83	17,83
2007	27321	213375	3,55	6,35	27323,80	7,81	213396,84	21,84
2008	29059	221611	3,78	7,62	29062,84	7,63	221640,28	29,28
2009	30941	212193	4,02	9,14	30946,12	6,86	212228,10	35,10
2010	32090	208646	4,17	10,97	32096,80	6,50	208690,20	44,20
2011	33039	211008	4,30	13,16	33047,87	6,39	211064,64	56,64

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

Mając dane wielkości PKB w województwie podlaskim w latach 2002 - 2011, obliczono wartości rynku turystyki kosmetyczno - dietetycznej (jako 0,013% PKB, kolumna 4) oraz wartości rynku turystyki kosmetyczno - dietetycznej z 20% stopą wzrostu rynku tych usług (kolumna 5). Na tej podstawie oszacowano wartości nowego PKB (kolumna6=kolumna2+kolumna5-kolumna4). Następnie obliczono

¹⁴¹ Główny Urząd Statystyczny definiuje pojęcie przeciętnego zatrudnienia jako średnią wielkość zatrudnienia obliczoną dla badanego okresu (np. miesiąca, kwartału, roku) na podstawie ewidencyjnego stanu zatrudnienia. Przeciętne zatrudnienie w badanym okresie uwzględnia pracowników pełnozatrudnionych oraz niepełnozatrudnionych w przeliczeniu na pełne etaty.

wskaźnik liczby etatów przypadających na 1 mln PKB, dzieląc wartości przeciętnego zatrudnienia (kolumna3) przez wielkości PKB w województwie podlaskim (kolumna2), którego wartości podane są w kolumnie 7 (por. Tab. 68). Mnożąc wartości wskaźnika przez wartości nowego PKB, w kolumnie 8 oszacowano wartości nowego przeciętnego zatrudnienia. W kolumnie 9 oszacowano zaś liczbę nowych etatów w latach 2002 – 2011 (kolumna8 – kolumna3). Okazuje się, że przy powyższych założeniach, w roku 2003 gospodarka byłaby w stanie wygenerować o 4 pełne etaty więcej niż było w rzeczywistości (wzrost o 0,002%), zaś w roku 2011 – już 56 nowych pełnych etatów, czyli o 0,03% więcej (zaś wielkość PKB powiększyłaby się o 8,87 mln zł).

Gdyby zaś założyć, że w województwie podlaskim udział rynku turystyki kosmetyczno - dietetycznej w PKB był na poziomie 0,013%, oraz przyjąć, że stopa wzrostu rynku tego sektora była na poziomie 10%, w roku 2003 gospodarka byłaby w stanie wygenerować o 1 pełny etat więcej niż było w rzeczywistości, co daje wzrost o 0,0009% (por. Tab. 69). W roku 2011 – powstałoby już 10 nowych pełnych etatów, czyli wzrost byłby na poziomie 0,005% (zaś wielkość PKB powiększyłaby się o 1,72 mln zł).

Tabela 69.

**Szacowana liczba nowych etatów w sektorze turystyki kosmetyczno -
dietetycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011
(stopa wzrostu rynku 10%)**

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwo podlaskie	przeciętne zatrudnienie	wartość rynku tur. kosmet.- diet. w PKB jako 0,013% PKB w mln zł	wartość rynku tur. kosmet.- diet. w PKB (stopa wzrostu 10%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	wskaźnik=liczba etatów przypadających na 1 mln PKB	nowe przeciętne zatrudnienie	liczba nowych etatów
2002	19624	205072	2,55	2,55	19624,00	10,45	205072,00	0,00
2003	20186	205660	2,62	2,81	20186,18	10,19	205661,85	1,85
2004	21675	202524	2,82	3,09	21675,27	9,34	202526,51	2,51
2005	22952	203185	2,98	3,40	22952,41	8,85	203188,65	3,65
2006	24405	205473	3,17	3,74	24405,56	8,42	205477,74	4,74
2007	27321	213375	3,55	4,11	27321,56	7,81	213379,35	4,35
2008	29059	221611	3,78	4,52	29059,74	7,63	221616,66	5,66
2009	30941	212193	4,02	4,97	30941,95	6,86	212199,51	6,51
2010	32090	208646	4,17	5,47	32091,30	6,50	208654,43	8,43
2011	33039	211008	4,30	6,02	33040,72	6,39	211018,99	10,99

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

Jako przykład do badań ilości gabinetów kosmetycznych na terenie województwa podlaskiego posłużyło miasto Augustów. Jak wynika z rozmów przeprowadzonych z kosmetyczkami prowadzącymi gabinety w Augustowie, turyści przyjeżdżający do Augustowa na urlop, dość często korzystają z miejscowych usług

w zakresie kosmetologii. Jednak należy zaznaczyć, że nie jest to głównym celem przyjazdu turystów (wg GUS MZ – 46, liczba gabinetów na Podlasiu w roku 2007 wyniosła 181, zaś w 2010 – już 290).

Wykres 15.

Liczba gabinetów kosmetycznych w Augustowie w latach 2000 - 2011



Źródło: Opracowanie własne.

Obserwuje się dynamiczny wzrost liczby gabinetów kosmetycznych w Augustowie (por. Wykres 15). Ich liczba w latach 2000 – 2011 z roku na rok się zwiększa. W roku bazowym w miesiącu odnotowano 4 salony kosmetyczne, zaś do końca roku 2002 ich liczba powiększyła się o 50%. Największy przyrost liczby gabinetów kosmetycznych zaobserwowano w roku 2004 – wzrost o 62,5%, wówczas ich ilość uplasowała się na poziomie 13 (przybyło 5 gabinetów). Istotny przyrost ilości salonów kosmetycznych w Augustowie dokonał się w roku 2003 (33,3%), 2006 (21,4%), 2008 (16,7%), 2010 (13,6%) oraz 2011 (12%). W pozostałych badanych latach liczba nowych gabinetów kosmetycznych była poniżej 10%.

Wielkość zatrudnienia w branży kosmetycznej rośnie wraz ze wzrostem liczby gabinetów kosmetycznych. Pomimo, że stan zatrudnienia w branży kosmetyczno – dietetycznej wzrasta, to najczęściej są to jednoosobowe firmy z usługami kosmetycznymi. Szczególnie w małych miastach, np. w Augustowie brakuje miejsc, gdzie można skorzystać z kompleksowych usług typu: profesjonalnego kosmetyka, dietetyka, fryzjera, etc.

Jak wcześniej wspomniano, w województwie podlaskim znajduje się niewiele hoteli, które w swojej ofercie posiadają kompleksowe usługi SPA na miejscu. Są to m. in. trzygwiazdkowy Hotel „Warszawa” w Augustowie, czy czterogwiazdkowy Hotel „Żubrówka” w Białowieży. Jako przykład na egzemplifikację posłużył trzygwiazdkowy Hotel Warszawa w Augustowie, który udostępnił dane statystyczne do wykorzystania w niniejszej rozprawie. W Hotelu Warszawa w Augustowie obserwuje się wzrost liczby gości korzystających ze SPA. W latach 2010 – 2012 udział procentowy osób korzystających z tego typu usług hotelowych wynosił odpowiednio: 14,8%, 17% i 21,5%. Najmniej gości korzystało ze SPA w miesiącach letnich, chociaż, jak twierdzi kierownictwo hotelu, nie jest to reguła. Obserwuje się również wzrost liczby zabiegów wykonywanych w SPA.

Reasumując wydaje się, że usługi kosmetyczno – dietetyczne wykonywane na Podlasiu turystom nie mają jak dotąd istotnego wpływu na poziom zatrudnienia w

województwie. Turyści nieraz korzystają z usług gabinetów kosmetycznych, jednak nie jest to (jak twierdzą Panie kosmetyczki) na wielką skalę. Również niewielka ilość gości hotelowych Spa korzysta z usług kosmetyczno – dietetycznych.

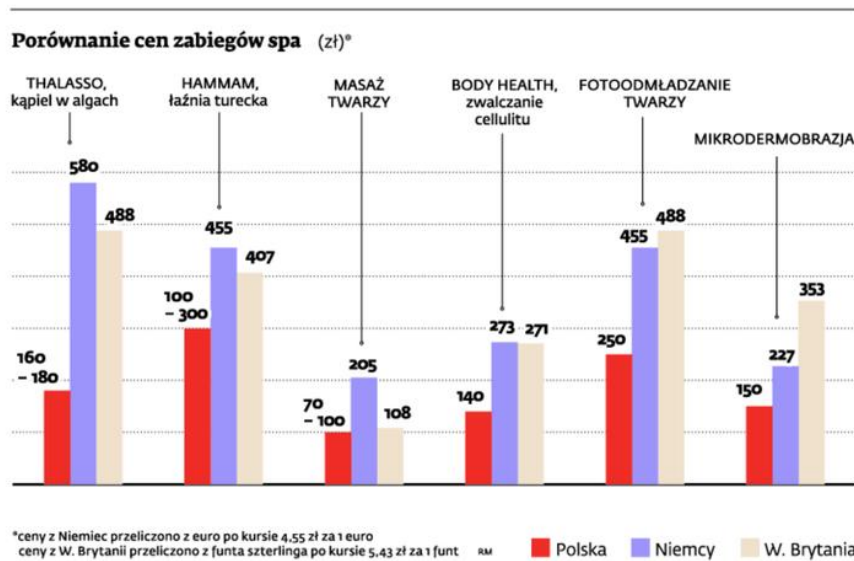
5.2. Usługi kosmetyczno- dietetyczne a dochody ludności

Wraz z lepszym wykorzystaniem zaplecza rekreacyjnego w reklamujących się jako SPA lub posiadających rzeczywiste centra odnowy biologicznej hotelach wzrasta wykorzystanie miejsc noclegowych. Chociaż ze względu na o wiele mniej korzystną niż w Europie Zachodniej lub USA relację ceny do średniego poziomu dochodów społeczeństwa wzrost obrotów obiektów nie jest tak duży, jednak biznes się opłaca. Z analizy hoteli działających w USA wynika, że w tych, które są wyposażone w SPA, średnioroczne wykorzystanie miejsc jest wyższe od 3 do 5 proc. od obiektów nie oferujących takich usług, ponadto uzyskują one również wyższą o ok. 5 proc. średnią cenę za sprzedany pokój, a co za tym idzie i większy przychód z jego sprzedaży¹⁴².

Polskie Spa odwiedzają najczęściej Niemcy, Francuzi, Brytyjczycy, mieszkańcy Stanów Zjednoczonych, coraz więcej też jest gości z Bliskiego Wschodu, Rosji i Ukrainy, zaś nadmorskie Spa upodobali sobie szczególnie szejkowie z Arabii Saudyjskiej.

Rysunek 16.

Porównanie cen zabiegów SPA



Źródło: P. Otto, Polska powoli staje się zagłębiem usług spa dla całej Europy, 16 grudnia 2011, gazetaprawna.pl, (data dostępu 06.10.2012 r.).

Nasz kraj kusi nie tylko niższymi nawet o połowę w porównaniu z Europą Zachodnią cenami, ale również nowoczesną bazą. Zabieg ultradźwiękami na twarz i

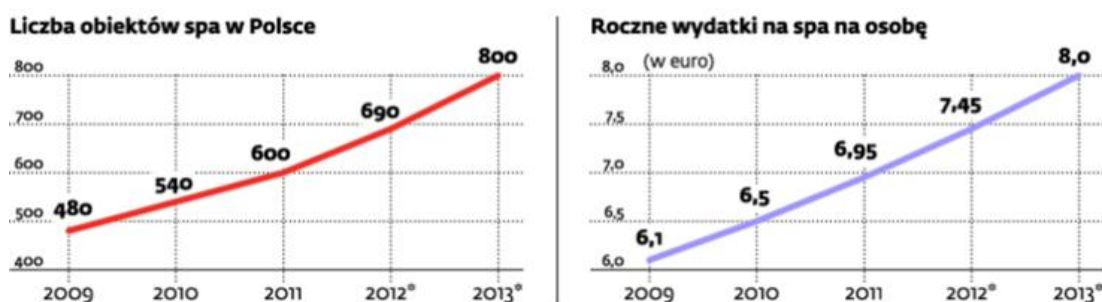
¹⁴² Zanim zapłacisz za SPA, „Hotelarz” 10/2006, www.e-hotelarz.pl (data dostępu 06.10.2012 r.).

szycję to wydatek około 200 zł, zaś we Włoszech czy Austrii trzeba za niego zapłacić nawet ponad 100 euro (por. Rysunek 16)¹⁴³.

Z roku na rok rosną średnie wydatki polskiego konsumenta na zabiegi oferowane w ośrodkach SPA. W 2011 były na poziomie 6,95 euro, natomiast prognozy przewidują, że w 2012 nastąpi wzrost tej kwoty o 7%, czyli będzie ona równa 7,45 euro, natomiast w roku 2013 będzie to już 8 euro (por. Rysunek 17)¹⁴⁴.

Rysunek 17.

Liczba obiektów SPA w Polsce i roczne wydatki na SPA na osobę



Źródło: Potencjał polskiego rynku SPA, styczeń 2012, spa.warszawa.pl (data dostępu 06.10.2012 r.).

Gdyby założyć, że w województwie podlaskim udział rynku turystyki kosmetyczno - dietetycznej w PKB był na poziomie 0,013%, oraz przyjąć, że stopa wzrostu rynku tego sektora była na poziomie 20%, można oszacować wpływ tego sektora rynku na poziom dochodów ludności w województwie w latach 2002 – 2011.

Mając dane wielkości PKB w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (por. Tab. 70), obliczono wartości rynku turystyki kosmetyczno - dietetycznej (jako 0,013% PKB, kolumna 4) oraz wartości rynku turystyki medycznej z 20% stopą wzrostu rynku tych usług (kolumna 5). Na tej podstawie oszacowano wartości nowego PKB (kolumna6=kolumna2+kolumna5-kolumna4). Następnie mając oszacowane w kolumnie 7 wielkości dodatkowo utworzonych etatów w sektorze turystyki medycznej (por. Tab. 68), obliczono wartości wzrostu dochodów ludności w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011, mnożąc liczbę nowo utworzonych etatów w danym roku przez wielkość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia (kolumna8=kolumna3xkolumna7). Okazuje się, że przy powyższych założeniach, w roku 2003 wielkość dochodów ludności wzrosłaby miesięcznie o 8612,26 zł w porównaniu z rzeczywistymi (o 0,002%), zaś w roku 2011 – już o 170047,09 zł (o 0,03%).

¹⁴³ P. Otto, Polska powoli staje się zagłębiem usług spa dla całej Europy, 16 grudnia 2011, gazetaprawna.pl (data dostępu 06.10.2012 r.).

¹⁴⁴ Potencjał polskiego rynku SPA, styczeń 2012, spa.warszawa.pl (data dostępu 06.10.2012 r.).

Tabela 70.

**Szacowana wielkość wzrostu dochodów ludności w sektorze turystyki
kosmetyczno – dietetycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011
(stopa wzrostu rynku 20%)**

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwo podlaskie	przeciętne wynagrodzenie w zł	wartość rynku tur. kosmet.- diet. w PKB jako 0,013% PKB w mln zł	wartość rynku tur. kosmet. - diet. w PKB (stopa wzrostu 20%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	liczba nowych etatów	wzrost dochodów ludności w zł
2002	19624	1840,21	2,55	2,55	19624,00	0,00	0,00
2003	20186	1933,63	2,62	3,06	20186,44	4,45	8612,26
2004	21675	2005,14	2,82	3,67	21675,86	8,00	16034,90
2005	22952	2085,12	2,98	4,41	22953,42	12,61	26295,87
2006	24405	2186,74	3,17	5,29	24407,12	17,83	38982,19
2007	27321	2373,76	3,55	6,35	27323,80	21,84	51839,80
2008	29059	2610,21	3,78	7,62	29062,84	29,28	76438,09
2009	30941	2721,99	4,02	9,14	30946,12	35,10	95554,45
2010	32090	2854,02	4,17	10,97	32096,80	44,20	126140,95
2011	33039	3002,37	4,30	13,16	33047,87	56,64	170047,09

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

Gdyby zaś założyć, że w województwie podlaskim udział rynku turystyki kosmetyczno - dietetycznej w PKB był na poziomie 0,013%, oraz przyjmując, że stopa wzrostu rynku tego sektora była na poziomie 10%, można by podobnie oszacować wpływ rynku tego sektora, jaki by miała na poziom dochodów ludności w województwie w latach 2002 – 2011 (por. Tab. 71). Okazuje się, że przy powyższych założeniach, w roku 2003 wielkość dochodów ludności wzrosłaby miesięcznie o 3586,48 zł (czyli o 0,0009%), zaś w roku 2011 – już o 32987,54 zł (o 0,005%).

Tabela 71.

**Szacowana wielkość wzrostu dochodów ludności w sektorze turystyki
kosmetyczno – dietetycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011
(stopa wzrostu rynku 10%)**

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwo podlaskie	przeciętne wynagrodzenie w zł	wartość rynku tur. kosmet.- diet. w PKB jako 0,013% PKB w mln zł	wartość rynku tur. kosmet. - diet. w PKB (stopa wzrostu 10%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	liczba nowych etatów	wzrost dochodów ludności w zł
2002	19624	1840,21	2,55	2,55	19624,00	0,00	0,00
2003	20186	1933,63	2,62	2,81	20186,18	1,85	3586,48
2004	21675	2005,14	2,82	3,09	21675,27	2,51	5041,78
2005	22952	2085,12	2,98	3,40	22952,41	3,65	7600,96
2006	24405	2186,74	3,17	3,74	24405,56	4,74	10355,07
2007	27321	2373,76	3,55	4,11	27321,56	4,35	10323,83
2008	29059	2610,21	3,78	4,52	29059,74	5,66	14766,24
2009	30941	2721,99	4,02	4,97	30941,95	6,51	17716,85
2010	32090	2854,02	4,17	5,47	32091,30	8,43	24065,11
2011	33039	3002,37	4,30	6,02	33040,72	10,99	32987,54

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

W miarę wzrostu zamożności społeczeństwa, wzrasta popyt na dobra luksusowe. Do dóbr luksusowych zalicza się usługi kosmetyczek, kosmetologów, dietetyków i żywieniowców.

Tabela 72.
Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w zł według zawodów w województwie podlaskim za październik 2001 - 2008

Rok	Fryzjerzy, kosmetyczki i pokrewni	Dietetycy i żywieniowcy	Specjaliści technologii żywności i żywienia człowieka
2001	.	1703,34	.
2002	.	1408,14	.
2004	866,00	1641,92	2906,97
2006	899,74	1865,82	3706,00
2008	1442,64	2268,88	4020,02

Źródło: Dane opracowane na podstawie sprawozdania Z-12 – struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku, Urząd Statystyczny w Białymstoku.

Zatrudnienie w branży kosmetycznej wiąże się najczęściej z pracą na własny rachunek. Pomimo, że przeciętne miesięczne wynagrodzenie kosmetyczki w latach 2004 – 2008 kształtuje się na niskim poziomie, zatrudnienie w tej branży dynamicznie rośnie (por. Tab. 72). W roku 2004 wynagrodzenie w tym zawodzie kształtowało się a poziomie 866 zł, zaś w roku 2008 było o 66,6% wyższe i wyniosło 1442,64 zł. Jednak wiele kosmetyczek nie ma ukończonych studiów wyższych, co oznacza, że oferują one podstawowe zabiegi, które są znacznie tańsze w porównaniu do oferty profesjonalnego kosmetologa. Dobry kosmetolog z kompleksową ofertą jest w stanie zarobić kilkakrotnie więcej. Znacznie wyższe przeciętne zarobki dotyczą dietetyków żywieniowców, które w roku 2008 uplasowały się na poziomie 2268,88 zł. W roku 2001 miały wartość 1703,34, po czym rok później odnotowano spadek przeciętnego wynagrodzenia rzędu 17%. Jeszcze w roku 2004 poziom średniego wynagrodzenia dietetyka i żywieniowca był niższy w porównaniu do roku bazowego. Najwyższe zarobki mają specjaliści technologii żywności i żywienia człowieka. W roku 2008 były one na poziomie 4020,02 zł.

Tabela 73.
Przeciętne ceny detaliczne niektórych usług konsumpcyjnych w województwie podlaskim w wybranych miesiącach w latach 2000 – 2009

Rok	Pielęgnowanie paznokci u rąk (manicure kompletny, tj. ze zmyciem i 2 – krotnym lakierowaniem): opłata łącznie z wartością zużytych materiałów	Ufarbowanie brwi i rzęs wraz z regulacją brwi; opłata łącznie z wartością henny	Lecznice oczyszczanie skóry twarzy (łojotok, trądzik, prosaki) opłata za pełny zabieg
2000	16,79	13,36	42,79
2001	17,86	14,36	44,64
2002	19,29	15,71	47,21
2003	20,36	16,14	48,21
2004	21,71	16,86	49,21
2005	21,71	17,00	50,50
2006	23,00	18,30	54,00
2007	23,20	18,40	56,50
2008	22,50	18,50	61,30
2009	23,40	19,30	65,30

Źródło: Badanie cen detalicznych towarów i usług konsumpcyjnych, Urząd Statystyczny w Białymstoku, dane zamawiane.

W latach 2000 – 2009 ceny zabiegów kosmetycznych w województwie podlaskim z roku na rok rosły (por. Tab. 73). Opłata kompletnego manicure w lipcu roku 2000 wynosiła 16,79 zł, zaś w roku 2009 wzrosła o 40% i wyniosła 23,40 zł. Oczyszczanie skóry u kosmetyczki w r. 2000 kosztowało ok. 42 zł, zaś w r. 2009 już ponad 65 zł, zatem nastąpił wzrost ceny usług o 55%. Cena ufarbowania brwi i rzęs wraz z regulacją w badanym okresie czasowym również wzrosła o ok. 45%. Zatem w latach 2000 – 2009 ceny usług oferowanych w gabinetach kosmetycznych wzrosły o ok. 40 – 50%.

W branży hotelowej w województwie podlaskim zaobserwowano spadek średniej miesięcznej kwoty wydanej w SPA. W latach 2010 – 2012 w Hotelu Warszawa kwota ta wyniosła odpowiednio: 210 zł, 160 zł i 148 zł. W badanym czasookresie nastąpił jej spadek o ok. 30%. Odnotowano również spadek procentowego udziału usług SPA w przychodach hotelu, który w latach 2007 – 2012 kształtował się następująco: 4,19%, 4,61%, 4,53%, 4,02%, 3,45%, 3,30%. W latach 2008- 2009 przychody z usług SPA oferowanych w hotelu rosły (w roku 2009 odnotowano wzrost na poziomie 12,8% w stosunku do roku poprzedniego), zaś w latach 2010 – 2011 przychody ulegały zmniejszeniu odpowiednio o: 21% i 11%.

Wydaje się, że usługi kosmetyczno – dietetyczne wykonywane na Podlasiu turystom nie mają jak dotąd istotnego wpływu na poziom dochodów ludności w województwie.

5.3. Usługi kosmetyczno- dietetyczne a rozwój infrastruktury

Zapotrzebowanie na specjalistów z zakresu kosmetyki, kometologii, dietetyki, pielęgnacji zdrowia i urody w Polsce jest coraz większe. Ciągły wzrost liczby salonów kosmetycznych, gabinetów odnowy biologicznej, fitness i SPA jest odpowiedzią na wzrastający popyt na tego typu usługi. W związku z tym, że trudność wykonywanych zabiegów jest dużo większa niż niegdyś, specjalistyczne zabiegi wymagają specjalistycznej fachowej wiedzy popartej dyplomami. Zawód kosmetyka wymaga gruntownej wiedzy medycznej z zakresu fizjologii, anatomii, dermatologii, biologii. Wzrastające zapotrzebowanie na usługi lecznicze i relaksacyjne powoduje, że placówek typu SPA i Wellness ciągle przybywa. Koniunkturę na zabiegi napędzają kuracjusze z kraju i zagranicy.

Obserwuje się, że w chwili obecnej w Polsce wszystkie sektory rynku, które są związane z kosmologią, cechuje niezwykle dynamiczny rozwój. W Polsce w ostatnich latach kilkukrotnie wzrosła liczba salonów piękności, ilość SPA oraz salonów kosmetycznych szacuje się na 25 – 30 tysięcy. Jest też ponad 400 firm produkujących kosmetyki. Jednak w dalszym ciągu rynek wyrobów i usług kosmetycznych nie jest nasycony z uwagi na zmieniające się gusta i preferencje konsumentów. Obserwuje się wzrost zaplecza naukowego i edukacyjnego, który stymuluje rozwój branży kosmetycznej. Powstają studia o kierunku kosmologia, które są prowadzone zarówno na uczelniach państwowych, jak i prywatnych. Powstają również specjalności związane z kosmologią w ramach innych kierunków studiów. W wyniku tego wzrasta grupa studentów oraz absolwentów kierunku kosmologia.

Zagranicznych gości do polskich obiektów Spa przyciągają z jednej strony konkurencyjne ceny, gdyż wiele zabiegów w Polsce jest o wiele tańsza (nawet o 60%), niż te, które oferowane są zagranicą. Z drugiej zaś, turyści zagraniczni cenią wysoką jakość świadczonych w Polsce usług. Za granicą, np. w Niemczech i we

Francji, moda na powstawanie ośrodków SPA miała miejsce dobre 20 lat temu, toteż wiele z nich posiada przestarzały sprzęt i nadaje się do renowacji. W Polsce, hotele SPA powstały w ostatnich 4-5 latach, dzięki czemu, wyposażone są one w dobry sprzęt, a jednocześnie przyciągają do siebie czystością i estetyką budynków. Wielu inwestorów również zagranicznych dostrzega duży potencjał ośrodków SPA, dzięki czemu w Polsce, co kilka miesięcy otwierany jest nowy tego typu obiekt¹⁴⁵.

Większość polskich obiektów SPA i Wellness została wybudowana w ostatnich 3, 4 latach, na zachodzie Europy ośrodki są rozwijane od 20 lat. To oznacza, że wiele z nich wymaga nie tylko modernizacji, ale i większych remontów, zwłaszcza, że oferta zabiegów odnowy biologicznej stale się rozwija¹⁴⁶.

Według badań Instytutu Hotelarstwa głównym klientem hotelowych SPA jest kobieta w wieku 35 - 45 lat, wybierająca w nich w pierwszej kolejności zabiegi na twarz, a następnie masaże całościowe. Jeżeli już w hotelowym SPA pojawia się mężczyzna, wybiera on masaż całościowy a następnie równoważnie: zabieg na twarz lub manicure. Wyniki badania pokazują, że największą popularnością wśród klientów płci obojga w 2011 roku cieszą się zabiegi, które nie wymagają od gestorów hotelowych SPA dużych nakładów finansowych. Trend z lat 2009-2011, który potwierdza wyniki tegoroczne otwiera szersze możliwości tworzenia oferty SPA w obiektach niższych kategorii a także w obiektach hotelarskich takich jak domy wczasowe czy ośrodki wypoczynkowe, dla których główną barierą oferowania zabiegów SPA jest bariera ekonomiczna, inwestycyjna. Atrakcyjne dla gości SPA hotelowe, przynoszące dobre wyniki ekonomiczne nie wymaga koniecznie kolosalnych nakładów finansowych na jego wyposażenie w wyrafinowany, specjalistyczny sprzęt¹⁴⁷.

W województwie podlaskim kierunek kosmetyka studiować można na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, w Wyższej Szkole Kosmetyki i Ochrony Zdrowia w Białymstoku, Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach.

Gdyby założyć, że w województwie podlaskim udział rynku turystyki kosmetyczno - dietetycznej w PKB był na poziomie 0,013%, oraz przyjąć, że stopa wzrostu rynku tego sektora była na poziomie 20%, można oszacować wpływ rynku turystyki medycznej, jaki by miała na samorządowe majątkowe wydatki inwestycyjne w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011.

Zgodnie z ekspertyzą Instytutu Badań Strukturalnych przyjmuje się, że średnia dynamika wzrostu PKB dla województwa podlaskiego w latach 2010 – 2013 będzie wynosić 103,4%.

Korzysta się ze wzorów:

$$r_{xy} = \frac{COV(X,Y)}{S_x S_y},$$

gdzie $COV(X,Y)$ - kowariancja pomiędzy cechami X i Y

S_x, S_y - odchylenie standardowe cechy X, odchylenie standardowe cechy Y

¹⁴⁵ Potencjał polskiego rynku SPA, styczeń 2012, spa.warszawa.pl. (data dostępu 06.10.2012 r.).

¹⁴⁶ Otto P., Polska powoli staje się zagłębieniem usług spa dla całej Europy, 16 grudnia 2011, gazetaprawna.pl, (data dostępu 06.10.2012 r.).

¹⁴⁷ J. Piasta, Hotelarstwo w Polsce 2011 SPA w hotelach: trendy i RevPACH raport, Instytut Hotelarstwa, Warszawa 2011.

r_{xy} - współczynnik korelacji (Pearsona)

$$COV(X, Y) = \frac{1}{N} \sum (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})$$

Mając dane wielkości PKB i samorządowych wydatków inwestycyjnych w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011, oblicza się współczynnik korelacji Pearsona pomiędzy wielkością PKB a wielkością samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych. Jego wartość wyniosła 0,81, co oznacza, że w badanych latach wystąpiła znacząca dodatnia zależność liniowa między wielkością PKB w województwie podlaskim (cecha X) a samorządowymi majątkowymi wydatkami inwestycyjnymi w województwie (cecha Y). Wraz ze wzrostem wielkości PKB, rosły średnie wartości samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych.

Tabela 74.

Szacowany wzrost samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku turystyki kosmetyczno – dietetycznej 20%)

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwo podlaskie	wydatki majątkowe inwestycyjne w zł	wartość rynku turystyki kosmet. – diet. w PKB (jako 0,013% PKB) w mln zł	wartość rynku turystyki kosmet. – diet. w PKB (stopa wzrostu 20%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	udział samorz. maj. wyd. inwest. w PKB	nowe samorz. maj. wydatki inwest. w zł	wzrost wielkości samorz. maj. wyd. inwest. w zł
2002	19624	36932681	2,55	2,55	19624,00	0,188%	36932681,00	0,00
2003	20186	30313328	2,62	3,06	20186,44	0,150%	30313984,49	656,49
2004	21675	41080287	2,82	3,67	21675,86	0,190%	41081909,10	1622,10
2005	22952	41938626	2,98	4,41	22953,42	0,183%	41941229,03	2603,03
2006	24405	117257329,3	3,17	5,29	24407,12	0,480%	117267502,43	10173,12
2007	27321	106216544,4	3,55	6,35	27323,80	0,389%	106227415,58	10871,14
2008	29059	103897440,6	3,78	7,62	29062,84	0,358%	103911169,84	13729,28
2009	30941	339026568,6	4,02	9,14	30946,12	1,096%	339082656,21	56087,63
2010	32090	154441153,7	4,17	10,97	32096,80	0,481%	154473869,08	32715,39
2011	33039	237107049,4	4,30	13,16	33047,87	0,718%	237170692,40	63642,99

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

Posiadając informacje na temat wielkości PKB w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011, obliczono wartości rynku turystyki kosmetyczno - dietetycznej (jako 0,013% PKB, kolumna 4) oraz wartości rynku turystyki kosmetyczno - dietetycznej z 20% stopą wzrostu rynku tych usług (kolumna 5). Na tej podstawie oszacowano wartości nowego PKB (kolumna6=kolumna2+kolumna5-kolumna4). Następnie obliczono procentowy udział samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych w PKB w województwie podlaskim, którego wartości podane są w kolumnie 7 (kolumna3/kolumna2). Mnożąc wartości wskaźnika (kolumna 7) przez wartości nowego PKB, w kolumnie 8 oszacowano nowe samorządowe majątkowe wydatki inwestycyjne. W kolumnie 9 oszacowano zaś wzrost wielkości

samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych w latach 2002 – 2011 (kolumna8 – kolumna3). Okazuje się, że przy powyższych założeniach, w roku 2003 samorządowe majątkowe wydatki inwestycyjne wzrosłyby o 656,49zł (wzrost o 0,002% w stosunku do rzeczywistych), zaś w roku 2011 – już ich wartość wzrosłaby już o 63642,99zł w stosunku do wartości rzeczywistej, czyli o 0,03% (por. Tab. 74).

Gdyby zaś założyć, że w województwie podlaskim udział rynku turystyki kosmetyczno - dietetycznej w PKB był na poziomie 0,013%, oraz przyjąć, że stopa wzrostu rynku tego sektora była na poziomie 10%, można by podobnie oszacować wpływ rynku tego sektora na poziom samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych w województwie w latach 2002 – 2011 (por. Tab. 75). Okazuje się, że przy powyższych założeniach, w roku 2003 samorządowe majątkowe wydatki inwestycyjne wzrosłyby o 273,39 zł (o 0,0009%), zaś w roku 2011 – już ich wartość wzrosłaby już o 12346,14 zł w stosunku do wartości rzeczywistej (0,05%).

Tabela 75.

**Szacowany wzrost samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych
w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011
(stopa wzrostu rynku turystyki kosmetyczno – dietetycznej 10%)**

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwo podlaskie	wydatki majątkowe inwestycyjne w zł	wartość rynku turystyki kosmet. – diet. w PKB (jako 0,013% PKB) w mln zł	wartość rynku turystyki kosmet. – diet. w PKB (stopa wzrostu 10%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	udział samorz. maj. wyd. inwest. w PKB	nowe samorz. maj. wydatki inwest. w zł	wzrost wielkości samorz. maj. wyd. inwest. w zł
2002	19624	36932681	2,55	2,55	19624,00	0,188%	36932681,00	0,00
2003	20186	30313328	2,62	2,81	20186,18	0,150%	30313601,39	273,39
2004	21675	41080287	2,82	3,09	21675,27	0,190%	41080797,03	510,03
2005	22952	41938626	2,98	3,40	22952,41	0,183%	41939378,42	752,42
2006	24405	117257329,3	3,17	3,74	24405,56	0,480%	117260031,66	2702,35
2007	27321	106216544,4	3,55	4,11	27321,56	0,389%	106218709,41	2164,97
2008	29059	103897440,6	3,78	4,52	29059,74	0,358%	103900092,77	2652,21
2009	30941	339026568,6	4,02	4,97	30941,95	1,096%	339036967,85	10399,27
2010	32090	154441153,7	4,17	5,47	32091,30	0,481%	154447395,12	6241,43
2011	33039	237107049,4	4,30	6,02	33040,72	0,718%	237119395,55	12346,14

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

SPA w hotelu „Warszawa” w Augustowie nie kojarzy się jedynie z kąpielą i dobroczynnym działaniem wody. Oferuje się szeroką gamę zabiegów i masaży, relaks w grocie solnej, kąpiel w jacuzzi z seansem w saunie parowej i obejmuje powierzchnię 350 m². Z kolei Hotel „Żubrówka” również oferuje szereg zabiegów i programów pielęgnacyjnych. Centrum SPA obejmuje 8 gabinetów zabiegowych, w tym masażu, kosmetyczne, do zabiegów na ciało, manicure – pedicure, hydroterapii oraz grotę solną, kompleks basenowy z saunami i jacuzzi. W województwie podlaskim, jak dotąd nie ma jeszcze wielu hoteli oferujących kompleksowe usługi Spa na miejscu. Według danych Rocznika Statystycznego Województw 2012, w

Polsce w 2011 roku istniało 3285 obiektów hotelowych, w tym 1883 hotele. Najwięcej, bo 13% obiektów hotelowych jest w małopolskim, w którym odnotowano 15% wszystkich hoteli znajdujących się w kraju. Na drugim miejscu uplasowało się dolnośląskie (odpowiednio 11% obiektów hotelowych i 11% hoteli), dalej wielkopolskie (10% i 11%). Podlaskie pod względem liczby obiektów hotelowych jest na 15 lokacie wśród województw (0,02% udział), zaś pod względem liczby hoteli na lokacie ostatniej (0,013% udział). Według wrotapodlasia.pl, w podlaskim w roku 2010 odnotowano 10 obiektów, które miały w ofercie Spa i wellness (spośród hoteli, kompleksów i centrów konferencyjnych i rekreacyjno – wypoczynkowych, zajazdów, dworców i willi).

Przez teren województwa podlaskiego przebiegają ważne szlaki komunikacyjne ze wschodu na zachód (biegnie z Berlina, przez Warszawę i Grodno do Sankt Petersburga) i z północy na południe (z Warszawy do Helsinek – przyszła droga tranzytowa szybkiego ruchu VIA BALTICA, która połączy kraje bałtyckie z Europą Zachodnią). Drogi pozwalają dotrzeć do każdej miejscowości, brak jest autostrad oraz tras szybkiego ruchu. Ponadto większość dróg znajdujących się w województwie wymaga kapitalnego remontu.

Podlaskie drogi nie są przystosowane do dużych obciążeń, a otwarcie nowych przejść granicznych z Białorusią i Litwą spowodowało silne nasilenie ruchu samochodów ciężarowych o dużej ładowności. Powoduje to szybko postępujące niszczenie nawierzchni, a zbyt mała ilość środków nie pozwala na bieżące utrzymanie i remonty dróg.

Sieć kolejową na terenie województwa tworzy 760 km eksploatowanych linii kolejowych, w większości jednotorowych. Brak jest szybkiej kolei, co umożliwiłoby znaczne skrócenie czasu dojazdu z głównych ośrodków miejskich regionu oraz do Warszawy i innych miast. Na terenie województwa istnieją cztery przejścia kolejowe – trzy na granicy z Białorusią: w Kuźnicy, Siemianówce i Czeremsze oraz jedno na granicy z Litwą - w Trakiszkach.

Z powodu braku autostrad, dróg ekspresowych oraz lotniska turyści zdani są na podróżowanie na terenie województwa liniami regularnej komunikacji autobusowej. Według danych GUS, liczba linii krajowych w latach 2000 – 2009 miała tendencję spadkową, w roku 2009 było ich 844, czyli o 349 mniej (o 29,3% w porównaniu z rokiem bazowym). Zmalała również ich długość w km, w roku 2000 było to 55747 km, zaś w 2009 – już 48441 km (13,1% mniej). Wzrosła zaś liczba oraz długość linii dalekobieżnych, których w roku 2009 było 35 (wzrost o 13 w stosunku do roku bazowego) oraz miały 12160 km długości (wzrost o 96,2% w stosunku do roku bazowego). Regionalne linie regularnej komunikacji autobusowej zmalały w liczbie 231 (o ponad 50%), ich długość również zmalała – o 35,9% w stosunku do roku 2000. Skrócono również podmiejskie linie komunikacji autobusowej, które w roku 2009 osiągnęły długość 20245 km (spadek o 17,3% w stosunku do roku 2000) oraz miejskie – w roku 2009 miały 36 km długości, a więc o 64 km mniej w porównaniu do roku 2000. Pomimo, że w latach 2000 – 2009 liczba międzynarodowych linii regularnej komunikacji autobusowej zmalała do 15, ich długość zwiększyła się o 68% i w roku 2009 osiągnęła wartość 23666 km.

ROZDZIAŁ 6

USŁUGI PARAMEDYCZNE A ROZWÓJ GOSPODARKI WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO

6.1. Usługi paramedyczne a zatrudnienie

Istnieje zjawisko podróžowania w celach zdrowotnych, którego główną przyczyną jest korzystanie z usług szeroko pojętej medycyny niekonwencjonalnej. Bardzo popularne jest ono w Stanach Zjednoczonych. Polacy również korzystają z usług z zakresu paramedycyny, jednak nie istnieją badania, które mogłyby określić skalę tego zjawiska. Wydaje się, że na rozwój gospodarki województwa podlaskiego wpływają usługi paramedyczne. Do metod leczniczych z zakresu medycyny niekonwencjonalnej, inaczej paramedycyny, zalicza się między innymi: akupresurę (leczenie uciskiem określonych miejsc ciała), akupunkturę (leczenie specjalnymi igłami wbijanymi w określone miejsca na ciele), apiterapię (leczenie produktami pszczelimi), aromaterapię (leczenie zapachami), bioenergoterapię (leczenie bioenergią), hipnoterapię (leczenie hipnozą), homeopatię (leczenie bardzo małymi dawkami toksyn), medycynę chińską. Istotną rolę odgrywa również ziołolecznictwo (fitoterapia – leczenie ziołami) oraz produkcja kosmetyków na bazie naturalnego surowca.

Istotne miejsce w turystyce zdrowotnej zajmują podróże w celach leczenia metodami naturalnymi. Obserwuje się, że ludzie sięgają po leczenie alternatywne wówczas, gdy zawodzi leczenie tradycyjne. Niewiele metod z zakresu medycyny naturalnej zyskało szacunek lekarzy i są wykorzystywane w medycynie tradycyjnej (najczęściej jako formy rehabilitacji i uzupełnienie leczenia). Należą do nich: akupunktura, akupresura, ziołolecznictwo, czy aquaterapia. Większość pozostałych zabiegów medycyny naturalnej (inaczej niekonwencjonalnej lub alternatywnej) nie jest akceptowanych przez medycynę tradycyjną. Pomimo braku dowodów naukowych, że terapie medycyny naturalnej działają, wydaje się, że są one coraz bardziej popularne. Być może dzieje się tak dlatego, gdyż publiczna opieka zdrowotna przeżywa długotrwały głęboki kryzys? Ludzie często też poszukują pocieszycieli, którzy wesprą na duchu podczas ciężkiej choroby, podejście psychologiczne do pacjenta jest bardzo ważnym aspektem podczas leczenia. Pomimo ciągłego rozwoju medycyny klasycznej, w dalszym ciągu istnieje wiele nieuleczalnych chorób, i to najczęściej z takimi ludziami trafiają do bioenergoterapeutów z nadzieją, że są w stanie im pomóc.

Medycyna naturalna miała okresy bujnego rozwoju i okresy cofania się. Bujnie rozkwitała na początku XIX wieku a zaczęła zanikać w pierwszej połowie XX wieku, gdy medycyna naukowa osiągała postępy w zakresie chorób zakaźnych, endokrynologii, antybiotykoterapii i wydawało się, że opanuje wszystkie choroby. Od lat 70 zaznacza się nawrót do medycyny naturalnej, która w końcu XX w. nabiera ogromnych i ciągle rosnących rozmiarów na skalę dotychczas niespotykaną. Liczba

obywateli USA korzystających z alternatywnych terapii wzrosła z 34% w roku 1990 do 42% w roku 1997. Liczba wizyt u uzdrowicieli w 1997 wyniosła 628 milionów (427 milionów w r. 1990), podczas gdy u konwencjonalnych lekarzy pierwszego kontaktu 386 milionów (387 w r. 1990). Wydatki obywateli na medycynę alternatywną ocenia się ostrożnie w USA, według różnych źródeł na 27 do 35 miliardów dolarów w roku 1997, z czego ubezpieczenia pokrywają 16% (14% w r. 1990). Suma ta staje się wyrazista, gdy ją porównać z kosztami leczenia konwencjonalnego w USA, które w 1997r. wyniosły 29 miliardów dolarów. Podobne zjawisko zanotowano w Australii, Danii i w innych krajach rozwiniętych. Nie ma statystyk dla Polski, należy przypuszczać, że proporcje są podobne¹⁴⁸.

W Europie najczęściej stosuje się nazwę medycyna naturalna lub medycyna niekonwencjonalna, w USA medycyna komplementarna i alternatywna (MKA). Komplementarna, gdy uzupełnia leczenie konwencjonalne i alternatywna, jeśli je zastępuje. Nazwy mają odróżniać medycynę nienaukową od medycyny naukowej, czyli konwencjonalnej lub akademickiej to jest tej, która jest nauczana na uczelniach medycznych. Z tym odróżnieniem jest coraz większy kłopot. Nie wszystkie metody niekonwencjonalne można zaliczyć do naturalnych a medycyna akademicka także odwołuje się do natury, choć od niej coraz częściej odbiega. Wiele metod mieści się zarówno w jednej jak i drugiej „medycynie”. Ponadto granice obydwóch „medycyn” są nieostre i w pewnej części pokrywają się ze sobą. Około 50% lekarzy w Wielkiej Brytanii i ok. 30% w USA stosuje terapie niekonwencjonalne lub kieruje pacjentów do uzdrowicieli. Odsetek ten rośnie. Metod niekonwencjonalnych naliczono znacznie ponad setkę, jest to jednak liczba niedokładna, gdyż materia przedmiotu jest płynna, nie usystematyzowana i obszerna. Niektóre z nich są co najmniej dziwne i odstrasające np. urynoterapia. Inne budzą szacunek wymaganiami moralnymi, na przykład joga. Według wielu lekarzy medycyna naturalna jest obrazą dla umysłu, powinna być zwalczana jako zabobon i oszustwo. Taki pogląd jeszcze przed kilkunastu laty był bardzo rozpowszechniony. Wiele środowisk lekarskich surowo potępiało praktykowanie metod nienaukowych aż do odbierania prawa do praktyki lekarskiej. Obecnie zakazy zostały wycofane i rzadko potępia się medycynę naturalną. Spory i dyskusje toczą się jednak nadal¹⁴⁹.

Zgodnie z referatem „WHO a medycyna niekonwencjonalna” J. Łazowskiego (Członka rady ds. Niekonwencjonalnych Metod Terapii, Organu Pomocniczego Ministra Zdrowia RP) Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) stosuje nazwę Tradicional Medicine / Complementary and Alternative Medicine, w skrócie TM / CAM. Pierwszy człon TM odnosi się do wielkich tradycji narodowych: chińskiej, indiańskiej, hinduskiej i wielu innych. Drugi człon dotyczy stosowania pozaakademickich praktyk medycznych w krajach rozwiniętych, gdzie uzupełniają one lub bardzo rzadko zastępują leczenie akademickie. W Europie omawiane praktyki nazywa się najczęściej medycyną niekonwencjonalną. W Polsce Ministerstwo Zdrowia stosuje nazwę „terapię niekonwencjonalną”. Istnieją trudności ze sformułowaniem jednoznacznej definicji TM/CAM, spowodowane znaczną liczbą rozmaitych metod, posiadających czasem cechy sprzeczne i odmienne punkty widzenia. Na przykład są TM korzystające z tysiącletnich doświadczeń, które mają

¹⁴⁸ J. Łazowski, Miejsce medycyny naturalnej we współczesnym świecie, Referat wygłoszony na Sympozjum TEP roku 2001, opublikowany w „Sztuce Leczenia” nr 2 w r. 2002 i w „Farmacji Polskiej” w r. 2003, s. 1 – 2.

¹⁴⁹ Ibidem, s. 1.

ustalone reguły i prawa, są nauczane jawnie, stosowane szeroko i systematycznie, ale także są TM/CAM głęboko utajnione, mistyczne, rozproszone na danych obszarach, w których umiejętności są przekazywane tylko drogą ustną, i choć doceniają procesy fizyczne, uznają działania sił naturalnych. Łazowski zdecydował więc na sformułowanie definicji: TM/CAM zawiera różnorodne praktyki lecznicze, wiedze i przekonania obejmujące leki oparte na roślinach, zwierzętach i/lub minerałach, terapie duchowe, techniki manualne, ćwiczenia fizyczne. Metody te są stosowane dla podtrzymania dobrego samopoczucia, leczenia, diagnozowania lub zapobiegania chorobom. Według opinii WHO tradycyjna wiedza medyczna jest własnością społeczeństw i narodów, z których się wywodzi i powinna być w pełni szanowana.

W wielu krajach azjatyckich TM nadal jest powszechnie stosowana, a medycyna alopacyjna często trudno dostępna. W Japonii, 60-70% alopacyjnych lekarzy przepisuje leki Kampo dla swych pacjentów. W Malezji, tradycyjne formy medycyny malajskiej, chińskiej i indyjskiej są szeroko stosowane. W Chinach TM stanowi około 40% całej opieki zdrowotnej i jest stosowana w leczeniu około 200 milionów pacjentów rocznie. W wielu krajach rozwiniętych, Certain CAM terapie są bardzo popularne. Różne rządowe i pozarządowe raporty stwierdzają, że procent populacji, który wykorzystał CAM wynosi 46% w Australii, 49% we Francji i 70% w Kanadzie. Badanie 610 szwajcarskich lekarzy wykazało, że 46% stosowało jakąś formę CAM, głównie homeopatię i akupunkturę. W Wielkiej Brytanii prawie 40% wszystkich lekarzy alopacyjnych oferuje pacjentowi skierowanie w celu skorzystania z CAM. W krajowym badaniu USA (Journal of American Medical Association) wskazano, że stosowanie co najmniej 1 do 16 alternatywnych terapii w roku 1990 wzrosło z 34% do 42% w 1997 roku. Liczba wizyt u dostawców metod CAM znacznie przekracza liczbę wizyt do wszystkich lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w USA, szczególnie popularna jest akupunktura. Metody pochodzące z Chin są obecnie wykorzystywane w co najmniej 78 krajach i praktykowane nie tylko przez akupunkturzystów ale również przez alopacyjnych praktyków. Według Światowej Federacji Towarzystw Akupunktury Moxibustion, istnieje co najmniej 50.000 akupunkturzystów w Azji. W Europie istnieje około 15000, w tym alopaccyjni lekarze praktykujący akupunkturę. W Belgii 74% leczenia akupunkturą jest świadczone przez alopacyjnych lekarzy. W Wielkiej Brytanii 46% z alopacyjnych lekarzy albo zalecają pacjentom leczenie akupunkturą albo sami leczą ich za pomocą akupunktury. W Stanach Zjednoczonych świadczy usługi 12.000 licencjonowanych akupunkturzystów, praktyka ta jest legalna w 38 stanach.¹⁵⁰

W krajach rozwiniętych medycyna niekonwencjonalna jest praktykowana z innych przyczyn niż tradycja czy koszty pracy. Do przyczyn tych należy zaliczyć troskę o uniknięcie niepożądanych skutków zażywania leków chemicznych, kwestionowanie metod i założeń w medycynie alopacyjnej, większy dostęp społeczeństwa do informacji na temat zdrowia, zmianę wartości i obniżoną tolerancję paternalizmu.

Zdarza się, że do skorzystania z tej czy innej metody alternatywnej w skuteczny sposób namawiają sami lekarze. Zgodnie z tym u pacjenta może zrodzić się przekonanie, że proponowana terapia jest uznawana przez medycynę oficjalną. W Polsce praktykowane jest to na wielką skalę - na 200 tys. gabinetów medycyny

¹⁵⁰ WHO Traditional Medicine Strategy 2002 – 2005, World Health Organization, Geneva 2002, s. 9-12.

niekonwencjonalnej – w 70 tys. przyjmują bioenergoterapeuci, a w pozostałych 130 tys. zatrudnieni są lekarze¹⁵¹.

Komplementarne i alternatywne wykorzystanie medycyny w niektórych obszarach uległo zwiększeniu. Około jedna trzecia dorosłych Amerykanów (35%) stosowała co najmniej jeden rodzaj terapii CAM. W 2005 r. czasopismo medyczne *Alternative Therapies in Health and Medicine* opublikowało badanie, według którego w 2002 roku 35% dorosłych Amerykanów stosowało przynajmniej jedną formę CAM, odnotowano stały wzrost od 1997 r.¹⁵², zaś w roku 2004 odsetek ten wyniósł 48%¹⁵³.

Dowodem na rosnącą popularność CAM jest widoczne wykorzystywanie jej w życiu codziennym, np. joga, medytacje (głównie przez konsumentów w podeszłym wieku), duży wybór preparatów ziołowych oraz innych pokarmów naturalnych, i in.

Kluczowe dane rynkowe w Stanach Zjednoczonych:

- Łączna liczba Amerykanów, która korzysta z jakichkolwiek terapii CAM wyniosła w 2002 r. 72 mln¹⁵⁴. Wg Newsweeka 83 mln Amerykanów odszukało ziołarzy, kręgarzy i innych praktyków CAM¹⁵⁵.
- Łączna liczba wizyt u osób oferujących usługi CAM (629 mln) przekroczyła liczbę odwiedzin u wszystkich lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (386 mln) w r. 1997¹⁵⁶.
- Szacuje się, że w roku 1997 dorośli wykonali 33 mln wizyt u fachowców w sprawie porady dotyczącej stosowania ziół i dużych dawek witamin. Około 15 mln dorosłych w roku 1997 wzięło leki na receptę równocześnie z ziołami lub/ oraz dużymi dawkami witamin. Osoby te poniosły ryzyko związane z niepożądanymi interakcjami leków z ziołami i suplementami¹⁵⁷.
- Ponad 90 ze 125 alopacyjnych szkół medycznych udostępniło przedmiot obieralny lub wymagany z CAM. Coraz więcej planów ubezpieczeń zdrowotnych pokrywa usługi CAM, szczególnie leczenie akupunkturą i chiropraktyką, których skuteczność jest obecnie dobrze udokumentowana¹⁵⁸.
- Większość szpitali oferuje obecnie jakąś formę CAM. Badania *Archives of Internal Medicine* donoszą, że w 1998 r. 43% lekarzy w USA odsyła pacjentów do dostawców CAM.

Wydatki w Stanach Zjednoczonych na profesjonalne usługi i produkty CAM (komplementarnej i alternatywnej medycyny), w latach 1990 – 1997 wzrosły o 45% i w roku 1997 oszacowano je na 21,2 mld dol. USA¹⁵⁹. Wydatki Amerykanów z kieszeni prywatnej na ziołowe produkty i witaminy w roku 1997 oraz na profesjonalne usługi CAM przekroczyły wydatki na leczenie prywatne przez

¹⁵¹ I. Konarska, Doktor blagier, „Wprost”, nr 7, 19 II 2006, s. 79.

¹⁵² Complementary and Alternative Medicine Used by One Third of U.S. Adults Is Unchanged Since 1997, News Release, January 2005, newhope360.com. (data dostępu 10.10.2013 r.)

¹⁵³ Carey B., When Trust in Doctors Erodes, Other Treatments fill the Void, “New York Times”, February 3, 2006.

¹⁵⁴ Complementary and Alternative Medicine Used by One Third of U.S. Adults Is Unchanged Since 1997, News Release, January 2005, newhope360.com. (data dostępu 10.10.2013 r.)

¹⁵⁵ R. Synderman, A. Weil, Integrative Medicine: Bringing Medicine Back to It's Roots, *Archives of Internal Medicine* 162:395–397, February 2002.

¹⁵⁶ Complementary and Alternative Medicine in the United States... op. cit., s.35.

¹⁵⁷ Ibidem, s. 35.

¹⁵⁸ R. Synderman, A. Weil, Integrative Medicine, ... op. cit., s. 395–397.

¹⁵⁹ Complementary and Alternative Medicine in the United States ... op. cit., s. 35.

hospitalizację w USA¹⁶⁰. Według badania D. M. Eisenberga „Trends in Alternative Medicine Use in The United States 1990 – 1997 Results of a Follow” z roku 1998, opublikowanego w czasopiśmie JAMA, szacuje się zachowawczo, że Amerykanie z własnej kieszeni wydają ponad 27 mld dol. USA rocznie na medycynę komplementarną i alternatywną (TM/CAM). Podobną kwotę wydają na prywatne usługi z zakresu medycyny konwencjonalnej¹⁶¹.

Amerykański Departament Zdrowia i Opieki Społecznej, który opracował raport z wyszczególnieniem kosztów i częstotliwości wizyt dla alternatywnego leczenia dla dorosłych w USA informuje, że w roku 2007 osoby dorosłe w USA wydały 33,9 mld dol. USA z własnych kieszeni na wizyty u lekarzy CAM i na zakupy produktów CAM. Dla porównania w roku 2007 Amerykanie wydali 47,6 mld dol. USA z własnej kieszeni na leki i 49,6 mld dol. USA na konwencjonalnych lekarzy¹⁶².

Zgodnie z powyższymi danymi, roczne tempo wzrostu wydatków Amerykanów na CAM w latach 1990 – 2007 było na poziomie ok. 5%.

Jeśli w latach: 1990, 1997 i 2007 Produkt Krajowy Brutto w Stanach Zjednoczonych kształtował się odpowiednio: 5800,5 mld dol. USA, 8332, 4 mld dol. USA i 14028,7 mld dol. USA, udział medycyny komplementarnej i alternatywnej w PKB wynosił odpowiednio: 0,2%, 0,25% oraz 0,24%.

Zgodnie z raportem NHIS w ostatnich 10 latach ponad 10 mld dol. USA wydano na badania medycyny alternatywnej. Ponad 3,1 mld ludzi w roku 2007 stosowało akupunkturę. Każdego roku 60 mld dol. USA wydaje się na medycynę alternatywną na całym świecie i ponad 66% osób z niej korzystających nie mówi o tym lekarzom. W USA 50 szpitali i centrów medycznych zaczęło integrować alternatywne programy w ośrodkach medycyny, wiele planów ubezpieczeń zdrowotnych oferuje zniżki na medycynę alternatywną¹⁶³.

W 2007 roku niemal 65% wszystkich kosztów (ok. 22 mld dol. USA) związanych z medycyną komplementarną i alternatywną są koszty samoopieki (takie jak: witaminy, minerały, produkty pochodzenia naturalnego, ćwiczenia, medycyna homeopatyczna, techniki relaksacyjne) zaś ok. 35% (ok. 12 mld dol. USA) stanowią koszty związane z usługami u praktyków (por. Rysunek 18), co stanowi ok. 0,09% PKB USA.

¹⁶⁰ Complementary and Alternative Medicine in the United States... op. cit., s. 35.

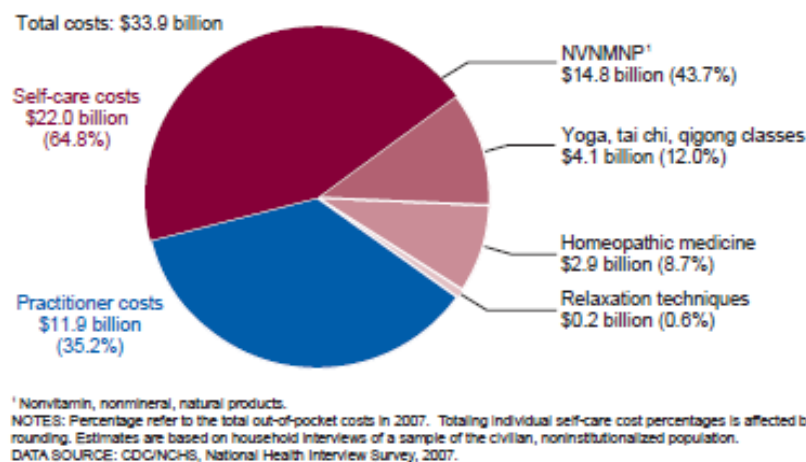
¹⁶¹ Ibidem, s. 35.

¹⁶² R. L. Nahin, P. M. Barnes, B. J. Stussman, B. Bloom, Costs of Complementary and Alternative Medicine (CAM) and Frequency of Visits to CAM Practitioners: United States, 2007, National Health Statistics Reports, Number 18, July 2009, s. 3 – 5.

¹⁶³ Alternative Medicine Industry Snapshot, Western Washington University, Bellingham 2011, s. 2 – 4.

Rysunek 18.

Wydatki na medycynę alternatywną i komplementarną wśród dorosłych USA w roku 2007



Źródło: R. L. Nahin, P. M. Barnes, B. J. Stussman, B. Bloom, Costs of Complementary and Alternative Medicine (CAM) and Frequency of Visits to CAM Practitioners: United States, 2007, National Health Statistics Reports, Number 18, July 2009, s. 3.

W roku 2011 przychody z branży związanej z usługami CAM szacuje się na 11,95 mld dol. USA, zaś liczbę zakładów w całych Stanach Zjednoczonych na 182101. Prognozuje się, że w latach 2011 – 2016 przychody związane z usługami CAM będą w USA będą wzrastały (por. Tab. 76). Wzrost ten z roku na rok będzie wahał się w granicach 3 – 5%, zaś w całym badanym sześcioletnim przedziale czasowym ma wynieść ok. 20%. W tym czasie liczba zakładów ma powiększyć się o 4483, czyli o ok. 2,5%.

Tabela 76.

Prognozowane przychody i wzrost przemysłu CAM w USA

Rok	Przychody przemysłu (mln dol. USA)	Zakłady	Prognoza PKB USA w mld dol. USA
2011	11954,80	182101	14773,6
2012	12299,60	193411	15128,2
2013	12800,60	193542	15521,5
2014	13245,20	191354	.
2015	13731,60	190767	.
2016	14344,90	186584	.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Alternative Medicine Industry Snapshot, Western Washington University, Bellingham 2011, s. 6 oraz www.oecd.org.

Według J. Łazowskiego, dr hab. n. med. em. prof. nazw. AWF we Wrocławiu, Członka Rady ds. Niekonwencjonalnych Metod Terapii, Organu Pomocniczego Ministra Zdrowia RP, proporcje dotyczące wydatków na medycynę komplementarną i alternatywną w Polsce rysują się podobnie jak w USA. Zgodnie z tym, przyjęto założenie, że wydatki Polaków w województwie podlaskim na usługi CAM określono jako 0,09% PKB. Trudno jest jednak porównywać gospodarkę Stanów Zjednoczonych i Polski, bowiem według Rocznika Statystycznego Rzeczypospolitej Polskiej 2012, PKB per capita w USA w roku 2011 było na poziomie 46588 dol. USA, zaś w Polsce wyniosło 13344 dol. USA (ponad trzykrotnie niższe). Jeśli jednak w województwie podlaskim przyjąć roczne tempo

wzrostu wydatków z własnej kieszeni na usługi z tej branży do podobnego jak w Stanach Zjednoczonych, stopa wzrostu rynku tego sektora wyniosłaby 5%. Przyjmując powyższe założenia w województwie podlaskim w latach 2002 - 2011, można oszacować wpływ rynku turystyki paramedycznej, jaki miałyby na poziom zatrudnienia w województwie.

Zgodnie z ekspertyzą Instytutu Badań Strukturalnych przyjmuje się, że średnia dynamika wzrostu PKB dla województwa podlaskiego w latach 2010 – 2013 będzie wynosić 103,4%.

Korzysta się ze wzorów:

$$r_{xy} = \frac{COV(X,Y)}{S_x S_y},$$

gdzie $COV(X,Y)$ - kowariancja pomiędzy cechami X i Y

S_x, S_y - odchylenie standardowe cechy X, odchylenie standardowe cechy Y

r_{xy} - współczynnik korelacji (Pearsona)

$$COV(X,Y) = \frac{1}{N} \sum (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})$$

Mając dane wielkości PKB i przeciętnego zatrudnienia w województwie podlaskim w latach 2002 - 2011, oblicza się współczynnik korelacji Pearsona pomiędzy wielkością PKB a wielkością przeciętnego zatrudnienia.¹⁶⁴ Jego wartość wynosi 0,64, co oznacza, że w badanych latach wystąpiła umiarkowana dodatnia zależność liniowa wielkością PKB w województwie podlaskim (cecha X) a przeciętnym zatrudnieniem w województwie (cecha Y). Wraz ze wzrostem wielkości PKB, rosły średnie wartości przeciętnego zatrudnienia.

Posiadając informacje na temat wielkości PKB w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (por. Tab. 77), obliczono wartości rynku turystyki paramedycznej (jako 0,09% PKB, kolumna 4) oraz wartości rynku turystyki paramedycznej z 5% stopą wzrostu rynku tych usług (kolumna 5). Na tej podstawie oszacowano wartości nowego PKB (kolumna6=kolumna2+kolumna5-kolumna4). Następnie obliczono wskaźnik liczby etatów przypadających na 1 mln PKB, dzieląc wartości przeciętnego zatrudnienia w danym roku (kolumna3) przez wielkości PKB w województwie podlaskim w danym roku (kolumna2), którego wartości podane są w kolumnie 7. Mnożąc wartości wskaźnika przez wartości nowego PKB, w kolumnie 8 oszacowano wartości nowego przeciętnego zatrudnienia. W kolumnie 9 oszacowano zaś liczbę nowych etatów w latach 2002 – 2011 (kolumna8 – kolumna3). Okazuje się, że przy powyższych założeniach, w roku 2003 gospodarka byłaby w stanie wygenerować o 3 pełne etaty więcej niż było w rzeczywistości, w pozostałych latach przy powyższych założeniach, gospodarka nie wygenerowałaby nowego etatu w sektorze turystyki paramedycznej (stopa wzrostu rynku tych usług jest za niska).

¹⁶⁴ Główny Urząd Statystyczny definiuje pojęcie przeciętnego zatrudnienia jako średnią wielkość zatrudnienia obliczoną dla badanego okresu (np. miesiąca, kwartału, roku) na podstawie ewidencyjnego stanu zatrudnienia. Przeciętne zatrudnienie w badanym okresie uwzględnia pracowników pełnozatrudnionych oraz niepełnozatrudnionych w przeliczeniu na pełne etaty.

Tabela 77.

**Szacowana liczba nowych etatów w sektorze turystyki paramedycznej
w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 5%)**

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwo podlaskie	przeciętne zatrudnienie w podlaskim	wartość rynku turystyki paramed. w PKB (jako 0,09% PKB) w mln zł	wartość rynku tur. paramed. w PKB (stopa wzrostu 5%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	wskaźnik = liczba etatów przypadających na 1 mln PKB	nowe przeciętne zatrudnienie	liczba nowych etatów
2002	19624	205072	17,66	17,66	19624,00	10,45	205072,00	0,00
2003	20186	205660	18,17	18,54	20186,38	10,19	205663,84	3,84
2004	21675	202524	19,51	19,47	21674,96	9,34	202523,67	-0,33
2005	22952	203185	20,66	20,45	22951,79	8,85	203183,13	-1,87
2006	24405	205473	21,96	21,47	24404,50	8,42	205468,82	-4,18
2007	27321	213375	24,59	22,54	27318,95	7,81	213359,01	-15,99
2008	29059	221611	26,15	23,67	29056,52	7,63	221592,05	-18,95
2009	30941	212193	27,85	24,85	30938,00	6,86	212172,46	-20,54
2010	32090	208646	28,88	26,09	32087,21	6,50	208627,88	-18,12
2011	33039	211008	29,74	27,40	33036,66	6,39	210993,08	-14,92

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

Jeśli założyć, że stopa wzrostu rynku turystyki paramedycznej w latach 2002 – 2011 była w województwie podlaskim na poziomie 10%, zaś udział tego sektora w rynku pozostał na poziomie 0,09%, można podobnie oszacować wpływ rynku turystyki paramedycznej, jaki by miała na poziom zatrudnienia w województwie (por. Tab. 78). Okazuje się, że przy powyższych założeniach, w roku 2003 gospodarka byłaby w stanie wygenerować o 12 pełnych etatów więcej niż było w rzeczywistości (wzrost o 0,006%), zaś w roku 2011 – już 76 nowych pełnych etatów (wzrost o 0,04%).

Tabela 78.

**Szacowana liczba nowych etatów w sektorze turystyki paramedycznej
w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 10%)**

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwo podlaskie	przeciętne zatrudnienie w podlaskim	wartość rynku turystyki paramed. w PKB (jako 0,09% PKB) w mln zł	wartość rynku tur. paramed. w PKB (stopa wzrostu 10%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	wskaźnik = liczba etatów przypadających na 1 mln PKB	nowe przeciętne zatrudnienie	liczba nowych etatów
2002	19624	205072	17,66	17,66	19624,00	10,45	205072,00	0,00
2003	20186	205660	18,17	19,43	20187,26	10,19	205672,84	12,84
2004	21675	202524	19,51	21,37	21676,86	9,34	202541,41	17,41
2005	22952	203185	20,66	23,51	22954,85	8,85	203210,24	25,24
2006	24405	205473	21,96	25,86	24408,89	8,42	205505,78	32,78
2007	27321	213375	24,59	28,44	27324,86	7,81	213405,11	30,11
2008	29059	221611	26,15	31,29	29064,14	7,63	221650,16	39,16
2009	30941	212193	27,85	34,42	30947,57	6,86	212238,06	45,06
2010	32090	208646	28,88	37,86	32098,98	6,50	208704,38	58,38
2011	33039	211008	29,74	41,65	33050,91	6,39	211084,06	76,06

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

Aby gospodarka lokalna mogła zacząć generować nowe etaty w omawianym sektorze turystyki, potrzebna jest 7% stopa wzrostu rynku usług w tym sektorze (por. Tab. 79). Jeśli założyć, że stopa wzrostu rynku turystyki paramedycznej w latach 2002 – 2011 była w województwie podlaskim na poziomie 7%, zaś udział tego sektora w rynku pozostał na poziomie 0,09%, omawiany sektor zaczęłby generować wielkości dodatnie w ramach zatrudnienia w województwie podlaskim.

Tabela 79.

Szacowana liczba nowych etatów w sektorze turystyki paramedycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 7%)

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwo podlaskie	przeciętne zatrudnienie w podlaskim	wartość rynku turystyki paramed. w PKB (jako 0,09% PKB) w mln zł	wartość rynku tur. param. w PKB (stopa wzrostu 7%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	wskaźnik = liczba etatów przypadających na 1 mln PKB	nowe przeciętne zatrudnienie	liczba nowych etatów
2002	19624	205072	17,66	17,66	19624,00	10,45	205072,00	0,00
2003	20186	205660	18,17	18,90	20186,73	10,19	205667,44	7,44
2004	21675	202524	19,51	20,22	21675,71	9,34	202530,66	6,66
2005	22952	203185	20,66	21,64	22952,98	8,85	203193,67	8,67
2006	24405	205473	21,96	23,15	24406,19	8,42	205482,99	9,99
2007	27321	213375	24,59	24,77	27321,18	7,81	213376,42	1,42
2008	29059	221611	26,15	26,51	29059,35	7,63	221613,69	2,69
2009	30941	212193	27,85	28,36	30941,51	6,86	212196,52	3,52
2010	32090	208646	28,88	30,35	32091,46	6,50	208655,52	9,52
2011	33039	211008	29,74	32,47	33041,74	6,39	211025,47	17,47

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

CAM używane jest powszechnie we wszystkich grupach społeczno – demograficznych w całych Stanach Zjednoczonych. Chociaż istnieją pewne tendencje wśród użytkowników CAM, brak konsekwentnej definicji wymaga pewnej ostrożności tworzenia profili CAM. Szacuje się, że użytkownicy CAM w większości są¹⁶⁵:

- rasy białej;
- kobiety;
- w wieku 35 – 55 lat;
- ze stanów (państw) zachodnich;
- mają wyższą pozycję społeczno – ekonomiczną.

Wyższa stopa użytkowania CAM u kobiet (49%) niż u mężczyzn (38%) nie jest zaskakująca, gdyż kobiety są bardziej świadome swego zdrowia i częściej korzystają ze zdrowotnej opieki zapobiegawczej. Ponadto kobiety często zajmują pozycję dominującą i decydują o opiece zdrowotnej w swojej rodzinie, co może powodować wzrost wykorzystania CAM w rodzinie¹⁶⁶.

¹⁶⁵ Complementary and Alternative Medicine in the United States... op. cit., s.41.

¹⁶⁶ Ibidem, s.41.

Większość użytkowników CAM wydaje się przynależać do grupy wiekowej 35 lat i powyżej, jednak korzystanie zgłaszane jest we wszystkich grupach wiekowych.

Według badania D. M. Eisenberga „Trends in Alternative Medicine Use in The United States 1990 – 1997 Results of a Follow – Up National Survey” z roku 1998, opublikowanego w czasopiśmie JAMA, 10% badanych należało do grupy wiekowej 18 – 24 lat, 22% do grupy 25 – 34 lat, 33% 35 – 49 lat, zaś 35% miało 50 lat i powyżej.

W wyniku przeglądu stron internetowych na dzień 23.11.2011 w województwie podlaskim naliczono 55 pozycji oferujących usługi z dziedziny medycyny niekonwencjonalnej, najczęściej są to praktyki jednoosobowe. Na terenie województwa funkcjonuje również 5 sklepów zielarskich oraz 3 sklepy ezoteryczne.

6.2. Usługi paramedyczne a dochody ludności

W referacie Łazowskiego „WHO a medycyna niekonwencjonalna” odnaleźć można informacje, że ponad 60 % mieszkańców ziemi chce i często musi traktować TM jako zasadniczy sposób leczenia i ochrony zdrowia. Pozostałe 40 % ludności świata traktuje ją jako komplementarne sposoby leczenia i ochrony zdrowia, lub je ignoruje. TM w krajach rozwijających się, w Afryce, Ameryce Płd. i Azji jest leczeniem zasadniczym, niezbędnym, w miarę skutecznym dla 60% do 80% mieszkańców. W tych krajach przypada jeden uzdrowiciel na 200 do 400 mieszkańców, a jeden lekarz lub pielęgniarka na 20 000 mieszkańców. Nikt i nigdzie nie ma dziś tak wielkich środków, aby mieszkańców tych obszarów wprowadzić w krąg leczonych metodami akademickimi. Ocena WHO nie pomija jednak krajów rozwiniętych. Według niej TM/CAM w tych krajach wykazuje wiele znamion korzystnych w leczeniu procesów przewlekłych, w osiągnięciu poprawy jakości życia ludzi cierpiących z powodu niektórych chorób nieuleczalnych i łagodniejszych schorzeń o różnym charakterze, zasługuje zatem na poparcie i pomoc. Jak już wspomniano w krajach rozwiniętych medycyna niekonwencjonalna spełnia rolę uzupełniającą w stosunku do medycyny oficjalnej a tylko rzadko (w 5% przypadków) zastępuje ją.

Dr Xiaorni Hang - koordynator do spraw niekonwencjonalnych terapii Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) twierdzi, że w niektórych regionach, przede wszystkim Afryce, Azji, Oceanii i Ameryce Południowej, zdecydowana większość populacji nie ma żadnego dostępu do nowoczesnej medycyny, np. na Madagaskarze na ponad 12,3 mln mieszkańców przypada 4,5 tys. lekarzy, 3120 pielęgniarek i 10 tys. uzdrowicieli. Dzieje się tak z uwagi na zacofanie cywilizacyjne regionów i powszechną biedę. Beznadziejna sytuacja wymusza na chorych wizyty u szamanów i zaklinaczy. W niektórych krajach medycyna niekonwencjonalna ma duży prestiż ugruntowany wielowiekową tradycją – np. w Chinach nie jest łatwo odejść od stosowania praktyk paramedycznych (na chwilę obecną działa tam ponad 520 tys. tzw. mistrzów medycyny naturalnej oraz 2,5 tys. szpitali leczących tymi metodami). Zgodnie z badaniami WHO, 70 % Kanadyjczyków oraz 48 % Australijczyków, Francuzów i Belgów zadeklarowało, że przynajmniej raz w życiu odwiedziło terapeutę leczącego metodami alternatywnymi. W Polsce na pytanie CBOS: „ile razy

Pan/Pani leczył/a się u osób niebędących lekarzami medycyny?” 20 % ankietowanych udzieliło odpowiedzi, zaś 25 %, że robi to systematycznie¹⁶⁷.

Badanie Eisenberga pokazuje, że wykorzystanie CAM występowało w większości u osób o rocznych dochodach powyżej 50000 dol. USA, ale korzystanie było również rozpowszechnione wśród grup społecznych o niższych dochodach¹⁶⁸.

Poziom wykształcenia również jest pozytywnie związany ze stosowaniem CAM. Badanie Eisenberga wykazało, że najwięcej osób korzystających z CAM posiada dyplom wyższej uczelni (49%), 37% posiadało maturę.

Jeśli przyjąć, że w podlaskim udział sektora turystyki paramedycznej stanowi ok. 0,09% PKB oraz 5% stopę wzrostu rynku tych usług (podobnie jak w USA), można oszacować wpływ rynku turystyki paramedycznej, jaki by miała na poziom dochodów ludności w województwie (por. Tab. 80).

Tabela 80.

Szacowana wielkość wzrostu dochodów ludności w sektorze turystyki paramedycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 5%)

Rok	Wielkość PKB w mln zł województw o podlaskie	przeciętne wynagrodzenie w zł	wartość rynku turystyki paramed. w PKB (jako 0,09% PKB) w mln zł	wartość rynku tur. paramed. w PKB (stopa wzrostu 5%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	liczba nowych etatów	wzrost dochodów ludności w zł
2002	19624	1840,21	17,66	17,66	19624,00	0,00	0,00
2003	20186	1933,63	18,17	18,54	20186,38	3,84	7432,53
2004-	21675	2005,14	19,51	19,47	21674,96	-0,33	-666,72
2005	22952	2085,12	20,66	20,45	22951,79	-1,87	-3900,15
2006	24405	2186,74	21,96	21,47	24404,50	-4,18	-9144,93
2007	27321	2373,76	24,59	22,54	27318,95	-15,99	-37962,56
2008	29059	2610,21	26,15	23,67	29056,52	-18,95	-49464,00
2009	30941	2721,99	27,85	24,85	30938,00	-20,54	-55913,55
2010	32090	2854,02	28,88	26,09	32087,21	-18,12	-51712,91
2011	33039	3002,37	29,74	27,40	33036,66	-14,92	-44795,99

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

Mając dane wielkości PKB w województwie podlaskim w latach 2002 - 2011, obliczono wartości rynku turystyki paramedycznej (jako 0,09% PKB, kolumna 4) oraz wartości rynku turystyki paramedycznej z 5% stopą wzrostu rynku tych usług (kolumna 5). Na tej podstawie oszacowano wartości nowego PKB (kolumna6=kolumna2+kolumna5-kolumna4). Następnie mając oszacowane w kolumnie 7 wielkości dodatkowo utworzonych etatów w sektorze turystyki paramedycznej (por. Tab. 77), obliczono wartości wzrostu dochodów ludności w podlaskim w latach 2002 – 2011, mnożąc liczbę nowo utworzonych etatów w danym roku przez wielkość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w danym roku

¹⁶⁷ J. Frankowiak, Przyczyny popularności niekonwencjonalnych metod leczenia, „Sekty i fakty” 2007, nr 33, s. 5 – 12.

¹⁶⁸ Complementary and Alternative Medicine in the United States... op. cit., s.41.

(kolumna8=kolumna3xkolumna7). Okazuje się, że przy powyższych założeniach, w latach 2004 – 2011 nie odnotowano by wzrostu dochodów ludności w podlaskim (stopa wzrostu usług rynku turystyki paramedycznej jest za niska).

Tabela 81.

**Szacowana wielkość wzrostu dochodów ludności w sektorze turystyki
paramedycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011
(stopa wzrostu rynku 10%)**

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwo podlaskie	przeciętne wynagrodzenie w zł	wartość rynku turystyki paramed. w PKB (jako 0,09% PKB) w mln zł	wartość rynku tur. param. w PKB (stopa wzrostu 10%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	liczba nowych etatów	wzrost dochodów ludności w zł
2002	19624	1840,21	17,66	17,66	19624,00	0,00	0,00
2003	20186	1933,63	18,17	19,43	20187,26	12,84	24829,48
2004	21675	2005,14	19,51	21,37	21676,86	17,41	34904,65
2005	22952	2085,12	20,66	23,51	22954,85	25,24	52622,00
2006	24405	2186,74	21,96	25,86	24408,89	32,78	71688,94
2007	27321	2373,76	24,59	28,44	27324,86	30,11	71472,68
2008	29059	2610,21	26,15	31,29	29064,14	39,16	102227,79
2009	30941	2721,99	27,85	34,42	30947,57	45,06	122655,14
2010	32090	2854,02	28,88	37,86	32098,98	58,38	166604,61
2011	33039	3002,37	29,74	41,65	33050,91	76,06	228375,26

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

Przyjmując założenie o 10% stopie wzrostu rynku usług turystyki paramedycznej oraz udziału tego sektora rynku jako 0,09% PKB, w latach 2003 – 2011 w województwie podlaskim dochody ludności w tym sektorze by rosły i w roku 2011 wzrosłyby o 228375,26 zł (czyli o 0,04%) w skali miesiąca (por. Tab. 81). W roku 2003 byłaby to wartość rzędu 24829,48 zł (czyli o 0,006%).

Tabela 82.

**Szacowana wielkość wzrostu dochodów ludności w sektorze turystyki
paramedycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011
(stopa wzrostu rynku 7%)**

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwo podlaskie	przeciętne wynagrodzenie w zł	wartość rynku turystyki param. w PKB (jako 0,09% PKB) w mln zł	wartość rynku tur. param. w PKB (stopa wzrostu 7%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	liczba nowych etatów	wzrost dochodów ludności w zł
2002	19624	1840,21	17,66	17,66	19624,00	0,00	0,00
2003	20186	1933,63	18,17	18,90	20186,73	7,44	14391,31
2004	21675	2005,14	19,51	20,22	21675,71	6,66	13363,29
2005	22952	2085,12	20,66	21,64	22952,98	8,67	18078,85
2006	24405	2186,74	21,96	23,15	24406,19	9,99	21839,92
2007	27321	2373,76	24,59	24,77	27321,18	1,42	3381,64
2008	29059	2610,21	26,15	26,51	29059,35	2,69	7010,91
2009	30941	2721,99	27,85	28,36	30941,51	3,52	9590,74
2010	32090	2854,02	28,88	30,35	32091,46	9,52	27183,81
2011	33039	3002,37	29,74	32,47	33041,74	17,47	52444,33

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

Gdyby zaś przyjąć, że stopa wzrostu rynku usług paramedycznych była na poziomie 7% oraz udział tego sektora rynku jako 0,09% PKB, omawiany sektor zacząłby generować dodatnie wielkości w ramach dochodów ludności. Ich wartość w roku 2011 wzrosłaby o 52444,33 zł (por. Tab. 82).

6.3. Usługi paramedyczne a rozwój infrastruktury

Obserwuje się rosnące wykorzystanie medycyny niekonwencjonalnej, która obecnie jest powszechnie stosowana i która ma coraz większe znaczenie gospodarcze. W Azji i Ameryce Łacińskiej populacje nadal używają TM w wyniku historycznych okoliczności, postaw i przekonań kulturowych. W Chinach, TM stanowi około 40% całej dostarczanej opieki zdrowotnej¹⁶⁹.

W Polsce istnieją szkoły, które mają kojarzyć medycynę niekonwencjonalną z naukowością, np. Międzynarodowa Szkoła Refleksologii w Warszawie, Akademia Chiropraktyki w Toruniu, Akademia Medycyny Naturalnej Czakra w Szczecinie.

W krajach rozwijających się szerokie wykorzystanie medycyny niekonwencjonalnej często przypisuje się jej dostępności i przystępności. Np. w Ugandzie stosunek praktyków medycyny niekonwencjonalnej do populacji jest pomiędzy 1:200 a 1:400. To jaskrawo kontrastuje z dostępnością alopacyjnych praktyków (1:20000 lub mniejszy). Ponadto większość z nich praktykuje w miastach, populacja wiejska ma utrudniony dostęp, często bowiem medycyna alternatywna jest czasem jedynym dostępnym cenowo źródłem opieki zdrowotnej. Alternatywne podejście do opieki zdrowotnej w krajach rozwiniętych napędzane jest przez m. in. przez obawy o działanie niepożądane leków chemicznych¹⁷⁰.

Światowy rynek leków ziołowych opiera się na wiedzy tradycyjnej i szacuje się na 60 mld dol. USA. W Stanach Zjednoczonych sprzedaż leków ziołowych od maja 1996 do maja 1998 wzrosła o 101%¹⁷¹.

Zgodnie z referatem Łazowkiego, z WHO współpracuje kilka instytucji naukowych w różnych stronach świata. Jednak więcej badań wykonują instytucje niezależne od ONZ. Na pierwszym miejscu należy wymienić centrum założone w 1992 r. przez Kongres USA, the National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). Jego budżet stale rośnie od 2 mln dol. USA w roku 1992 do ponad 68 mln dol. USA w roku 2000. W roku 2000 zarządzeniem prezydenta powstała „White House Commission on Alternative Medicine”, której zadaniem jest rozwijanie prawnych i administracyjnych uregulowań tak, by maksymalizować korzyści płynące z CAM. W Norwegii w roku 1995 uchylono Ustawę o stosunku do szarlataństwa, ustalono pięcioletni plan rozwoju wiedzy o CAM i współpracy pomiędzy CAM a służbą zdrowia wraz z odpowiednim funduszem na ten cel, ustalono sposób rejestracji terapeutów CAM. W 2000 roku ministrowie zdrowia obu państw podpisali porozumienie o współpracy pomiędzy medycyną norweską a chińską. Podobnie w Wielkiej Brytanii zrewidowano stosunek do CAM jej ochrony i sposobu użycia. Nikt nie może praktykować CAM bez specjalnego przeszkolenia (co nie dotyczy osteopatii i kręgarstwa już wcześniej chronionych). Izba Lordów zobowiązała instytucje naukowe do sporządzenia badań sondażowych a te w konsekwencji zaleciły stworzenie centralnego ośrodka koordynującego kształcenie i

¹⁶⁹ WHO Traditional Medicine Strategy... op. cit., s. 1-2.

¹⁷⁰ Ibidem, s.2.

¹⁷¹ Ibidem, s. 12.

badania w zakresie CAM. Instytucje rządowe przeznaczyły fundusz na stworzenie takiego wysokiej klasy centrum naukowego, na wzór NCCAM w USA. Ponad 40% brytyjskich wydziałów lekarskich uczy CAM w coraz szerszym zakresie. Kontynuując informacje zawarte w referacie Łazowskiego, do szczególnie aktywnych należy powstała już w 1983 r The Research Council for Complementary Medicine (RCCM) przy Westminster University. Skupia ona badaczy z różnych krajów Europy, wyłącznie z wyższymi stopniami naukowymi, głównie profesorów uniwersyteckich. W Australii zintegrowano kilka metod CAM z medycyną oficjalną, trwają prace nad integracją następnych. Działa tam rządowa instytucja the Complementary Medicine Evaluation Committee (CMEC) skupiająca badaczy z kilku ośrodków naukowych i przygotowująca rozwiązania naukowe i prawne. Podobnie dzieje się w wielu innych krajach rozwiniętych. Można by długo wymieniać inicjatywy i realizacje, jednak kilka wymienionych stanowi dobrą ilustrację tego problemu. Jak dalej podkreśla Łazowski, w żadnej instytucji nie znalazł przedstawicieli Polski. Dokument WHO wymienia niektóre metody TM/CAM posiadające mocne, naukowe dowody skuteczności. Akupunktura usuwa: bóle pooperacyjne, nudności ciężarnych, nudności i wymioty spowodowane chemioterapią, bóle zębów, wszystko to z krańcowo małymi efektami ubocznymi. Joga może redukować ataki astmy, Taj Ji redukuje lęk przed upadkiem u ludzi w podeszłym wieku. Około 25% współczesnych leków produkuje się z roślin, które wcześniej były używane przez TM *Artemisia annua*, używana w Chinach od 2000 lat w leczeniu malarii, wykazuje skuteczność w leczeniu nawet opornych przypadków i dokument WHO sądzi, że może spowodować przełom w zapobieganiu prawie milionowi zgonów rocznie, spowodowanych ciężką malarią, u większości dzieci. W Południowej Afryce, Medical Research Council prowadzi badania na nad skutecznością *Sutherlandia microphylla* w leczeniu AIDS, używanego dotąd jako tonik, który, jak wykazano, powoduje u zarażonych HIV wzrost siły, apetytu i masy ciała.

Od kilkunastu lat na świecie obserwuje się systematyczny wzrost zainteresowania pacjentów medycyną niekonwencjonalną, co potwierdzają badania prowadzone w wielu krajach. Jako uzasadnienie takiego stanu rzeczy podaje się m.in. rosnący brak zaufania do lekarzy i placówek służby zdrowia. Niezadowolenie pacjentów wynika z powszechnego według nich bezosobowego i technicznego podejścia lekarzy zarówno pierwszego kontaktu, jak i onkologów do osób chorych, skupiania się głównie na chorobie, a nie pacjencie oraz wszechobecnego pośpiechu towarzyszącego wizytom u lekarza. Tym samym, specjaliści i metody medycyny alternatywnej i komplementarnej stanowią dla wielu ludzi atrakcyjną formę pomocy, oferując dużą ilość czasu poświęcanego na jednego pacjenta i „holistyczne” podejście. W raporcie czasopisma JAMA opublikowano wyniki badań oparte na danych z lat 1990–1997 pokazujące, że w USA nastąpił znaczny wzrost częstości stosowania przez pacjentów preparatów medycyny alternatywnej, jak również zdecydowanie zwiększyła się liczba wizyt u specjalistów CAM. Pomimo braku udowodnionej lub niewielkiej skuteczności metod terapii alternatywnej wyraźnie widoczne jest stosowanie medycyny alternatywnej w przypadku pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w związku z bardzo poważnym rokowaniem wydają duże kwoty na terapię, która nie daje żadnej gwarancji wyleczenia. Te tendencje są wspierane przez sugestywne reklamy różnych preparatów. Wzmoczone zainteresowanie medycyną alternatywną i komplementarną oraz coraz szersze

stosowanie różnych form tej terapii obserwuje się, zwłaszcza wśród pacjentów leczonych z powodu choroby nowotworowej (zarówno dzieci, jak i dorosłych). W Kanadzie metody terapii alternatywnej i komplementarnej stosowało 43% dzieci, w USA około 40%, a w Australii 64%. Aż 73% dzieci i młodzieży leczonej onkologicznie co najmniej raz próbowało tego rodzaju terapii, podczas gdy w ogólnej populacji pacjentów pediatrycznych odsetek ten wynosił 20–30%. Wzrost popytu na wszelkiego rodzaju preparaty medycyny alternatywnej i komplementarnej wystąpił również w Polsce, czego wykładnikiem są liczne biuletyny, np. „Vilcacora” czy „Medycyna naturalna”, i cała gama powszechnie dostępnych preparatów CAM¹⁷².

Na podstawie wyników badań prowadzonych na świecie w ciągu ostatnich kilkunastu lat dowiedziono, że pacjenci z chorobami nowotworowymi sięgają po metody terapii alternatywnej znacznie częściej niż pozostali. Jest to prawidłowość dotycząca pacjentów cierpiących na choroby zagrażające życiu. Terapia alternatywna i komplementarna, stosowana niemalże na całym świecie, często przybiera charakterystyczne formy, w zależności od kraju czy regionu geograficznego. Aby ujednoczyć strukturę silnie i szybko rozwijającej się medycyny alternatywnej, Biuro Medycyny Alternatywnej (utworzone w USA w latach 90. XX w. przez Narodowy Instytut Zdrowia) wyodrębniło siedem głównych kategorii: diety i odżywki, techniki umysł–ciało, bioelektromagnetyzm, medycyna tradycyjna i ludowa, metody terapii farmakologicznej i biologicznej, metody leczenia manualnego oraz leki ziołowe. Podział ten został zweryfikowany w następnych latach na 5 kategorii (National Center for Complementary and Alternative Medicine), alternatywne systemy medyczne, techniki duszy i ciała, terapie biologiczne, metody leczenia manualnego i terapię energią. Alternatywne systemy medyczne oparte na medycynie tradycyjnej i ludowej obejmują starożytne systemy leczenia, które wywodzą się z dawnych cywilizacji. Ich koncepcja bazuje na różnorodności ludzkiej fizjologii i uzależnionym od tego sposobie postępowania leczniczego. Dominuje tutaj tradycyjna medycyna chińska oraz hinduska ajurweda, czyli „nauka o życiu” (z sanskrytu: ayur, czyli życie oraz veda – nauka). Jej historia liczy 5500 lat. Integralną częścią medycyny ajurwedyjskiej jest praktykowanie jogi. Zakłada ona wszechstronne podejście do zdrowego trybu życia z naciskiem na wzmacnianie naturalnej odporności, jak również leczenie chorób somatycznych, psychicznych i odbudowywanie harmonii wewnętrznej przez stosowanie odpowiedniej diety i aktywności fizycznej połączonej z „medycyną duszy i ciała”. Medycyna ajurwedyjska straciła swoją pozycję w Indiach po wprowadzeniu medycyny zachodniej, ponownie jednak przeżywa swój renesans, a z usług ajurwedyjskich klinik korzystają tysiące pacjentów. Tradycyjna medycyna chińska jest współczesną odmianą praktyk leczniczych stosowanych w Chinach od około 3 tys. lat. Ma rozbudowane podstawy teoretyczne oraz własne rodzaje terapii, takie jak: akupunktura, ziołolecznictwo, akupresura, Qi Gong oraz zasady dietetyczne. Wśród leków medycyny chińskiej można znaleźć specyfiki polecane w terapii większości chorób, nie wyłączając nowotworów. Techniki duszy i ciała - ten rodzaj terapii alternatywnej jest bardzo często stosowany przez chorych, zarówno w USA, jak i krajach europejskich. Zalicza się do nich modlitwę, medytację, jogę i biofeedback.

¹⁷² K. Dulęba, M. Wysocki, J. Styczyński, Terapia alternatywna i komplementarna u dzieci z chorobą nowotworową – fakty i mity, Prace pogładowe, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Adv Clin Exp Med 2006, 15, 4, s. 696 – 697.

Działanie technik duszy i ciała opiera się na oddziaływaniu, przez użycie „indywidualnych sił wewnętrznych umysłu”, na zdrowie fizyczne i „wytrzymałość psychiczną”. Wiara w przezwyciężenie choroby przez stosowanie technik body–mind ma przynieść pacjentom poczucie kontroli nad biegiem choroby¹⁷³.

Do terapii biologicznych zalicza się: preparaty ziołowe (np. herbaty ziołowe i ekstrakty roślinne, wywodzące się z medycyny ludowej i tradycyjnej), diety i odżywki (najstarsze i najchętniej stosowane przez pacjentów metod terapii alternatywnej), leczenie farmakologiczne i biologiczne.

Metody leczenia manualnego CAM są oparte są na manipulacjach i/lub ruchach jednej lub kilku części ciała. Jako przykłady terapii manualnej podać można chiropraktykę, manipulacje o charakterze osteopatycznym oraz masaż. Terapia energią obejmuje zastosowanie pól energetycznych o charakterze wytwarzania biopola lub bioelektromagnetyzmu¹⁷⁴.

Według dr med. Marity Nittner – Marszalskiej medycyna alternatywna nie będzie w przyszłości stanowić liczącej się konsekwencji dla medycyny akademickiej w Polsce. Uważa, że zauważalny wzrost zainteresowania jej metodami leczniczymi należy przypisać konsekwencjom politycznego i kulturowego otwarcia się Polski na wpływy świata anglosaskiego. Pojawienie się mody na medycynę alternatywną jest efektem spóźnionej fali oddziaływania ruchu New Age (Nowej Ery) zajmującego w sferze poznania stanowisko gnostyckie ujmujące świat człowieka holistycznie w kategoriach transcendentnej jedności o wymiarze kosmicznym. Bezprecedensowy postęp szeroko rozumianej nauki rozbudził oczekiwania przewyższające współczesne zadziwiająco wielkie możliwości nauk medycznych. Konsekwencją takich postaw rozczarowania jest zwrócenie się społeczeństwa ku myśleniu magicznemu¹⁷⁵.

Większość Amerykanów korzysta z terapii CAM w połączeniu z medycyną konwencjonalną, nie jako jej zamiennik.

Według badania Eisenberga 96% respondentów, którzy odwiedzili praktykującego leczenie alternatywne, odwiedzili również lekarza podczas ostatnich 12 miesięcy. Dodatkowo 79% respondentów, którzy byli na wizycie u lekarza i stosowali terapie CAM uważali, że połączenie obu metod daje lepsze rezultaty.

Większość ubezpieczeń ogranicza CAM, z wyjątkiem usług chiropraktyka, jednak firmy ubezpieczeniowe zaczynają powoli dodawać pewien ograniczony dostęp do CAM (usługi chiropraktyka, akupunktury i masażu).

Użytkownicy CAM są świadomi, że bardzo często niewiele jest dowodów na skuteczność owych metod oraz praktycy CAM mają niższe formalne wykształcenie niż konwencjonalni lekarze. Jednak wiele Amerykanów wciąż entuzjastycznie przyjmuje terapie CAM bez pomocy naukowych, często z nieformalnych zasobów: zebrane informacje z Internetu, potwierdzenia od rodziny, przyjaciół, pozytywne doświadczenia osobiste.

Istnieje szereg motywacji do stosowania CAM, należy jednak unikać uogólnienia.

¹⁷³ K. Dulęba, M. Wysocki, J. Styczyński, *Terapia alternatywna i...* op. cit., s. 697 – 699.

¹⁷⁴ Ibidem, s. 701.

¹⁷⁵ M. Nittner – Marszalska, *Medycyna alternatywna – czy może uzupełnić tradycyjną medycynę?*, „Przegląd alergologiczny”, tom 1, nr 1, marzec 2004, s. 61.

Ostatnie badanie z r. 2004 NHIS podaje następujące przyczyny stosowania CAM¹⁷⁶:

- uważa się, że CAM w połączeniu z medycyną konwencjonalną pomoże (55%);
- CAM będzie interesującą próbą (51%);
- CAM sugerują konwencjonalni lekarze (26%);
- konwencjonalne metody leczenia nie pomogą (28%);
- konwencjonalne terapie medyczne były zbyt drogie (13%).

Według badania Eisenberga 58% respondentów uważa, że terapie alternatywne zapobiegają w przyszłości chorobie lub utrzymują zdrowie i witalność w porównaniu do 42%, którzy stosowali je do leczenia istniejącej choroby.

Pomimo wszechobecności i mocy współczesnej wiedzy medycznej, duże segmenty ludzkości albo nie mają dostępu do jego korzyści, albo nie chcą z niej korzystać. Ponad 80% ludzi w krajach rozwijających się ledwo stać na najbardziej podstawowe procedury medyczne, leki oraz szczepionki. W krajach uprzemysłowionych, zaskakująco duży odsetek osób wybiera rozwiązania i procedury, dla których dowód co do ich bezpieczeństwa i skuteczności jest niewielki, które znane są jako medycyna komplementarna i alternatywna (CAM) lub jako medycyna tradycyjna (TM).

Wraz z globalizacją wzór choroby w krajach rozwijających się zmienia. W przeszłości na świecie dominowały choroby zakaźne. Obecnie 50% ciężaru zdrowia jest wynikiem chorób niezakaźnych, takich jak: choroby układu krążenia, cukrzyca, nadciśnienie, depresja, stosowanie tytoniu i innych substancji. Ponieważ styl życia, otyłość, brak ruchu i stres są ważnymi czynnikami przyczyniającymi się do rozwoju chorób niezakaźnych, CAM i podejście TM będą w szczególności coraz ważniejsze dla rozwoju przyszłych strategii opieki zdrowotnej dla krajów rozwijających się.

Według WHO (2002) CAM i TM praktykowane jest na całym świecie¹⁷⁷:

- Afryka – używane przez 80% ludności w podstawowej opiece zdrowotnej;
- Australia – używane przez 49% dorosłych;
- Chiny – 30 – 50% całkowitej opieki zdrowotnej, w pełni zintegrowane z systemem ochrony zdrowia, 95% szpitali chińskich posiada jednostki TM;
- Indie – szeroko stosowane, 2860 szpitali zapewnia TM;
- Indonezja – używany przez 40% całej populacji, 70% ludności wiejskiej;
- Japonia – 72% lekarzy praktykuje TM;
- Tajlandia – TM zintegrowany do 1120 ośrodków zdrowia;
- Wietnam – w pełni zintegrowane z systemem ochrony zdrowia, 30% populacji używa TM;
- kraje zachodnie – CAM i TM zdecydowanie nie zintegrowane z systemem opieki zdrowotnej;
- Francja – co najmniej 75% populacji wykorzystało CAM co najmniej raz;
- Niemcy – 77% klinik leczenia bólu zapewnia akupunkturę;
- USA – 29% do 42% populacji korzysta z CAM.

¹⁷⁶ Complementary and Alternative Medicine in the United States... op. cit., s. 50.

¹⁷⁷ Disease Control Priorities in Developing Countries, second edition, A copublication of Oxford University Press and The World Bank, Washington 2006, s. 1282.

Co najmniej jedno badanie wykazało, że względy finansowe rzadko są głównym czynnikiem w wyborze tradycyjnego uzdrowiciela, zaś do przyczyn tych należą: zaufanie do leczenia, łatwość dostępu, wygoda¹⁷⁸.

Dane NHIS z 2007 roku wskazują, że amerykańska opinia publiczna jest coraz bardziej świadoma i w USA notuje się każdego roku miliony wizyt u dostawców CAM oraz wydaje się miliardy dolarów na te usługi, jak również na różne formy samoopieki CAM. Te wydatki, choć stanowią niewielki ułamek całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną w USA, stanowią znaczną część kosztów opieki zdrowotnej z własnej kieszeni i są porównywalne do kosztów usług tradycyjnych lekarzy i leków, które pacjenci pokrywają z własnej kieszeni¹⁷⁹.

W artykule dr med. M. Nitter – Marszałskiej (Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Alergologii Akademii Medycznej) „Medycyna alternatywna – czy może uzupełnić tradycyjną medycynę?”, zamieszczonym w Przeglądzie alergologicznym, czytamy, że medycyna współczesna, w swym podziale na medycynę alternatywną (inaczej niekonwencjonalną) i akademicką (konwencjonalną) jest najbardziej znaczącym obszarem działalności intelektualnej człowieka zachowującym tą biegunowość. Dwie odwieczne tendencje umysłu ludzkiego, paradygmat wyobraźni, intuicyjnego, nieokiełznanego żywiołu ducha oraz paradygmat faktu realizowany w akcie krytycznego rozumowania, reprezentują zwolennicy jednego lub drugiego wariantu postępowania lekarskiego. Pani doktor twierdzi, że chociaż istnienie alternatywnych i nienaukowych metod leczenia w epoce określanej mianem rewolucji naukowo – technicznej wydaje się być irytującym anachronizmem, ich niezaprzeczalna popularność sprawia, że nie można tego zjawiska zdyskredytować bez podjęcia bezstronnej próby zbadania jego przydatności. Jednak próba obiektywnej oceny poszczególnych metod medycyny niekonwencjonalnej napotyka na istotne trudności. Jest nią fakt, że propagatorzy nie są zdolni do sprecyzowania i udokumentowania racjonalnych założeń i zasad działania wielu z nich, np. homeopatii, akupunktury, biorezonansu, czy też chiropraktyki. Według dr med. Nitter – Marszałskiej, w internetowych medycznych bazach danych nie ma rzetelnych badań potwierdzających skuteczność również innych metod medycyny niekonwencjonalnej, zaś badania poświęcone skuteczności medycyny alternatywnej są nieliczne, a ich ocena niełatwa do interpretacji z przyczyn metodologicznych.

Niemniej jednak, liczne terapie komplementarne stają się coraz powszechniejsze w społeczeństwie, w sieci instytucji zajmujących się ochroną zdrowia i coraz mocniej wpływają na wybór sposobu leczenia.

Warto zauważyć, że terapie medycyny komplementarnej i alternatywnej, podobnie jak konwencjonalne metody leczenia, są wprowadzane długo przed ustaleniem naukowych dowodów ich bezpieczeństwa i skuteczności. Różnią się jednak drogi ich upowszechniania. W medycynie konwencjonalnej terapie są zwykle wprowadzane przez instytucje lecznicze lub przemysł, nie przez społeczności spoza tego kręgu. Wprowadzanie nowych metod w medycynie komplementarnej następuje w odwrotnym kierunku: ludzie spoza medycyny pierwsi wyszukują i stosują metody, a za nimi postępują profesjonaliści i przemysł. To wiele mówi o zmianach w upodobaniach społecznych i o odpowiedzi medycyny na nie. Można sądzić, że

¹⁷⁸ Disease Control Priorities in... op. cit., s. 1282.

¹⁷⁹ R. L. Nahin, P. M. Barnes, B. J. Stussman, B. Bloom, Costs of Complementary and Alternative Medicine (CAM)... op. cit., s. 3 – 5.

niekonwencjonalne terapie upowszechnią się, a metody komplementarnego i alternatywnego leczenia zostaną włączone do głównego nurtu medycyny. Zatem, ciągle będziemy potrzebować sposobów odpowiedzialnego ustosunkowania się do terapii alternatywnych.

Gdyby założyć, że w województwie podlaskim udział rynku turystyki paramedycznej w PKB był na poziomie 0,09% oraz przyjąć, że stopa wzrostu rynku tego sektora była na poziomie 5% (podobnie jak w USA), można oszacować wpływ rynku turystyki paramedycznej, jaki by miała na samorządowe majątkowe wydatki inwestycyjne w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011.

Zgodnie z ekspertyzą Instytutu Badań Strukturalnych przyjmuje się, że średnia dynamika wzrostu PKB dla województwa podlaskiego w latach 2010 – 2013 będzie wynosić 103,4%.

Korzysta się ze wzorów:

$$r_{xy} = \frac{COV(X,Y)}{S_x S_y},$$

gdzie $COV(X,Y)$ - kowariancja pomiędzy cechami X i Y

S_x, S_y - odchylenie standardowe cechy X, odchylenie standardowe cechy Y

r_{xy} - współczynnik korelacji (Pearsona)

$$COV(X,Y) = \frac{1}{N} \sum (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})$$

Tabela 83.

**Szacowany wzrost samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych
w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011
(stopa wzrostu rynku turystyki paramedycznej 5%)**

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwo podlaskie	wydatki majątkowe inwestycyjne w zł	wartość rynku turystyki paramed. w PKB (jako 0,09% PKB) w mln zł	wartość rynku turystyki paramed. w PKB (stopa wzrostu 5%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	udział samorz. maj. wyd. inwest. w PKB	nowe samorz. maj. wydatki inwest. w zł	wzrost wielkości samorz. maj. wyd. inwest. w zł
2002	19624	36932681	17,66	17,66	19624,00	0,188%	36932681,00	0,00
2003	20186	30313328	18,17	18,54	20186,38	0,150%	30313894,56	566,56
2004	21675	41080287	19,51	19,47	21674,96	0,190%	41080219,55	-67,45
2005	22952	41938626	20,66	20,45	22951,79	0,183%	41938239,92	-386,08
2006	24405	117257329,3	21,96	21,47	24404,50	0,480%	117254942,77	-2386,54
2007	27321	106216544,4	24,59	22,54	27318,95	0,389%	106208583,45	-7960,99
2008	29059	103897440,6	26,15	23,67	29056,52	0,358%	103888556,18	-8884,38
2009	30941	339026568,6	27,85	24,85	30938,00	1,096%	338993748,99	-32819,59
2010	32090	154441153,7	28,88	26,09	32087,21	0,481%	154427741,65	-13412,04
2011	33039	237107049,4	29,74	27,40	33036,66	0,718%	237090283,76	-16765,65

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

Mając dane wielkości PKB i samorządowych wydatków inwestycyjnych w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011, oblicza się współczynnik korelacji Pearsona pomiędzy wielkością PKB a wielkością samorządowych majątkowych

wydatków inwestycyjnych. Jego wartość wyniosła 0,81, co oznacza, że w badanych latach wystąpiła znacząca dodatnia zależność liniowa między wielkością PKB w województwie podlaskim (cecha X) a samorządowymi majątkowymi wydatkami inwestycyjnymi w województwie (cecha Y). Wraz ze wzrostem wielkości PKB, rosły średnie wartości samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych.

Posiadając wartości liczbowe PKB w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (por. Tab. 83), obliczono wartości rynku turystyki paramedycznej (jako 0,09% PKB, kolumna 4) oraz wartości rynku turystyki paramedycznej z 5% stopą wzrostu rynku tych usług (kolumna 5). Na tej podstawie oszacowano wartości nowego PKB (kolumna6=kolumna2+kolumna5-kolumna4). Następnie obliczono procentowy udział samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych w PKB w województwie podlaskim, którego wartości podane są w kolumnie 7 (kolumna3/kolumna2). Mnożąc wartości wskaźnika (kolumna 7) przez wartości nowego PKB, w kolumnie 8 oszacowano nowe samorządowe majątkowe wydatki inwestycyjne. W kolumnie 9 oszacowano zaś wzrost wielkości samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych w latach 2002 – 2011 (kolumna8 – kolumna3). Okazuje się, że przy powyższych założeniach, w latach 2004 - 2011 samorządowe majątkowe wydatki inwestycyjne nie powiększałyby się (stopa wzrostu rynku jest zbyt niska).

Tabela 84.

Szacowany wzrost samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku turystyki paramedycznej 10%)

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwo podlaskie	wydatki majątkowe inwestycyjne w zł	wartość rynku turystyki paramed. w PKB (jako 0,09% PKB) w mln zł	wartość rynku turystyki paramed. w PKB (stopa wzrostu 10%) w mln zł	nowe PKB w mln zł	udział samorz. maj. wyd. inwest. w PKB	nowe samorz. maj. wydatki inwest. w zł	wzrost wielkości samorz. maj. wyd. inwest. w zł
2002	19624	36932681	17,66	17,66	19624,00	0,188%	36932681,00	0,00
2003	20186	30313328	18,17	19,43	20187,26	0,150%	30315220,68	1892,68
2004	21675	41080287	19,51	21,37	21676,86	0,190%	41083817,98	3530,98
2005	22952	41938626	20,66	23,51	22954,85	0,183%	41943835,05	5209,05
2006	24405	117257329,3	21,96	25,86	24408,89	0,480%	117276037,86	18708,55
2007	27321	106216544,4	24,59	28,44	27324,86	0,389%	106231532,72	14988,28
2008	29059	103897440,6	26,15	31,29	29064,14	0,358%	103915802,01	18361,45
2009	30941	339026568,6	27,85	34,42	30947,57	1,096%	339098563,51	71994,93
2010	32090	154441153,7	28,88	37,86	32098,98	0,481%	154484363,56	43209,87
2011	33039	237107049,4	29,74	41,65	33050,91	0,718%	237192522,69	85473,28

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

Gdyby zaś założyć, że w województwie podlaskim udział rynku turystyki paramedycznej w PKB był na poziomie 0,09% oraz przyjąć, że stopa wzrostu rynku tego sektora była na poziomie 10%, można by podobnie oszacować wpływ rynku

tego sektora na poziom samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych w województwie w latach 2002 – 2011 (por. Tab. 84). Okazuje się, że przy powyższych założeniach, w roku 2003 samorządowe majątkowe wydatki inwestycyjne wzrosłyby o 1892,68 zł (wzrost o 0,06%), zaś w roku 2011 – już ich wartość wzrosłaby już o 85473,28 zł (0,04%) w stosunku do rzeczywistych.

Tabela 85.

**Szacowany wzrost samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych
w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011
(stopa wzrostu rynku turystyki paramedycznej 7%)**

Rok	Wielkość PKB w mln zł województwa podlaskie	wydatki majątkowe inwestycyjne w zł	wartość rynku turystyki alt. w PKB (jako 0,09% PKB)	wartość rynku tur. alt. w PKB (stopa wzrostu 7%)	nowe PKB	udział samorz. maj. wyd. inwest. w PKB	nowe samorz. maj. wydatki inwest. w zł	wzrost wielkości samorz. maj. wyd. inwest.
2002	19624	36932681	17,66	17,66	19624,00	0,188%	36932681,00	0,00
2003	20186	30313328	18,17	18,90	20186,73	0,150%	30314425,01	1097,01
2004	21675	41080287	19,51	20,22	21675,71	0,190%	41081638,84	1351,84
2005	22952	41938626	20,66	21,64	22952,98	0,183%	41940415,63	1789,63
2006	24405	117257329,3	21,96	23,15	24406,19	0,480%	117263028,84	5699,53
2007	27321	106216544,4	24,59	24,77	27321,18	0,389%	106217253,59	709,15
2008	29059	103897440,6	26,15	26,51	29059,35	0,358%	103898699,81	1259,25
2009	30941	339026568,6	27,85	28,36	30941,51	1,096%	339032198,06	5629,48
2010	32090	154441153,7	28,88	30,35	32091,46	0,481%	154448203,97	7050,28
2011	33039	237107049,4	29,74	32,47	33041,74	0,718%	237126677,58	19628,17

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS (data dostępu 29.10.2013r.) oraz Instytutu Badań Strukturalnych.

Aby gospodarka lokalna mogła zacząć generować wzrost wielkości samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych, potrzebna jest 7% stopa wzrostu rynku usług w tym sektorze (por. Tab. 85). Jeśli założyć, że stopa wzrostu rynku turystyki paramedycznej w latach 2002 – 2011 była w województwie podlaskim na poziomie 7%, zaś udział tego sektora w rynku pozostał na poziomie 0,09%, omawiany sektor zacząłby generować wielkości dodatnie w ramach samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych w województwie podlaskim.

ZAKOŃCZENIE

W pracy podjęto problem relatywnie niskiego poziomu rozwoju gospodarczego regionu północno – wschodniej Polski. Analizowany obszar nie cieszy się zainteresowaniem inwestorów ani krajowych, ani zagranicznych. Charakteryzuje się brakiem przemysłu, znacznym udziałem rolnictwa oraz niskim udziałem w tworzeniu polskiego PKB. W województwie podlaskim rozwija się sektor usług, ze względu jednak na ograniczone zasoby kapitału, nie jest możliwy kompleksowy i jednoczesny rozwój wszystkich jego sekcji. Istotne jest zatem wskazanie takiej sfery sektora usługowego, w rozwoju której region mógłby się specjalizować i która jednocześnie dynamizowałaby jego rozwój. Trzeba więc znaleźć niszę rynkową, w przypadku której fakt braku przemysłu i przygraniczne położenie byłyby atutem i w pełni wykorzystywałyby posiadane walory przyrodnicze.

W rozprawie sformułowano hipotezę, zgodnie z którą usługi z zakresu turystyki zdrowotnej są przyszłościowym sektorem w ramach gospodarki współczesnej. W oparciu o nią wyodrębniono cztery funkcje szczegółowe.

Weryfikacja pierwszej funkcji szczegółowej (wydaje się, że na rozwój gospodarki województwa podlaskiego wpływają usługi profilaktyczno - rehabilitacyjne), prowadzi do wniosku, że gdyby wielkość rynku usług profilaktyczno – rehabilitacyjnych świadczonych turystom oraz stopa wzrostu udziału tego sektora w rynku były na Podlasiu zbliżone do poziomu, na jakim kształtują się analogiczne wielkości w Niemczech, to nie miałyby on wpływu na rozwój analizowanego regionu. W założonych warunkach (przy udziale analizowanego sektora w rynku na poziomie 1,2%, co w przypadku polskiej gospodarki jest wariantem bardzo optymistycznym i przy stopie wzrostu jego udziału w rynku na poziomie 2%), gospodarka lokalna nie wygenerowałaby ani nowych miejsc pracy, ani wzrostu poziomu dochodów ludności. Nie odnotowano by też znaczącego rozwoju infrastruktury. Trzeba jednak uwzględnić fakt, że w Niemczech rynek usług profilaktyczno – rehabilitacyjnych świadczonych turystom jest już rozbudowany i w znacznej mierze nasycony, podczas gdy w polskiej gospodarce, a tym bardziej w województwie podlaskim udział analizowanego sektora w rynku, podobnie zresztą jak poziom nasycenia rynku analizowanymi usługami jest relatywnie niższy. Można zatem przypuszczać, że perspektywy rozwoju analizowanego sektora są w polskiej gospodarce obiecujące i w związku z tym założyć, że stopa wzrostu udziału usług profilaktyczno – rehabilitacyjnych w rynku będzie się de facto kształtowała na wyższym, aniżeli założonym w badaniach poziomie. I tak, gdyby stopa wzrostu udziału analizowanego sektora usług kształtowała się w gospodarce województwa podlaskiego na poziomie minimum 7%, to sektor ten zacząłby generować dodatnie wielkości dotyczące zatrudnienia, poziomu dochodów ludności oraz miałby wpływ na rozwój infrastruktury w regionie. Głównymi miejscami świadczenia usług profilaktyczno – rehabilitacyjnych turystom są sanatoria, szpitale, przychodnie uzdrowiskowe. Na Podlasiu od lat

istniało tylko jedno sanatorium (drugie powstało w roku 2012), przychodni i szpitali uzdrowiskowych nie ma. Augustowskie Sanatorium „Budowlani” spełnia, niestety, funkcję wyraźnie leczniczą. Aby przyciągnąć turystów z zagranicy, należałoby poszerzyć jego ofertę o usługi profilaktyczno – wypoczynkowe. Przykładem do naśladowania mogą być Niemcy, gdzie uwidacznia się dominacja sprzedaży komercyjnej (w Polsce jest to 30 – 35%). Jest to istotne, gdyż zysk netto generują firmy, które mają w swej ofercie w większości usługi typu *spa* i *wellness*. Wydaje się, że brak jakichkolwiek działań w kierunku poszerzania zakresu usług związany jest z brakiem odpowiedniej infrastruktury transportowej, w szczególności trudności napotykania turyści z zagranicy (brak lotniska, autostrad). Natomiast w omawianym kraju, jakim są Niemcy, zatrudnienie w tym sektorze w roku 2011 wyniosło około 350 tys. (por. Rozdział 3).

Weryfikacja drugiej funkcji szczegółowej (wydaje się, że na rozwój gospodarki województwa podlaskiego wpływają usługi medyczne), prowadzi do wniosku, że gdyby przyjąć, że na Podlasiu udział sektora turystyki medycznej w PKB kształtował się na takim poziomie, jak szacunkowy dla Polski oraz stopa wzrostu udziału tego sektora w rynku, na poziomie szacunkowej optymistycznej stopy wzrostu rynku turystyki medycznej w Indiach, czyli kraju, w którym w ostatnich latach ten rodzaj turystyki dynamicznie się rozwija, gospodarka byłaby w stanie wygenerować znaczną ilość pełnych etatów w tym sektorze, nastąpiłby istotny wzrost wielkości dochodów oraz miałyby to istotne przełożenie na rozwój infrastruktury (por. Rozdział 4).

W rozprawie analizuje się usługi medyczne wykonywane turystom. Niemniej jednak, zdaniem autorki, na Podlasiu turystyka medyczna w zasadzie nie istnieje. Egzemplifikacji dokonano w oparciu o szpital Humana Medica Omeda, który wykonuje w województwie podlaskim znaczną część płatnych operacji plastycznych, a to głównie one są powodem przyjazdu turystów. Zgodnie z danymi około 80% operacji w szpitalu wykonano osobom z terenu województwa podlaskiego, zaś około 20% - pacjentom z zagranicy. Jednak były to w większości osoby, które wyjechały z terenu Podlasia w celach zarobkowych i w ramach urlopu przyjechały w rodzinne strony i zarazem, głównie z powodu niskich cen w stosunku do zagranicy, zdecydowały się na operacje na Podlasiu. Podobnie korzystały one również z usług stomatologicznych i innych. Zdaniem kierownika jednej z podlaskich prywatnych klinik, „turystyka zdrowotna w województwie podlaskim nie zaistnieje dopóty, dopóki w województwie nie powstanie lotnisko”. Jest to priorytet, gdyż przedostanie się do Białegostoku z terenów Europy Zachodniej wymaga wielogodzinnych podróży autokarem, co bardzo zniechęca turystów. Oczywiście, kliniki próbują organizować wycieczki w celu łączenia wypoczynku z poprawą zdrowia i doskonaleniem urody, jednak podróżowanie autokarami jest bardzo uciążliwe. Stan zatrudnienia chirurgów plastycznych potwierdza fakt braku specjalizacji województwa w tym zakresie. Pomimo, że operacje plastyczne wykonywane na Podlasiu są bardzo konkurencyjne cenowo w porównaniu z innymi województwami i zagranicą, to jednak fakt braku możliwości szybkiego dojazdu powoduje hamowanie rozwoju tego sektora gospodarki. Dlatego też, jak dotąd liczyć można głównie na pacjentów z terenu województwa podlaskiego, a ich nie jest wielu, również z powodu braku odpowiednich środków finansowych gospodarstw domowych na ten cel. Co więcej, pozostałe rodzaje operacji wykonywanych w szpitalu, wykonywane były w zasadzie jedynie osobom z terenu województwa, którzy nie byli turystami.

Weryfikacja trzeciej funkcji szczegółowej (wydaje się, że na rozwój gospodarki województwa podlaskiego wpływają usługi kosmetyczno – dietetyczne) prowadzi do wniosku, że gdyby założyć, że udział rynku usług kosmetyczno – dietetycznych wykonywanych turystom w wielkości PKB oraz stopa wzrostu udziału tego sektora w rynku w podlaskim były na poziomie, jak szacowany w Polsce, sektor ten byłby w stanie wygenerować nowe etaty w województwie, miałby wpływ na wzrost poziomu dochodów ludności oraz na rozwój infrastruktury (por. Rozdział 5).

Niemniej jednak autorka uważa, że usługi kosmetyczno – dietetyczne wykonywane turystom na Podlasiu nie mają jak dotąd istotnego wpływu na rozwój gospodarczy województwa. Turyści korzystają z usług gabinetów kosmetycznych, nie jest to jednak zjawisko na wielką skalę. Również niewielka ilość gości hotelowych korzysta z usług kosmetyczno – dietetycznych (należy również zaznaczyć, że w województwie jest jak dotąd niewiele hoteli posiadających kompleksowe usługi z zakresu *Spa* na miejscu).

Weryfikacja czwartej funkcji szczegółowej (wydaje się, że na rozwój gospodarki województwa podlaskiego wpływają usługi paramedyczne) prowadzi z kolei do wniosku, że gdyby w Polsce proporcje dotyczące wydatków turystów na usługi w zakresie medycyny komplementarnej i alternatywnej były na poziomie zbliżonym do USA (gdzie roczna stopa wzrostu udziału tego sektora w rynku jest na poziomie 5%), gospodarka nie byłaby w stanie wygenerować nowych etatów w województwie, wzrostu dochodów ludności, infrastruktura również by się nie rozwijała. Jednak już przy stopie wzrostu rynku na poziomie 7%, odnotowano by w tym zakresie wielkości dodatnie (por Rozdział 6).

Reasumując, należy stwierdzić, że turystyka zdrowotna jest przyszłościowym sektorem gospodarki. Na świecie obserwuje się szczególnie dynamiczny rozwój usług medycznych oraz kosmetyczno – dietetycznych świadczonych turystom. Mimo, że w województwie podlaskim dynamika ich rozwoju nie jest, jak dotąd zbyt wysoka, to można przypuszczać, że ze względu na niski jeszcze stopień nasycenia rynku analizowanymi usługami i przy odpowiednich warunkach infrastrukturalnych perspektywy ich rozwoju są w polskiej gospodarce, a tym bardziej w województwie podlaskim obiecujące.

Bibliografia:

1. Ajmeri Sanjay R., Medical tourism – a healthier future for India, “Arth Prabhand APJEM”, A Journal of Economics and Management, Vol.1 Issue 5, August 2012
2. Alternative Medicine Industry Snapshot, Western Washington University, Bellingham 2011
3. Badanie cen detalicznych towarów i usług konsumpcyjnych, Urząd Statystyczny w Białymstoku, dane zamawiane
4. Berg W., Gesundheitstourismus Und Wellnesstourismus, Oldenburg, Monachium 2008
5. Biak – Wolf A., Zdrowotna funkcja współczesnej turystyki, [w:] Boruszcak M. (red.), Turystyka zdrowotna, Wyższa Szkoła Turystyki i Hotelarstwa w Gdańsku, Gdańsk 2010
6. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2001, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2002
7. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2002, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2003
8. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2003, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2003
9. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2004, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2004
10. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2005, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2005
11. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2006, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2006
12. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2007, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2007
13. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2008, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2008
14. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2009, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2009
15. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2010, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2010
16. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2011, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2011
17. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2012, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2012
18. Carey B., When Trust in Doctors Erodes, Other Treatments fill the Void, “New York Times”, February 3, 2006
19. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, dane zamawiane
20. Ciborowski R. W., Polityka innowacyjna a konkurencyjność międzynarodowa Polski, [w:] Podedworny H., Grabowiecki J., Wnorowski H. (red.), Konkurencyjność gospodarki polskiej a rola państwa przed akcesją do Unii Europejskiej, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2000

21. Chakravarthy K Kalyan, Kumar CH. Ravi, Deepthi K, Swot Analysis: Medical Tourism, Conference on Tourism In India – Challenges Ahead, IIMK, May 2008
22. Complementary and Alternative Medicine in the United States, Committee on the Use of Complementary and Alternative Medicine by the American Public, The National Academies Press, Washington 2005
23. Czynniki wpływające na jakość i konkurencyjność usług turystycznych w miejscowościach uzdrowiskowych, Instytut Turystyki w Krakowie Sp. z o. o., Stowarzyszenie Gmin Uzdrowiskowych RP, Kraków 2005
24. Dane statystyczne Urzędu Miasta Augustowa
25. Disease Control Priorities in Developing Countries, second edition, A copublication of Oxford University Press and The World Bank, Washington 2006
26. Doing Business 2008, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank
27. Doing Business 2009, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank
28. Doing Business 2010, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank
29. Doing Business 2011, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank
30. Doing Business 2012 The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank
31. Dulęba K., Wysocki M., Styczyński J., Terapia alternatywna i komplementarna u dzieci z chorobą nowotworową – fakty i mity, Prace poglądowe, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Adv Clin Exp Med 2006, 15, 4
32. Działalność innowacyjna przedsiębiorstw w latach 2006 – 2008, Notatka Informacyjna, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Szczecinie, Szczecin 2009
33. Działalność innowacyjna przedsiębiorstw w latach 2009 – 2011, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Szczecinie, Warszawa 2012
34. Edukacja w województwie podlaskim w roku szkolnym 2009/2010, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2010
35. Edukacja w województwie podlaskim w roku szkolnym 2010/2011, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2011
36. Edukacja w województwie podlaskim w roku szkolnym 2011/12, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2012
37. Encyklopedia Popularna PWN, Wydanie dwudzieste drugie zmienione i uzupełnione, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1992
38. Europe in figures, Eurostat yearbook 2011, eurostat
39. Europe in figures, Eurostat yearbook 2012, eurostat
40. Ewolucja sektora usług w Polsce w latach 1995 – 2008, Ministerstwo Gospodarki, Departament Analiz i Prognoz, Warszawa 2010
41. Frankowiak J., Przyczyny popularności niekonwencjonalnych metod leczenia, „Sekty i fakty” 2007, nr 33
42. Gaworecki W., Turystyka, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Warszawa 2003

43. Global Competitiveness Report 2007 – 2008, World Economic Forum, WEF webside
44. Global Competitiveness Report 2008 – 2009, World Economic Forum, WEF webside
45. Global Competitiveness Report 2009 – 2010, World Economic Forum, WEF webside
46. Global Competitiveness Report 2010 – 2011, World Economic Forum, WEF webside
47. Global Competitiveness Report, 2011 – 2012, World Economic Forum, WEF webside
48. Golba J., Stan prawny uzdrowisk polskich w porównaniu ze stanem prawnym uzdrowisk w krajach Unii Europejskiej-wyzwania, jakie stoją przed Rządem i środowiskiem uzdrowiskowym, Biuletyn Informacyjny SGU RP, nr 2-3, Krynica 2003
49. Golba J., Wskazania dla pozyskania nowych miejsc pracy w uzdrowiskach po przystąpieniu do Unii Europejskiej, Biuletyn Informacyjny SGU RP, nr 1-2, Krynica 2004
50. Goodrich J. N., Socialist Cuba: A study of health Tourism, za: Hadzik A., Tożsamość terminologiczna turystyki zdrowotnej i uzdrowiskowej. Koncepcja turystyki zdrowotnej uzdrowisk, [w:] Boruszczyk M. (red.), Turystyka uzdrowiskowa. Stan i perspektywy, Wyższa Szkoła Turystyki i Hotelarstwa w Gdańsku, Gdańsk 2009
51. Grabowiecki J., Pozycja konkurencyjna wymiany handlowej województwa podlaskiego na tle regionów Polski, [w:] Podedworny H., Grabowiecki J., Wnorowski H. (red.), Konkurencyjność gospodarki polskiej a rola państwa przed akcesją do Unii Europejskiej, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2000
52. Guatam Vinayshil, Healthcare Tourism Opportunities for India, Export – Import Bank of India, Mumbai 2008
53. Hadzik A., Tożsamość terminologiczna turystyki zdrowotnej i uzdrowiskowej. Koncepcja turystyki zdrowotnej uzdrowisk, [w:] Turystyka uzdrowiskowa. Stan i perspektywy, Boruszczyk M. (red.), Wyższa Szkoła Turystyki i Hotelarstwa w Gdańsku, Gdańsk 2009
54. Hańczkiewicz J., SPA – uwarunkowania rozwoju, aktualna oferta, jakość, [w:] Boruszczyk M. (red.), Turystyka uzdrowiskowa. Stan i perspektywy, Wyższa Szkoła Turystyki i Hotelarstwa w Gdańsku, Gdańsk 2009
55. Health Tourism: Destination India, India Brand Equity Foundation, 2010
56. Incoming-Tourism Germany Edition 2011, Facts and Figures 2010, German National Tourist Board, Travel Destination Germany
57. Index of Economic Freedom 2008, The Heritage Foundation, The Wall Street Journal
58. Index of Economic Freedom 2009, The Heritage Foundation, The Wall Street Journal
59. Index of Economic Freedom 2010, The Heritage Foundation, The Wall Street Journal
60. Index of Economic Freedom 2011, The Heritage Foundation, The Wall Street Journal

61. Index of Economic Freedom 2012, The Heritage Foundation, The Wall Street Journal
62. Indu Grewal, J.K. Das, Deoki Nandan, J. Kishore, Promotion of Medical Tourism in Tertiary Care Hospitals of Delhi: Opinion of Medical Administrators and Managers, *Health and Population: Perspectives and Issues*, Vol. 32 (3), 159-165, 2009
63. Januszewska M., Wyzwania turystyki zdrowotnej w świetle przemian demograficznych w Polsce, [w:] Gaworecki W. W., Mroczyński Z. (red.), *Turystyka i sport dla wszystkich w promocji zdrowego stylu życia*, WSTiH, Gdańsk 2008
64. Kaczmarczyk J. (red.), *Międzynarodowe stosunki gospodarcze*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2006
65. Kaczmarek J., Stasiak A., Włodarczyk B., *Produkt turystyczny albo jak organizować poznawanie świata*, Łódź 2002
66. Kaaur Jaspreet, Sundar G, Hari, Vaidya Deepti, Bhargava Sheela, *Health Tourism in India Growth and Opportunities*, Conference Proceedings International Conference on Marketing and Society, Indian Institute of Management Kozhikode, 10 April 2007
67. Khan M., *Medical Tourism: Outsourcing of Healthcare*, International CHRIE Conference-Refereed Track, University of Massachusetts – Amherst, ScholarWorks@UMass Amherst, July 2010
68. Kolarz M., *Wpływ zagranicznych inwestycji bezpośrednich na innowacyjność przedsiębiorstw w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2006
69. *Kompendium wiedzy o gospodarce*, praca zbiorowa pod redakcją Edwarda Cyrsona, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa; Poznań 1996
70. Konarska I., *Doktor blagier*, „Wprost”, nr 7, 19 II 2006
71. Koniusz M., Węglarz R., *Kierunki zmian w polskich uzdrowiskach*, [w:] Boruszczak M. (red.), *Turystyka uzdrowiskowa. Stan i perspektywy*, Wyższa Szkoła Turystyki i Hotelarstwa w Gdańsku, Gdańsk 2009
72. Kowalczyk A., *Geografia turystyki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001
73. Lanz – Kaufmann E., *Wellness – Tourismus. Marktanalyse Und Qualitätsanforderungen für die Hotellerie – Schnittstellen zur Gesundheitsförderung*, FIF, Berno 1999
74. *Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie podlaskim w 2012 r.*, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2013
75. Lunt N., Smith R., Exworthy M., Green S. T., Horsfall D., Mannion R., *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review*, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, 2011
76. Łazowski J., *Miejsce medycyny naturalnej we współczesnym świecie*, Referat wygłoszony na Sympozjum TEP roku 2001, opublikowany w „Sztuce Leczenia” nr 2 w r. 2002 i w „Farmacji Polskiej” w r. 2003
77. Łęcka I., *Nowe (?) trendy w turystyce zdrowotnej*, „Prace i Studia Geograficzne”, t. 32, Warszawa 2003
78. Matusiak K., *Ośrodki innowacji w Polsce*, PAPR i SOOliP, Poznań – Warszawa

79. Mazurski K. R., Geneza i przemiany turystyki, Wyższa Szkoła Zarządzania Edukacja, Wrocław 2006
80. Medical Tourism Consumers In Search of Value, Deloitte Center for Health Solutions, 2008
81. Medical Tourism: Global Competition in Health Care, NCPA Policy Report No. 304, November 2007
82. Meredyk K., Ekonomia ogólna, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2007
83. Meredyk K., Przedmiot i metoda nauk ekonomicznych, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2003
84. Mirek J., Czynniki wpływające na funkcjonowanie i rozwój polskich uzdrowisk, [w:] Boruszczak M. (red.), Turystyka uzdrowiskowa. Stan i perspektywy, Wyższa Szkoła Turystyki i Hotelarstwa w Gdańsku, Gdańsk 2009
85. Nahin R. L., Barnes P. M., Stussman B. J., Bloom B., Costs of Complementary and Alternative Medicine (CAM) and Frequency of Visits to CAM Practitioners: United States, 2007, National Health Statistics Reports, Number 18, July 2009
86. Nahrstedt W., Wellnessbildung. Gesundheitssteigerung In der Wohlfühlgesellschaft, Erich Schmidt Verlag, Berlin 2008, s. 36.
87. Nauka i technika w 2009 roku, GUS, Urząd Statystyczny w Szczecinie, Warszawa 2011
88. Nauka i technika w 2010 roku, GUS, Urząd Statystyczny w Szczecinie, Warszawa 2012
89. Nauka i technika w 2011 roku GUS, Urząd Statystyczny w Szczecinie, Warszawa 2012
90. Nittner – Marszalska M., Medycyna alternatywna – czy może uzupełnić tradycyjną medycynę?, „Przegląd alergologiczny”, tom 1, nr 1, marzec 2004
91. Olszewski J., Promocja turystyki zdrowotnej, [w:] Boruszczak M. (red.), Turystyka uzdrowiskowa. Stan i perspektywy, Wyższa Szkoła Turystyki i Hotelarstwa w Gdańsku, Gdańsk 2009
92. Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2010 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011
93. Petry R. 2009. Czy w Europie występuje zmierzch uzdrowisk i klasycznego leczenia? Marketing uzdrowiskowy w państwach europejskich, [w:] Innowacyjne kierunki rozwoju turystyki uzdrowiskowej i lecznictwa uzdrowiskowego. XVIII Kongres uzdrowisk polskich, Muszyna 4–6 czerwca 2009
94. Petry R., Model funkcjonowania i finansowania uzdrowisk europejskich, „Jedziemy do wód w...”, Biuletyn Informacyjny nr 3, Stowarzyszenie Gmin Uzdrowiskowych RP, sierpień 2001
95. Piasta J., Hotelarstwo w Polsce 2011 SPA w hotelach: trendy i RevPACH raport, Instytut Hotelarstwa, Warszawa 2011
96. Piazzolo M., Zanca N. A., The Economics of Medical Tourism A Case Study for the USA and India, MEB 2010 - International Conference on Management, Enterprise and Benchmarking, Budapest 2010
97. Piekut M., Polskie gospodarstwa domowe – dochody, wydatki i wyposażenie w dobra trwałe go użytkowania, Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2008

98. Plawgo B. (red.), Czynniki rozwoju regionalnego Polski północno-wschodniej tom I, Wyższa Szkoła Administracji Publicznej w Białymstoku, Białystok 2005
99. Plawgo B. (red.), Przedsiębiorczość akademicka – stan, bariery i przesłanki rozwoju, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży, Łomża 2011
100. Podmioty gospodarki narodowej wpisane do rejestru REGON w województwie podlaskim stan na koniec 2011 r., Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2012
101. Polska 2007 Raport o stanie gospodarki, Ministerstwo Gospodarki, Warszawa 2007
102. Polska 2010 Raport o stanie gospodarki, Ministerstwo Gospodarki, Warszawa 2010
103. Polska 2012 Raport o stanie gospodarki, Ministerstwo Gospodarki, Warszawa 2012
104. Popyt na pacę w województwie podlaskim w I półroczu 2012 r., Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2012
105. Prochorowicz m., Regionalna turystyka uzdrowiskowa a przeobrażenia społeczno – gospodarcze w Unii Europejskiej, Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie, *Oeconomica* 284 (61), 2010
106. Program budowy dróg krajowych na lata 2011 – 2015, Ministerstwo Infrastruktury, styczeń 2011
107. Poskrobko B., Ziółkowski R., Miejsce turystyki w Strategii Rozwoju Województwa Podlaskiego, [w:] *Turystyka na obszarze Zielonych Płuc Polski. Szanse i zagrożenia*, Wydawnictwo Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej Ministerstwa Gospodarki, Białystok 2002
108. Poskrobko B. (red.), Zarządzanie turystyką na obszarach przyrodniczo cennych, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Białymstoku, Białystok 2005
109. Proniewski M., Polityka regionalna przed akcesją Polski do Unii Europejskiej, [w:] Podedworny H., Grabowiecki J., Wnorowski H. (red.), *Konkurencyjność gospodarki polskiej a rola państwa przed akcesją do Unii Europejskiej*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2000
110. Raport o stanie technicznym nawierzchni asfaltowych i betonowych sieci dróg krajowych na koniec 2009 r., Generalna Dyrekcja Dróg Krajowych i Autostrad, Warszawa 2010
111. Raport Polska 2011 Gospodarka – Społeczeństwo – Regiony (Projekt), Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2011
112. Reddy S., Quadeer I., *Medical Tourism in India: Progress or Predicament?*, "Economic & Political Weekly", May 15, 2010 vol xlv no 20, Mumbai 2010
113. Richert – Kaźmierska A., Partnerstwo na rzecz rozwoju regionalnego konkurencyjność regionalna, w: [Przedsiębiorstwo i państwo – wybrane problemy konkurencyjności], Wyd. Katedra Mikroekonomii Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2007
114. Rocznik Statystyczny Województw 2010, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011
115. Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2004, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2004

116. Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2006, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2006
117. Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2008, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2008
118. Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2009, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2009
119. Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2010, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2010
120. Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2011, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2011
121. Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2012, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2012
122. Rocznik Statystyczny Województw 2006, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2006
123. Rocznik Statystyczny Województw 2009, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2009
124. Rocznik Statystyczny Województw 2010, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2010
125. Rocznik Statystyczny Województw 2011, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011
126. Rocznik Statystyczny Województw 2012, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012
127. Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2012, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012
128. Rogalewski O., Zagospodarowanie turystyczne, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1979
129. Sanjay R. Ajmeri, Medical Tourism – A Healthier Future for India, Arth Prabhand: A Journal of Economics and Management, Vol. 1 Issue 5, August 2012, APJEM
130. Sokołowski A. W., Przyroda województwa podlaskiego i jej ochrona, ŁTN Łomża 2006
131. Sprawozdanie Z-12 – struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku (za lata 2001 - 2010), Urząd Statystyczny w Białymstoku
132. Stankiewicz B., Prochorowicz M., Regionalna turystyka uzdrowiskowa a przeobrażenia społeczno – gospodarcze w Unii Europejskiej, Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie, Oeconomica 284 (61), 2010
133. Synderman R., Weil A., Integrative Medicine: Bringing Medicine Back to It's Roots, Archives of Internal Medicine 162:395–397, February 2002
134. Szkoły wyższe i ich finanse w 2011 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012
135. The Rise of Medical Tourism, Grail Research, August 2009
136. The World Competitiveness Scoreboard 2012
137. Travel & Tourism Economic Impact 2011 Germany, World Travel & Tourism Council
138. Ustawa z dnia 18 stycznia 1996 r. o kulturze fizycznej

139. Venkata Krishna Prasad, Medical Tourism Industry - Advantage India, Conference on Global Competition & Competitiveness of Indian Corporate, Indian Institute of Management Kozhikode, May 2007
140. WHO Traditional Medicine Strategy 2002 – 2005, World Health Organization, Geneva 2002
141. Wnorowski H., Strategia marki i jej wykorzystanie w budowaniu pozycji konkurencyjnej w branży spirytusowej, [w:] Podedworny H., Grabowiecki J., Wnorowski H. (red.), Konkurencyjność gospodarki polskiej a rola państwa przed akcesją do Unii Europejskiej, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2000
142. Województwo podlaskie zaprasza, Informator Turystyczny 2003, Wyd. Agencja „TD” Wydawnictwo Turystyczne, Białystok 2002
143. Wolski J., Funkcja wypoczynkowo – turystyczna uzdrowisk polskich, „Problemy uzdrowiskowe” 1986, nr 7 – 9
144. Wolski J., Turystyka zdrowotna a uzdrowiska europejskich krajów socjalistycznych, Problemy uzdrowiskowe Materiały informacyjne i naukowe – badawcze z zakresu lecznictwa, balneotechniki, ekonomiki uzdrowiskowej oraz turystyki w uzdrowiskach, Zeszyt nr 5/53, Warszawa 1970
145. Wolski J., Wypoczynek i turystyka w uzdrowiskach, AWF, Poznań 1978
146. World Tourism Barometer Vol 11, UNWTO, January 2013
147. Woźniak A., Polskie kliniki przyciągną więcej cudzoziemców, „Rzeczpospolita”, 12.01.2011
148. Zalega T., Miejsce usług w konsumpcji gospodarstw domowych wysokodochodowych [w:] Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy. Spójność społeczno – ekonomiczna a modernizacja gospodarki, Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2010
149. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012
150. Zmiany strukturalne grup podmiotów gospodarki narodowej w rejestrze REGON w województwie podlaskim, 2012 r., Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2013

Dokumenty elektroniczne i strony internetowe:

1. Bank danych lokalnych, Główny Urząd Statystyczny, www.stat.gov.pl
2. Complementary and Alternative Medicine Used by One Third of U.S. Adults Is Unchanged Since 1997, News Release, January 2005, newhope360.com
3. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (dane zamawiane)
4. Health Tourism in Europe – actual situation and trends, Joachim Liber Secretary-General European Spas Association (ESPA) 11.11.2010, Vila Real, Portugal
5. Indian Medical/Health Tourism Service Sector Network Report, Sector Overview and SWOT Analysis, SINET, sinetinfo.com
6. International Monetary Found, World Economic Outlook Database, October 2012, www.imf.org
7. Medical tourism market expects strong growth for 2010, www.hospitalscout.com

8. Medical Tourism: "Profit from Global Health Care", Management Summary, www.hospitalscout.com
9. Otto P., Polska powoli staje się zagłębiem usług spa dla całej Europy, 16 grudnia 2011, gazetaprawna.pl
10. Petry R., Wellness and spa tourism all year round, European Spas Association, European Tourism Day 2012, Seasationality – Maritime and coastal tourism, Bruksela 2012, ec.europa.eu (data dostępu 10.06.2013 r.).
11. Potencjał polskiego rynku SPA, styczeń 2012, spa.warszawa.pl.
12. Ostrowski S., Wyrastamy na lidera w branży SPA, taniego SPA, biznes.pl
13. UNWTO Tourism 2020 Vision, www.unwto.org
14. www.gehaltsvergleich.com
15. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
16. www.ibs.org.pl
17. www.estheticon.pl
18. <http://ptchprie.republika.pl> , dostęp dnia 3.01.2011.
19. Zanim zapłacisz za SPA, „Hotelarz” 10/2006, www.e-hotelarz.pl

Spis Tabel:

Tabela 1. Tempo wzrostu PKB i wartości dodanej brutto w Polsce w latach 2005 – 2011.....	9
Tabela 2. Zmiany w strukturze tworzenia wartości dodanej w Polsce w okresie 2005 – 2011 (w cenach bieżących).....	10
Tabela 3. Ranking według indeksu globalnej konkurencyjności GCI dla Polski w latach 2007 – 2012.....	13
Tabela 4. Ranking wolności gospodarczej dla Polski w latach 2008 – 2012.....	14
Tabela 5. Ranking IMD dla Polski w latach 2008 – 2012.....	15
Tabela 6. Ranking swobody prowadzenia działalności gospodarczej dla Polski w latach 2008 – 2012.....	15
Tabela 7. Ludność województwa podlaskiego w latach 2000 – 2011 (stan w dniu 31 XII).....	18
Tabela 8. Edukacja według szczebli kształcenia w województwie podlaskim w latach 2000 – 2012.....	19
Tabela 9. Uczelnie wyższe oraz liczba studentów w województwie podlaskim w latach 2010 – 2012.....	20
Tabela 10. Aktywność ekonomiczna ludności w wieku 15 lat i więcej w latach 2009 – 2011 według województw.....	21
Tabela 11. Przeciętne zatrudnienie w województwie podlaskim w latach 2005 – 2011.....	22
Tabela 12. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w zł w latach 2005 – 2011 według województw.....	23
Tabela 13. Przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na 1 osobę w gospodarstwach domowych.....	24
Tabela 14. Wynalazki krajowe i patenty udzielone w Urzędzie Patentowym RP według województw w latach 2009 – 2011.....	25
Tabela 15. Wzory użytkowe krajowe zgłoszone w Urzędzie Patentowym RP oraz udzielone prawa ochronne według województw w latach 2009 – 2011.....	26
Tabela 16. Nakłady na działalność innowacyjną w zakresie innowacji produktowych i procesowych w przedsiębiorstwach przemysłowych według województw w latach 2006 – 2011.....	27
Tabela 17. Przedsiębiorstwa aktywne innowacyjnie i innowacyjne w latach 2009 – 2011 według województw.....	28
Tabela 18. Nakłady na działalność badawczą i rozwojową w latach 2005 – 2011 według województw.....	29
Tabela 19. Nakłady inwestycyjne (ceny bieżące) w latach 2005 – 2011 według województw.....	30
Tabela 20. Produkt Krajowy Brutto w województwach w latach 2005 – 2010	31
Tabela 21. Wartość dodana brutto na 1 pracującego (ceny bieżące) w latach 2005 – 2010 według województw.....	32
Tabela 22. Produkt Krajowy Brutto w podregionach województwa podlaskiego w latach 2008 – 2010 (ceny bieżące).....	33
Tabela 23. Produkt Krajowy Brutto w województwie podlaskim w latach 2000 – 2010 (ceny bieżące).....	34
Tabela 24. Podmioty gospodarki narodowej zarejestrowane w rejestrze	

REGON wg województw w latach 2005 – 2011.....	35
Tabela 25. Zmiany w liczbie podmiotów gospodarki narodowej w województwie podlaskim w latach 2004 – 2010.....	36
Tabela 26. Podmioty gospodarcze w województwie podlaskim wg sekcji PKD w latach 2010 – 2011 w województwie podlaskim.....	37
Tabela 27. Produkcja sprzedana przemysłu w województwach w latach 2008 – 2009.....	38
Tabela 28. Kraje świata przyjmujące najwięcej turystów zagranicznych (liczba przyjazdów w mln. - pierwsza dwudziestka).....	53
Tabela 29. Kraje świata o największych wpływach z turystyki zagranicznej (w mld dol. USA).....	54
Tabela 30. Liczba noclegów i gości w europejskich uzdrowiskach (Spa)	55
Tabela 31. Baza noclegowa w województwie podlaskim w latach 2000 – 2011	68
Tabela 32. Baza gastronomiczna w województwie podlaskim w latach 2000 – 2011.....	69
Tabela 33. Baza paraturystyczna w województwie podlaskim w latach 2000 – 2011.....	70
Tabela 34. Liczba kuracjuszy w miejscowościach uzdrowiskowych w województwie podlaskim i dolnośląskim w latach 2002 – 2010.....	86
Tabela 35. Szacowana liczba nowych etatów w sektorze usług profilaktyczno - rehabilitacyjnych w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 2%).....	87
Tabela 36. Szacowana liczba nowych etatów w sektorze usług profilaktyczno – rehabilitacyjnych w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 10%).....	88
Tabela 37. Szacowana liczba nowych etatów w sektorze usług profilaktyczno – rehabilitacyjnych w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 7%).....	89
Tabela 38. Struktura zatrudnienia w BPUS sp. z o.o. NZOZ Sanatorium Uzdrowiskowe „Budowlani” w Augustowie w latach 1999 – 2010	90
Tabela 39. Pracownicy medyczni w województwie podlaskim w latach 2000 – 2011.....	94
Tabela 40. Zarobki w sektorze przedsiębiorstw (średnie roczne zarobki brutto w pełnym wymiarze czasu pracy w euro).....	95
Tabela 41. Poziom wynagrodzeń w zawodach związanych z leczeniem i rehabilitacją w Niemczech.....	95
Tabela 42. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto (w zł) według wybranych zawodów w województwie podlaskim za październik w latach 2000-2011.....	96
Tabela 43. Szacowana wielkość wzrostu dochodów ludności w sektorze usług profilaktyczno – rehabilitacyjnych w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 2%).....	97
Tabela 44. Szacowana wielkość wzrostu dochodów ludności w sektorze usług profilaktyczno - rehabilitacyjnych w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 10%).....	98
Tabela 45. Szacowana wielkość wzrostu dochodów ludności w sektorze usług	

profilaktyczno - rehabilitacyjnych w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 7%).....	98
Tabela 46. Infrastruktura transportu w Polsce i Niemczech w latach 2000 – 2010.....	99
Tabela 47. Długość autostrad w Niemczech i w Polsce w km w latach 2001 – 2010.....	100
Tabela 48. Drogi o nawierzchni twardej w przekroju wojewódzkim w latach 2007 - 2009.....	100
Tabela 49. Szacowany wzrost <i>samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych</i> w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku usług profilaktyczno – rehabilitacyjnych 2%).....	103
Tabela 50. Szacowany wzrost <i>samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych</i> w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku usług profilaktyczno - rehabilitacyjnych 10%).....	104
Tabela 51. Szacowany wzrost <i>samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych</i> w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku usług profilaktyczno – rehabilitacyjnych 7%).....	105
Tabela 52. Udział sektora turystyki medycznej Indii w PKB w latach 2006 – 2013.....	111
Tabela 53. Szacowana liczba nowych etatów w sektorze turystyki medycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 30%).....	112
Tabela 54. Szacowana liczba nowych etatów w sektorze turystyki medycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 20%).....	113
Tabela 55. Zatrudnienie w służbie zdrowia w latach 2000 – 2011.....	114
Tabela 56. Lekarze specjaliści, członkowie Polskiego Towarzystwa Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej w roku 2011 w Polsce	116
Tabela 57. Specjaliści chirurgii plastycznej zatrudnieni w jednostkach wykonujących działalność leczniczą ogółem w podziale na województwa w latach 2001-2011.....	117
Tabela 58. Liczba operacji plastycznych w szpitalu Humana Medica Omeda w latach 2007 – 2010.....	118
Tabela 59. Zatrudnienie w szpitalu Humana Medica Omeda w latach 2007 – 2010.....	118
Tabela 60. Szacowana wielkość wzrostu dochodów ludności w sektorze turystyki medycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 30%).....	121
Tabela 61. Szacowana wielkość wzrostu dochodów ludności w sektorze turystyki medycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 20%).....	122
Tabela 62. Ceny operacji plastycznych Szpitalu Humana Medica Omeda w Białymstoku a średnie ceny w Polsce, Niemczech oraz Wielkiej Brytanii w zł.....	123

Tabela 63. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie według zawodów w województwie podlaskim za październik 2001 – 2010	124
Tabela 64. Liczba wykonanych operacji plastycznych (ze względu na płeć) w szpitalu Humana Medica Omeda w Białymstoku.....	124
Tabela 65. Liczba wykonanych operacji plastycznych (ze względu na wiek) w szpitalu Humana Medica Omeda w Białymstoku.....	125
Tabela 66. Szacowany wzrost <i>samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych</i> w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku turystyki medycznej 30%).....	128
Tabela 67. Szacowany wzrost <i>samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych</i> w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku turystyki medycznej 20%).....	129
Tabela 68. Szacowana liczba nowych etatów w sektorze turystyki kosmetyczno – dietetycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 20%).....	133
Tabela 69. Szacowana liczba nowych etatów w sektorze turystyki kosmetyczno – dietetycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 10%).....	134
Tabela 70. Szacowana wielkość wzrostu dochodów ludności w sektorze turystyki kosmetyczno – dietetycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 20%)	138
Tabela 71. Szacowana wielkość wzrostu dochodów ludności w sektorze turystyki kosmetyczno – dietetycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 10%)	138
Tabela 72. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w zł według zawodów w województwie podlaskim za październik 2001 – 2008.....	139
Tabela 73. Przeciętne ceny detaliczne niektórych usług konsumpcyjnych w województwie podlaskim w wybranych miesiącach w latach 2000 – 2009.....	139
Tabela 74. Szacowany wzrost <i>samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych</i> w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku turystyki kosmetyczno – dietetycznej 20%).....	142
Tabela 75. Szacowany wzrost <i>samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych</i> w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku turystyki kosmetyczno – dietetycznej 10%).....	143
Tabela 76. Prognozowane przychody i wzrost przemysłu CAM w USA	150
Tabela 77. Szacowana liczba nowych etatów w sektorze turystyki paramedycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 5%).....	152
Tabela 78. Szacowana liczba nowych etatów w sektorze turystyki paramedycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 10%).....	152
Tabela 79. Szacowana liczba nowych etatów w sektorze turystyki paramedycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 7%).....	153

Tabela 80. Szacowana wielkość wzrostu dochodów ludności w sektorze Turystyki paramedycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 5%).....	155
Tabela 81. Szacowana wielkość wzrostu dochodów ludności w sektorze turystyki paramedycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 10%).....	156
Tabela 82. Szacowana wielkość wzrostu dochodów ludności w sektorze turystyki paramedycznej w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku 7%).....	156
Tabela 83. Szacowany wzrost samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku turystyki paramedycznej 5%)	163
Tabela 84. Szacowany wzrost samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku turystyki paramedycznej 10%)	164
Tabela 85. Szacowany wzrost samorządowych majątkowych wydatków inwestycyjnych w województwie podlaskim w latach 2002 – 2011 (stopa wzrostu rynku turystyki paramedycznej 7%)	165
Spis Wykresów i Rysunków:	
Wykres 1. Wzrost PKB w Polsce w latach 2000 – 2011 (%).....	7
Wykres 2. Wartość globalnego rynku turystyki medycznej (w mld dol. USA)	56
Wykres 3. Liczba pacjentów wyjeżdżających za granicę w celach medycznych, 10 – letni projekt w mln.....	58
Wykres 4. Dochody realne do dyspozycji gospodarstw domowych na mieszkańca w PPS UE – 27=100.....	65
Wykres 5. Struktura zatrudnienia w BPUS sp. z o.o. NZOZ Sanatorium Uzdrowskie „Budowlani” w Augustowie w latach 1999 – 2010.....	90
Wykres 6. Stan zatrudnienia kadry medycznej w BPUS sp. z o.o. NZOZ Sanatorium Uzdrowskie „Budowlani” w Augustowie w latach 1999 – 2010.....	91
Wykres 7. Struktura zatrudnienia w Sanatorium Uzdrowskim „Budowlani” w roku 2000.....	92
Wykres 8. Struktura zatrudnienia w Sanatorium Uzdrowskim „Budowlani” w roku 2010.....	92
Wykres 9. Zatrudnienie ogółem w Sanatorium Uzdrowskim „Budowlani” w latach 2000 – 2010.....	93
Wykres 10. Liczba kuracjuszy w Sanatorium Uzdrowskim „Budowlani” w latach 2000 – 2009.....	93
Wykres 11. Wielkość globalnego rynku turystyki medycznej (w mld dolarów).....	108
Wykres 12. Wielkość rynku turystyki medycznej w Indiach.....	109
Wykres 13. Liczba operacji wykonanych w szpitalu Humana Medica Omeda w latach 2007 – 2010.....	119
Wykres 14. Liczba operacji wykonanych w szpitalu w latach 2007 – 2010 a liczba zatrudnionych lekarzy wykonujących operacje	120
Wykres 15. Liczba gabinetów kosmetycznych w Augustowie w latach 2000 –	

2011.....	135
Rysunek 1. Kraje odwiedzane w celach medycznych.....	57
Rysunek 2. Główne ośrodki turystyki medycznej preferowane przez obywateli z USA.....	58
Rysunek 3. Perspektywy wzrostu światowej turystyki 2020 r.....	74
Rysunek 4. Kraje przyjmujące najwięcej podróżujących Europejczyków	74
Rysunek 5. Udział poszczególnych państw w rynku turystycznym Unii Europejskiej.....	75
Rysunek 6. Liczba noclegów zagranicznych turystów w Niemczech w r. 2010	75
Rysunek 7. Przyczyny podróżowania Europejczyków do Niemiec w 2010 r	76
Rysunek 8. Prognozy wzrostu ilości noclegów spędzonych przez turystów w Niemczech do 2020 r.....	76
Rysunek 9. Niemcy: Wkład sektora Turystyka i Podróżowanie do PKB	77
Rysunek 10. Niemcy: Wkład sektora Turystyka i Podróżowanie do zatrudnienia	78
Rysunek 11. Bezpośredni i całkowity wkład sektora turystyka i podróżowanie do PKB, ranking krajów 2011.....	78
Rysunek 12. Bezpośredni i całkowity wkład sektora turystyka i podróżowanie do zatrudnienia, ranking krajów 2011.....	79
Rysunek 13. Popyt w turystyce zdrowotnej w 2002 r. Popyt w turystyce zdrowotnej w 2007 r.....	82
Rysunek 14. Przyszłość rynku zdrowia – prognoza na rok 2020....	82
Rysunek 15. Szpitale indyjskie oferujące usługi międzynarodowym pacjentom	126
Rysunek 16. Porównanie cen zabiegów SPA.....	136
Rysunek 17. Liczba obiektów SPA w Polsce i roczne wydatki na SPA na osobę.....	137
Rysunek 18. Wydatki na medycynę alternatywną i komplementarną wśród dorosłych USA w roku 2007.....	150

