

Paweł Stelmach

Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie
e-mail: pawel.stelmach@awf.krakow.pl

STRUKTURA DYSTRYBUCJI USŁUG UZDROWISKOWYCH A FUNKCJA UZDROWISKOWA GMIN. KONCEPCJA I WSTĘPNE WYNIKI BADAŃ

SPA SERVICES DISTRIBUTION STRUCTURE VS. SPA RESORT SPECIALIZATION. THE FRAMEWORK OF RESEARCH AND PARTIAL FINDINGS

DOI: 10.15611/pn.2017.473.51

JEL Classification: C12, H71, L83, Z30

Streszczenie: Celem artykułu jest prezentacja koncepcji i wyników badań nad związkiem między strukturą systemu dystrybucji usług uzdrowiskowych a poziomem funkcji uzdrowiskowej w Polsce. Wykorzystano metody analizy trendów i korelacji z wykorzystaniem współczynnika korelacji rang Spearmana i jego wartości krytycznej oraz dane statystyczne pochodzące z Banku Danych Lokalnych i niepublikowanych zbiorów danych GUS. Badania na poziomie empirycznym dotyczyły 34 polskich gmin uzdrowiskowych łącznie oraz gmin uzdrowiskowych województwa podkarpackiego i odnosiły się do lat 2005-2014. Na poziomie ogólnopolskim zidentyfikowano silną i istotną statystycznie ujemną korelację między strukturą dystrybucji usług uzdrowiskowych a funkcją uzdrowiskową, natomiast w województwie podkarpackim dodatnią korelację wykryto w gminie Horyniec Zdrój.

Słowa kluczowe: funkcja uzdrowiskowa, funkcja turystyczna, uzdrowiska, dystrybucja, dotacja.

Summary: The objective of the article is to present the framework and preliminary findings of research on the relation between spa service distribution structure and spa resort specialization. Time series analysis, correlation and regression analysis were used, based on data from Local Data Bank and unpublished sets from Central Statistical Office of Poland. Empirical survey concerns 34 Polish spa communes (in general) and spa communes located in Podkarpackie Voievodeship from 2005 to 2014. For Poland there is strong and statistically significant negative correlation between spa service distribution structure and spa resort specialization level. However, positive correlation exists in Horyniec commune.

Keywords: spa resort specialization, tourism specialization, spas, distribution, subsidy.

1. Wstęp

W artykule przedstawiono koncepcję i wstępne wyniki badań nad związkiem pomiędzy strukturą dystrybucji usług uzdrowiskowych a funkcją uzdrowiskową gmin. W gminach uzdrowiskowych usługi uzdrowiskowe są dystrybuowane poprzez dwa wzajemnie się uzupełniające typy kanałów: rynkowy (komercyjny) i państwowy (socjalny). Proporcja udziału wspomnianych kanałów może wpływać na funkcję uzdrowiskową, będącą specyficzną funkcją turystyczną gmin uzdrowiskowych zorientowaną na działalność leczniczą, odgrywającą szczególną rolę w ich gospodarce [Szromek 2012ab, 2015].

Dystrybucja polega na rozdzielaniu wytworzonych w gospodarce produktów. Dystrybucja usług uzdrowiskowych przebiega z wykorzystaniem dwóch wskazanych kanałów udostępniania tych usług osobom chcącym z nich korzystać, czyli kuracjuszom. Kanały te różnią się źródłem finansowania i typem kuracjusza. Kanał dystrybucji usług uzdrowiskowych jest to sposób ich zakupu przez konsumenta od dostawcy (sanatorium lub szpitala uzdrowiskowego) [Romanova i in. 2015].

W ramach kanału socjalnego państwo dotuje usługi uzdrowiskowe w formie świadczeń rzeczowych dystrybuowanych pośrednio. Pośrednikami są najczęściej publiczni ubezpieczyciele: zdrowotny (w Polsce NFZ) i społeczny (ZUS i KRUS), a także inne podmioty (w szczególności PFRON). Adresatami tego kanału są tzw. kuracjusze niekomercyjni (niepełnopłatni), którymi są osoby objęte ubezpieczeniem zdrowotnym (chorobowym) lub społecznym, a także inne osoby uprawnione. Otrzymanie tego typu dofinansowania pośrednicy warunkują dostarczeniem stosownej dokumentacji lekarskiej.

Z kolei kanał rynkowy charakteryzuje się finansowaniem usług uzdrowiskowych ze środków własnych kuracjusza tzw. komercyjnego (pełnopłatnego) i dystrybucją bezpośrednią, kiedy to konsument kupuje usługi u samego dostawcy.

2. Przegląd literatury

Dominujący udział państwowego kanału dystrybucji usług uzdrowiskowych jest typowy dla krajów Europy Środkowo-Wschodniej, np. na Słowacji, gdzie lecznictwo uzdrowiskowe jest dostępne w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, udział państwowego podsystemu wzrósł od 71% w 2005 r. do 75% w 2013 r. W tym regionie oraz w krajach byłego ZSRR rządy dotują lecznictwo uzdrowiskowe w ramach polityki społecznej i zdrowotnej [Smith, Puczko 2017]. Państwowy kanał dystrybucji usług uzdrowiskowych bywa też traktowany jako forma turystyki społecznej i występuje również poza Europą Środkową, np. we Francji [Horner, Swarbrooke 2016]. W Europie Środkowej uzdrowiska odgrywają większą rolę społeczną niż w innych częściach świata [Derco, Pavlisinova 2016].

Kanał państwowy jest jednak bardzo wrażliwy na szoki regulacyjne i finansowe. Na przykład interwencja rządu czeskiego w obszarze tego kanału podjęta w 2013 r.

zagroziła stabilności finansowej przedsiębiorstw świadczących usługi uzdrowiskowe, obniżając liczbę kuracjuszy i przychody od ubezpieczycieli o połowę. Jej negatywne skutki ostatecznie zmusiły rząd do częściowego wycofania się z wcześniejszych działań, co jednak nie przywróciło liczby kuracjuszy do poziomu sprzed interwencji. Zmiany w obszarze systemu opieki zdrowotnej i obniżenie wydatków publicznych na lecznictwo uzdrowiskowe w Czechach i w Niemczech wpłynęły również na popyt na usługi uzdrowiskowe w innych krajach.

W Polsce dominuje państwowy kanał dystrybucji usług uzdrowiskowych, czego konsekwencją jest koncentracja uwagi na kuracjuszu niekomercyjnym o następującym profilu [Dryglas, Różycki 2016; Dryglas, Salamaga 2016]: 1) kobiety w wieku powyżej 55 lat, przewlekle chore, zorientowane na kurację stacjonarną, używające produktów leczniczych, ale zainteresowane również produktami turystycznymi; 2) o niskich dochodach i wydatkach w uzdrowisku, bardziej roszczeniowe w kwestii obsługi klienta; 3) o niskim potencjale rentowności zarówno dla przedsiębiorstw, jak i dla gmin uzdrowiskowych.

W krajach takich jak Polska, Słowacja czy Rumunia lecznictwo uzdrowiskowe jest częścią systemu opieki zdrowotnej i jest dostępne głównie w ramach publicznego systemu ubezpieczeniowego [Szromek i in. 2016]. W Polsce usługi uzdrowiskowe są świadczone głównie w ramach świadczeń zdrowotnego i społecznego (w tym ostatnim przypadku w ramach programów prewencji rentowej ZUS i KRUS). W ostatnich latach wydatki NFZ stanowiły 81,5% wydatków publicznych na lecznictwo uzdrowiskowe, ZUS – 13%, KRUS – 2,4%, PFRON, MON i MSW – łącznie 3%. W 2007 r. kontrakty z publicznymi ubezpieczycielami były głównym źródłem przychodów dla przedsiębiorstw świadczących usługi uzdrowiskowe i stanowiły 57% ich utargu (46% NFZ, 11% ZUS i KRUS). W niektórych przypadkach kontrakty z publicznymi ubezpieczycielami stanowiły 85% przychodów.

Rządy krajów w strefie wpływów byłego ZSRR subsydują lecznictwo uzdrowiskowe w formie turystyki socjalnej [Romanova i in. 2015]. W Rosji turystyka uzdrowiskowa ma charakter socjalny, dostarczając głównego źródła finansowania dostawcom usług uzdrowiskowych. Reforma tamtejszego Funduszu Ubezpieczeń Społecznych z 2002 r., która zlikwidowała zwrot kosztów zabiegów w sanatorium, zmusiła przedsiębiorstwa uzdrowiskowe do szukania nowych klientów i adaptacji do zmian zgłaszanego przez nich popytu. Niekomercyjni kuracjusze są tam osobami w wieku emerytalnym i przedemerytalnym, o niewysokim dochodzie, starającymi się skorzystać z większej liczby procedur medycznych w sanatorium, a oszczędzać na innych wydatkach. Turystami zdrowotnymi w rosyjskich uzdrowiskach nad Morzem Czarnym były w 2012 r. głównie starsze kobiety, korzystające z dofinansowania państwa.

Z dotychczasowego przeglądu literatury możemy wywnioskować, że bieżąca nadmierna zależność uzdrowisk w części krajów od państwowego kanału dystrybucji usług uzdrowiskowych jest ryzykowna. Nagłe prawne lub finansowe szoki regulacyjne mogą stanowić zagrożenie ekonomiczne dla przedsiębiorstw i gmin

uzdrowiskowych o przesadnym udziale dystrybucji socjalnej. Co więcej, kuracjusze niekomercyjni przynoszą mniej dochodu zarówno przedsiębiorstwom, jak i gminom uzdrowiskowym. Chociaż państwowy kanał dystrybucji odpowiada za największą część przychodów większości przedsiębiorstw uzdrowiskowych w Polsce, to kanał rynkowy i działalność produkcyjna (np. wód mineralnych i kosmetyków) są bardziej zyskowe.

Aby przewyciężyć wspomniane wyżej wyzwania państwowego kanału dystrybucji, uzdrowiska w Czechach i Niemczech rozwijają kanał komercyjny, promując pobyty wellness jako alternatywę dla tradycyjnych leczniczych [Derco, Pavlisonova 2016]. Natomiast na Słowacji udział pobytów kuracjuszy krajowych pełnopłatnych spadł z 29% w 2005 r. do 25% w 2013 r.

Profil kuracjusza komercyjnego w Polsce jest następujący [Dryglas, Salamaga 2016; Dryglas, Różycki 2016]: 1) młody i zdrowy, przyjeżdża do uzdrowiska w celach profilaktycznych i rekreacyjnych, lepiej niż kuracjusz niekomercyjny ocenia usługi lecznicze i turystyczne w uzdrowisku, ale proponuje usprawnienia jakości usług; preferuje produkty turystyczne; 2) sam finansuje pobyt w uzdrowisku, wydaje więcej niż kuracjusz niepełnopłatny, jest mniej roszczeniowy w kwestii jakości obsługi, choć trafniej zauważa braki w jej obszarze.

W krajach, gdzie kuracja uzdrowiskowa stanowi głównie produkt turystyczny (Wielka Brytania, Holandia, Szwecja, Dania), dominuje rynkowy kanał dystrybucji usług uzdrowiskowych [Szromek i in. 2016]. W Polsce jest on wykorzystywany w mniejszym stopniu, a stosujące go przedsiębiorstwa działają na rynku turystyki zdrowotnej. W 2007 r. komercyjna dystrybucja usług była mniej ważnym źródłem przychodów dla firm uzdrowiskowych. Przynosiła ona 18% przychodów, podczas gdy 12% pochodziło ze sprzedaży własnych produktów (wód mineralnych i innych produktów leczniczych). Udział przychodów z usług dostarczanych cudzoziemcom wynosił 16%. Dla niektórych przedsiębiorstw kuracjusze zagraniczni stanowili główną grupę pacjentów pełnopłatnych.

Komercyjni kuracjusze w Rosji stanowią względnie nowe zjawisko [Romanova i in. 2015]. Są młodymi i bogatymi turystami z klasy średniej, bardziej wymagającymi co do jakości usług, preferującymi hotele spa lub nowoczesne tudzież odnowione sanatoria.

Wyciągając wnioski z dotychczasowej analizy literatury, należy stwierdzić, że kuracjusze komercyjni są kluczowymi klientami nie tylko w kontekście poziomu ich wydatków i związanych z nimi zysków, lecz także jako źródło wartościowej informacji zwrotnej dla przedsiębiorstw i gmin uzdrowiskowych. Oczywiście ważnym, wartym pozyskania typem klienta uzdrowisk są także kuracjusze zagraniczni. Pełnopłatni pacjenci częściej ponoszą wydatki na dodatkowe zabiegi. Wyższe wydatki kuracjuszy komercyjnych sprzyjają pokryciu kosztów zużycia kapitału i generowaniu zysków netto przez przedsiębiorstwa uzdrowiskowe. Z tego względu wyższy udział kanału rynkowego przypuszczalnie ma związek z poziomem funkcji uzdrowiskowej. Warto zauważyć, że chociaż kuracjusze korzystają z obu kanałów dystrybucji,

udział rynku i państwa różni się w poszczególnych gminach uzdrowiskowych, co może wiązać się z różną skalą rozwoju funkcji uzdrowiskowej. Zdolność do przyciągania kuracjusza komercyjnego jest wyzwaniem strategicznym uzdrowisk i może zaważyć na dalszym ich rozwoju.

3. Metoda i materiały

Podjętym problemem badawczym jest weryfikacja związku struktury dystrybucji usług uzdrowiskowych z funkcją turystyczną uzdrowisk. Celem głównym planowanych badań własnych jest określenie i wyjaśnienie związku między strukturą dystrybucji usług uzdrowiskowych a funkcją uzdrowiskową. Postawiono następujące główne pytanie badawcze: czy, a jeżeli tak, to w jakim stopniu występuje związek między strukturą dystrybucji usług uzdrowiskowych a funkcją uzdrowiskową? W ślad za tym pytaniem sformułowano hipotezę główną: poziom rozwoju funkcji uzdrowiskowej zależy od struktury dystrybucji usług uzdrowiskowych. Wyszczególnienie częściowych celów i pytań badawczych zawarto w tabeli 1.

Tabela 1. Częstkowe cele i pytania stawiane w ramach projektowanych badań

Częstkowe cele	Częstkowe pytania
Identyfikacja struktury dystrybucji usług uzdrowiskowych	P1. Jaka jest dynamika struktury dystrybucji usług uzdrowiskowych?
Identyfikacja funkcji uzdrowiskowej	P2. Jak kształtuje się funkcja uzdrowiskowa?
Określenie korelacji między strukturą dystrybucji usług uzdrowiskowych a funkcją uzdrowiskową	P3. Jak silna jest i jaki kierunek przyjmuje korelacja między strukturą dystrybucji usług uzdrowiskowych a funkcją uzdrowiskową?
Określenie zależności między strukturą dystrybucji usług uzdrowiskowych a funkcją uzdrowiskową	P4. Czy i jak struktura dystrybucji usług uzdrowiskowych i funkcja uzdrowiskowa gmin są od siebie zależne?
Wyjaśnienie zależności między strukturą dystrybucji usług uzdrowiskowych a funkcją uzdrowiskową	P5. Co różnicuje siłę zależności między strukturą dystrybucji usług uzdrowiskowych a funkcją uzdrowiskową?

Źródło: opracowanie własne.

Z kolei w tabeli 2 przedstawiono procedurę badań oraz uporządkowany zbiór technik badawczych i źródeł składających się na metodę rozwiązania sformułowanego problemu.

Do realizacji postawionego celu i odpowiedzi na pytania badawcze wykorzystano głównie techniki ilościowe. Analiza szeregów czasowych służy tutaj lepszemu zrozumieniu zmienności danych i zidentyfikowaniu ich własności, takich jak trendy, sezonowość czy momenty załamania strukturalnego. Analiza korelacji rang Spearmana wraz z testem t studenta wykorzystywane są do identyfikacji statystycznie istotnych związków między zmiennymi o asymetrycznych rozkładach o niewielkiej

Tabela 2. Etapy, materiał i techniki projektowanych badań

Etap badań	Materiał badawczy	Techniki badawcze
Identyfikacja struktury dystrybucji usług uzdrowiskowych	1. Panel danych wtórnych dotyczących 43 polskich gmin uzdrowiskowych z lat 2005-2015, pochodzący z niepublikowanego zbioru GUS pozyskanego z Urzędu Statystycznego w Krakowie oraz publikacji tematycznych GUS.	1. Krytyczna analiza treści tematycznie wyselekcjonowanych prac naukowych z lat 2012-2017 dotyczących struktury dystrybucji usług uzdrowiskowych. 2. Analiza dostępności danych w zasobach GUS. 3. Analiza szeregów czasowych.
Identyfikacja funkcji uzdrowiskowej	1. Zbiór tematycznie wyselekcjonowanych prac naukowych z lat 2012-2017 dotyczących funkcji uzdrowiskowej i funkcji turystycznej. 2. Panel danych wtórnych dotyczących 43 polskich gmin uzdrowiskowych z lat 1995-2014 pochodzący z Banku Danych Lokalnych GUS.	1. Krytyczna analiza treści wyselekcjonowanych prac naukowych. 2. Analiza dostępności danych w zasobach GUS. 3. Analiza korelacji rang Spearmana zmiennych wykorzystywanych do konstrukcji wskaźników funkcji uzdrowiskowej (liczba udzielonych noclegów, turystów i miejsc noclegowych w zakładach uzdrowiskowych i ogółem). 4. Test t studenta istotności statystycznej wskaźników korelacji. 5. Analiza regresji. 6. Analiza szeregów czasowych.
Określenie korelacji między strukturą dystrybucji usług uzdrowiskowych a funkcją uzdrowiskową	Panel danych wtórnych dotyczący 34 gmin uzdrowiskowych z lat 2005-2014 pochodzący z niepublikowanego zbioru GUS i Banku Danych Lokalnych GUS.	1. Analiza korelacji rang Spearmana. 2. Test t studenta istotności statystycznej wskaźników korelacji.
Określenie zależności między strukturą dystrybucji usług uzdrowiskowych a funkcją uzdrowiskową		1. Analiza regresji.
Wyjaśnienie zależności między strukturą dystrybucji usług uzdrowiskowych a funkcją uzdrowiskową		1. Test t studenta istotności statystycznej różnic między średnimi.

Źródło: opracowanie własne.

liczbie dostępnych obserwacji. Analiza regresji prostej modeluje zależności między zmienną objaśnianą (którą hipotetycznie stanowi funkcja uzdrowiskowa) a zmienną objaśniającą (strukturą dystrybucji usług uzdrowiskowych). Jako uzupełnienie

technik badań ilościowych wyszczególnionych w tabeli 3 zastosowano również częściowo ustrukturyzowane wywiady pogłębione z 30 kuracjuszami w Rymanowie w sierpniu 2015 r.

Zakres przestrzenny projektowanych badań obejmuje 43 polskie gminy uzdrowiskowe, spośród których dla 34 gmin zidentyfikowano dostępne dane pozwalające wyznaczyć korelacje między rozpatrywanymi zmiennymi dla okresu 2005-2014. Zakres przestrzenny zrealizowanych dotychczas badań pilotażowych, których wyniki przedstawiono poniżej, obejmował 4 podkarpackie gminy uzdrowiskowe: Horyniec Zdrój, Iwonicz Zdrój, Rymanów i Solina. W ramach tych badań wstępnych wykorzystano część z wymienionych w tabeli 2 technik.

4. Wyniki

W celu pomiaru konstruktów teoretycznych użytych w badaniu dokonano operacjonalizacji pojęć struktury dystrybucji usług uzdrowiskowych oraz funkcji uzdrowiskowej. Struktura dystrybucji usług uzdrowiskowych nie była jak dotąd, według wiedzy autora, przedmiotem operacjonalizacji. Z tego względu, biorąc pod uwagę trafność i rzetelność pomiaru oraz dostępność danych statystycznych w zasobach polskiej statystyki publicznej, skonstruowano autorski wskaźnik struktury dystrybucji usług uzdrowiskowych:

$$\frac{\text{liczba kuracjuszy stacjonarnych pełnopłatnych}}{\text{liczba kuracjuszy stacjonarnych ogółem}}$$

gdzie kuracjusze stacjonarni oznaczają pacjentów korzystających z opieki całodzienniej lub całodobowej, tj. przebywających w sanatorium lub szpitalu uzdrowiskowym.

Z kolei konstruując wskaźnik funkcji uzdrowiskowej, nawiązano do wskaźnika rozwoju funkcji uzdrowiskowej Szromka [2012b, 2015]. Wskaźnikowi funkcji uzdrowiskowej nadano jednak inną, prostszą strukturę, z następujących powodów:

1. Wskaźnik udziału noclegów w zakładach uzdrowiskowych w noclegach ogółem jest istotnie statystycznie skorelowany ze wskaźnikiem udziału kuracjuszy w ogóle turystów (współczynnik korelacji rang Spearmana 0,54 dla wartości krytycznej 0,41 przy $\alpha = 0,1$ dla dwustronnego obszaru krytycznego i $n = 17$ dla lat 1998-2014) oraz z wskaźnikiem udziału miejsc noclegowych w zakładach uzdrowiskowych w ogóle miejsc noclegowych (współczynnik korelacji rang Spearmana 0,66). Ponadto na podstawie analizy prostej regresji liniowej stwierdzono, że wskaźnik udziału noclegów w zakładach uzdrowiskowych w noclegach ogółem jest istotnie statystycznie zależny od wskaźnika udziału kuracjuszy w ogóle turystów ($R^2 = 0,47$, $p = 0,003$) oraz wskaźnika udziału miejsc noclegowych w zakładach uzdrowiskowych w ogóle miejsc noclegowych ($R^2 = 0,38$, $p = 0,009$). Zatem ze względu na związek korelacyjny i funkcyjny wymienione miary nie powinny być stosowane równocześnie we wskaźniku syntetycznym.

2. Wskaźniki wielokrotności liczby kuracjuszy w relacji do liczby stałych mieszkańców uzdrowiska oraz miara liczby profili leczniczych nie dostarczają informacji na temat udziału gospodarki uzdrowiskowej w gospodarce gminy.

Z powyższych powodów skonstruowano wskaźnik funkcji uzdrowiskowej:

$$\frac{\text{liczba udzielonych noclegów w zakładach uzdrowiskowych}}{\text{liczba udzielonych noclegów ogółem}},$$

gdzie zakład uzdrowiskowy oznacza zakład świadczący usługi w zakresie opieki zdrowotnej, położony na terenie uzdrowiska i wykorzystujący przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych naturalne zasoby lecznicze uzdrowiska. Wskaźnik takiej postaci ma charakter przychodowy i tym samym niesie w sobie przybliżoną informację na temat udziału gospodarki uzdrowiskowej w gospodarce gmin. Nie informuje on natomiast o względnej kosztocłonności gospodarki uzdrowiskowej w stosunku do innych rodzajów funkcji turystycznej. W chwili obecnej brak jest dostępnych danych do konstrukcji wskaźnika uwzględniającego kosztocłonność gospodarki uzdrowiskowej, wiadomo natomiast, co zaznaczono powyżej, że rentowność gospodarki uzdrowiskowej jest znacznie wyższa w obszarze dystrybucji komercyjnej w porównaniu z kanałem dystrybucji państwowej, co stanowiło jedną z przesłanek podjęcia przedmiotowych badań. Zatem niezależnie od istnienia związku między rozpatrywanymi wskaźnikami można wnioskować o znaczeniu gospodarki uzdrowiskowej w gospodarce gmin na podstawie obydwu wskaźników rozpatrywanych łącznie.

Dla sformułowanych powyżej wskaźników oszacowano związek korelacyjny, przedstawiając rezultaty badań w tabeli 3.

Tabela 3. Współczynniki korelacji rang Spearmana między strukturą dystrybucji usług uzdrowiskowych a funkcją uzdrowiskową w latach 2005-2014

Horyniec-Zdrój	Iwonicz-Zdrój	Rymanów	Solina	34 gminy uzdrowiskowe	Wartość krytyczna współczynnika korelacji dla N = 10 i p = 0,05 (dwustronny obszar krytyczny)
0,88	-0,21	-0,28	-0,48	-0,9	0,65

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Dla 34 gmin uzdrowiskowych rozpatrywanych łącznie zidentyfikowano silny i istotny statystycznie ujemny związek między strukturą dystrybucji usług uzdrowiskowych a funkcją uzdrowiskową. Z kolei dla gminy Horyniec Zdrój oszacowano silny i istotny statystycznie dodatni związek między strukturą dystrybucji usług uzdrowiskowych a funkcją uzdrowiskową. Słabe (Iwonicz Zdrój i Rymanów) i przeciętne (Solina), a zarazem nieistotne statystycznie współczynniki korelacji rang Spearmana zazwyczaj, choć nie zawsze, sugerują możliwość wystąpienia zależności funkcyjnych o podobnej sile i nieistotności statystycznej. Wymagałoby to jednak

sprawdzenia w dalszych badaniach. Należy przy tym zauważyć, że w przypadku niewielkiej liczby obserwacji – jak w obecnym badaniu – trudniej jest potwierdzić istotność statystyczną współczynnika korelacji. Mała analizowana liczba obserwacji nie jest w tym wypadku uwarunkowana brakiem dbałości badacza o maksymalne wydłużenie szeregu czasowego danych, lecz długością okresu prowadzenia przez GUS statystyk dotyczących liczby kuracjuszy komercyjnych, co miało miejsce dopiero od 2004 r. (a w przypadku udostępniania tych danych od 2005 r.) oraz wejściem w życie nowelizacji ustawy o statystyce publicznej z 2015 r., w wyniku której GUS zaprzestał udostępniania danych dotyczących liczby udzielonych noclegów na poziomie gmin, począwszy od 2015 r.

5. Zakończenie

Zrealizowane badania pozwoliły na wstępną odpowiedź na postawione główne pytanie badawcze i częściowe pytanie badawcze P3. Okazało się bowiem, że dla 34 polskich gmin uzdrowiskowych występuje silna i odwrotna korelacja między strukturą dystrybucji usług uzdrowiskowych a funkcją uzdrowiskową. Jest to niepokojące, bo może oznaczać, że większość uzdrowisk w Polsce prawdopodobnie ekstensywnie rozwija funkcję uzdrowiskową, obniżając udział rynkowego kanału dystrybucji i pogłębiając tym samym zależność od państwowego kanału dystrybucji. Istnieją jednak gminy, takie jak Horyniec Zdrój, które przyjęły odmienne trajektorie rozwoju polegające na współistnieniu wzrostu funkcji uzdrowiskowej z rosnącym udziałem komercyjnego kanału dystrybucji.

Zidentyfikowane w obecnym stanie badań prawidłowości nie pozwalają jednak na definitywne wyjaśnienie charakteru związku między strukturą systemu dystrybucji usług uzdrowiskowych a funkcją uzdrowiskową zidentyfikowanego w 34 polskich gminach uzdrowiskowych oraz w szczególności w gminie Horyniec Zdrój. Dlatego też konieczna jest kontynuacja badań zarówno nad przypadkiem tej gminy, jak i nad analizowanym związkiem w gminach uzdrowiskowych innych niż podkarpackie województwo. Do kontynuowania badań skłania również przede wszystkim znaczenie podjętego problemu dla gmin uzdrowiskowych, których władze gospodarują i zarządzają funkcją uzdrowiskową jako funkcją turystyczną o szczególnym znaczeniu, co realizują we współpracy z przedsiębiorstwami lecznictwa uzdrowiskowego stosującymi określone struktury dystrybucji usług uzdrowiskowych.

Literatura

- Derco J., Pavlisinova D., 2016, *Financial position of medical spas – the case of Slovakia*, Tourism Economics, <http://dx.doi.org/10.5367/te.2016.0553>, s. 1-7.
- Dryglas D., Różycki P., 2016, *European spa resorts in the perception of non-commercial and commercial patients and tourists: the case study of Poland*, E-review of Tourism Research (eRTR), vol. 13, no. 1 (2), s. 382-400.

- Dryglas D., Salamaga M., 2016, *Applying destination attribute segmentation to health tourists: A case study of Polish spa resorts*, Journal of Travel and Tourism Marketing, <http://dx.doi.org/10.1080/10548408.2016.1193102>, s. 1-12.
- Horner S., Swarbrooke J., 2016, *Consumer behaviour in tourism*, Routledge.
- Romanova G.M., Vetitnev A., Dimanche F., 2015, *Health and wellness tourism*, [w:] Dimanche F., Andrades L. (eds.), *Tourism in Russia: A Management Handbook*, Emerald, s. 231-287.
- Smith M.K., Puczkó L. (eds.), 2017, *The Routledge Handbook of Health Tourism*, Routledge.
- Szromek A., 2012a, *Funkcja uzdrowiskowa i jej znaczenie w gospodarce gmin uzdrowiskowych*, [w:] Szromek A. (red.), *Uzdrowiska i ich funkcja turystyczno-lecznicza*, Proksenia, Kraków, s. 35-57.
- Szromek A.R., 2012b, *Wskaźniki funkcji turystycznej. Koncepcja wskaźnika funkcji turystycznej i uzdrowiskowej*, Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice 2012.
- Szromek A.R., 2015, *Realizacja funkcji uzdrowiskowej w gminach uzdrowiskowych województwa świętokrzyskiego*, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, Seria Organizacja i Zarządzanie, z. 82, nr kol. 1940, s. 289-299.
- Szromek A.R., Romaniuk P., Hadzik A., 2016, *The privatization of spa companies in Poland – an evaluation of policy assumptions and implementation*, Health Policy, vol. 120, s. 362-368.