

Bogusław Stankiewicz, Marlena Prochorowicz

REGIONALNA TURYSTKA UZDROWISKOWA A PRZEOBRAŻENIA SPOŁECZNO-GOSPODARCZE W UNII EUROPEJSKIEJ

SPA TOURISM ON A REGIONAL SCALE AND TRANSFORMATION IN THE SOCIO-ECONOMIC SPACE OF EUROPEAN UNION

Zakład Polityki Gospodarczej i Turystyki, Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie
ul. Żołnierska 47, 72-210 Szczecin, e-mail: Boguslaw.Stankiewicz@zut.edu.pl

Summary. The paper considered whether there are factors that influence the choice of direction as well as the tourist destination of turnover of the tourism industry. It also identifies the development of health tourism in the area of socio-economic European Union. As an example, used the health tourism sector in Germany, especially its meaning and reference for Polish. A valuable clue for the Polish translation may be institutional solutions in the field of health policy, including at the regional level.

Słowa kluczowe: gospodarka zdrowotna, Niemcy, Polska, region, turystyka uzdrowiskowa.
Key words: Germany, health economy, health resort, Poland, the region, tourism.

WSTĘP

Dla osób oraz analityków zajmujących się prognozą oraz rozwojem gospodarczym otwartych gospodarek w skali makro i mezo pierwszoplanowym i zasadniczym zadaniem staje się poszukiwanie, enumeracja i pomiar wpływu czynników oddziałujących na obecne i przyszłe procesy rozwojowe w ramach gospodarki światowej, kontynentów (ugrupowań integracyjnych) oraz państw i ich struktur wewnętrznych. Analogiczne podejście powinno dotyczyć także poszczególnych sfer gospodarki, w tym turystyki, jeśli punktem odniesienia staje się szczególna rola turystyki w dynamizowaniu gospodarki świata i każdego z państw. Istnieje też sprzężenie odwrotne w postaci oddziaływania procesów zmian w gospodarce na turystykę jako całość i jej elementy składowe, co jest obserwowane w naukach ekonomicznych i owocuje dużą liczbą publikacji.

Kryzys gospodarczy z lat 2007–2009 uświadomił uczestnikom sceny gospodarczej istnienie kanałów transmisji (w rozumieniu skutków transmisji), niekorzystnych zjawisk kryzysu systemu bankowego i ich przenoszenia na inne działy gospodarki. Wyraźnym potwierdzeniem tego jest spowolnienie tempa wzrostu gospodarczego poszczególnych krajów, a także korekty wielkości i kierunków destynacji turystycznej oraz wielkości obrotów przemysłu turystycznego. Pojawiają się zatem pytania: Czy istnieją inne czynniki wpływu? Jaki jest ich charakter? Gdzie te czynniki powstają? Jakie są kanały transmisji na obszary UE? Chodzi tu również o przestrzeń gospodarczą oraz o interesujący nas krajowy i regionalny sektor turystyki, tym turystyki zdrowotnej.

W pracy przyjęto następujące założenia wyjściowe i metodykę analizy problemu:

1. Poszukiwanie obiektywnych czynników wpływu na obecną i przyszłą gospodarkę Unii Europejskiej z próbą określenia ich wpływu na: sytuację krajów członkowskich UE, kondycję sektora turystyki (turystyki zdrowotnej), sektor turystyki na poziomie regionu.

2. Stwierdzenie, czy polityka instytucjonalna Unii Europejskiej (w zakresie innowacji i konkurencyjności, widoczności turystyki, zrównoważonego rozwoju, rozwoju regionów, policentrycznego rozwoju UE, likwidacji dysproporcji w ochronie zdrowia w ramach UE itd.) wpływa na krajowe polityki instytucjonalne w dziedzinie turystyki (turystyki uzdrowiskowej).

3. Bazując na jednej z wielu rekomendacji Narodowego Banku Polskiego, zakładającej potrzebę analizy uwarunkowań i tendencji (zmian) w gospodarce Niemiec w powiązaniu z koncepcjami rozwojowymi Polski (Polska wobec światowego kryzysu gospodarczego 2009), dokonamy próby przeniesienia wniosków z obserwacji sektora turystyki niemieckiej na sytuację turystyki zdrowotnej (uzdrowiskowej) Polski, co jest zasadniczym celem niniejszego opracowania.

ROZWÓJ TURYSTYKI UZDROWISKOWEJ A DETERMINANTY ZMIAN SPOŁECZNO-GOSPODARCZYCH W UNII EUROPEJSKIEJ

Rozwój Unii Europejskiej na określonym terytorium kontynentu, obejmującym obszary zróżnicowane najogólniej pod względem ludności, warunków klimatyczno-geograficznych, kultury, stopnia urbanizacji oraz poziomu rozwoju ekonomik państw i regionów, jest przedmiotem systematycznego monitoringu. Instrumentem statutowo wykorzystywanym w realizacji badań i studiów w zakresie rozwoju przestrzennego w wymiarze międzynarodowym, krajowym i regionalnym jest europejska sieć obserwacyjna planowania przestrzennego ESPON (European Spatial Planning Observation Network), która koordynuje projekty interdyscyplinarne i międzytematyczne grup badawczych z wielu krajów i instytucji w omawianej dziedzinie. W latach 2002–2006 ESPON był 5-letnim programem badawczym w ramach wspólnotowej inicjatywy INTERREG III. W ramach tego programu tworzono wiele scenariuszy rozwoju przestrzennego, spośród których szczególnym rozgłosem cieszył się raport pt. Spatial scenarios for Europe opublikowany w Brukseli w maju 2007 r.

Abstrahując od stosunku do opracowań prognostycznych, uważamy, iż w sięgającym 2030 rok scenariuszu trafnie przedstawiono 4 zasadnicze czynniki (megaczynniki) rozwoju przestrzeni społeczno-ekonomicznej kontynentu europejskiego, czyli:

- zmiany demograficzne w Europie,
- proces globalizacji,
- obszary wzrostu i koncentracji kapitału,
- poziom konkurencyjności.

Przyjmując polsko-niemiecką optykę widzenia (dotyczącą gospodarki, turystyki), najistotniejsze rekomendacje Scenariusza można streścić następująco – obszary koncentracji wymienionych 4 najistotniejszych czynników przybierają kształt pentagonów (pięciokątów), które w zasadniczej części nakładają się na siebie i równocześnie cechują się pewnymi odrębnościami – istotnymi zarówno dla Niemiec, jak i dla Polski:

1. Jądem ekonomiczno-demograficznej aktywności UE ma się stać pentagon obejmujący Londyn, Paryż, Mediolan, Monachium i Hamburg, będący wypadkową dwóch perspektywicznych tendencji demograficznych:

a) dane o umieralności i przeżywalności wskazują na wydłużanie się średniego wieku mieszkańców UE (który wynosi 45 lat). Polska nie będzie odbiegać od tendencji widocznych

w pozostałych państwach Unii. Relatywnie najmłodszymi społeczeństwami mają być Wielka Brytania i Irlandia, na przeciwnym biegunie (znaczny wzrost odsetka mieszkańców w wieku ponad 45 lat) sytuować się będą Niemcy;

b) biorąc pod uwagę potencjał ludnościowy, zaznaczyć należy, że Niemcy, Włochy, Polska i niektóre państwa Europy Środkowo-Wschodniej znajdują się w grupie państw o malejącej liczbie ludności ogółem (0–1% rocznie).

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

3. Według Scenariusza kształt pentagonu przybierze do 2030 roku obszar koncentracji kapitału i technologii (środkowa część Europy) z potokami (korytarzami) przepływów biegnącymi od takich ośrodków metropolitalnych, jak: Madryt i Barcelona, Rzym, Glasgow, Kopenhaga, Sztokholm i Oslo, Berlin i Warszawa, Wiedeń, Praga i Budapeszt. W korytarzu Warszawa, Łódź – Berlin mieści się Poznań; odnotowano także boczny korytarz: Kraków, Katowice, Wrocław – Berlin. Poza obszarem aktywności i przepływów kapitałowych i technologicznych pozostać mają Szczecin i Gdańsk. Generalnie wymienione miasta Polski zaliczono do tzw. słabych metropolitalnych europejskich obszarów wzrostu (*Weak Metropolitan European Growth Areas – weak MEGA*).

4. Kształt obszarów najbardziej konkurencyjnych do 2030 r. przybiera postać pentagonu, który rozciąga się od północnych Włoch (Lombardia), przez terytoria regionów wzdłuż Renu, do terenów południowo-wschodniej i centralnej Anglii. Dodatkowe korytarze biegną z: Marsylii i Lyonu, Paryża i północnej Francji, Kopenhagi i Hamburga oraz z Budapesztu, Pragi i Wiednia.

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

Reasumując, rekomendacje Scenariusza są dla Polski mało optymistyczne, sugerują bowiem, że nasz kraj ominąć może szansa cywilizacyjnego skoku, jaką daje nam uczestnictwo w UE i wykorzystanie nowoczesnych czynników rozwoju. Największy ośrodek metropolitalny (Warszawa) pozostanie w tyle za Pragą i Budapesztem, a w Polsce przestrzeń aktywności kapitału, ludzi i myśli lokować się będzie między Wisłą i Odrą – scenariusz „Polska dwóch prędkości”; analogiczne uwarunkowania dotyczą Niemiec – opcja „Niemcy dwóch prędkości”. Berlin i obszary (landy) między Łabą i Odrą pozostaną poza wspomnianymi pentagonami – pomimo transferu na tereny tzw. Ossi (na tereny byłej NRD) ogromnych środków finansowych, liczących dziesiątki miliardów marek i euro. Stolica Niemiec już dziś jest nazywana najbiedniejszą wielką stolicą Europy.

Pojawia się zatem pytanie, czy w sytuacji urzeczywistnienia się Scenariusza – czego nie można wykluczyć – zmiany w przestrzeni gospodarczej UE wpłyną na sytuację i perspek-

tywy rozwojowe turystyki. Uważa się, że tak, przy czym pierwszym sektorem najbardziej podatnym na omawiane tendencje będzie turystyka biznesowa. Już obecnie krajem o największych średnich wpływach od jednego turysty jest Dania – miejsce przyjazdu zamożnych biznesmenów. Na kondycję i perspektywy turystyki uzdrowiskowej (zdrowotnej) niewątpliwym wpływ mieć będzie – co już jest wyraźnie podkreślone w UE – magaczynnik demograficzny, który jest szansą dla polskich przedsiębiorstw uzdrowiskowych. O wiele trudniejsze jest natomiast precyzyjne ustalenie kierunku i natężenia przepływu pacjentów (kuracjuszy) na obszarach UE i poza nią, co związane jest z uwolnieniem rynku leczenia zdrowotnego UE, poczynwszy od 2011 roku, a także ze zmianami krajowych systemów ochrony zdrowia¹.

Sektory turystyki, w tym turystyki uzdrowiskowej (zdrowotnej), są wielowątkowo omówione i zdiagnozowane w literaturze przedmiotu². Ogromna liczba publikacji jest jednak obciążona pewnymi słabościami – z jednej strony, wielu badaczy zwraca uwagę (za: Gallouj 2002), iż turystyka jako sferą usługowa jest mniej podatna na innowacje, co implikuje trudności w ocenie działalności innowacyjnej przedsiębiorstw. Z drugiej strony, cechuje się dominacją czynnika marketingu, co powoduje (i co podkreślają przedstawiciele nauk o zarządzaniu), że cele marketingowe przedsiębiorstwa (także jednostek samorządu terytorialnego) stały się celami strategicznymi przedsiębiorstwa³; na drugi plan schodzi problem przychodów firmy w powiązaniu z rentownością. Wstydliwie traktowane i przemilczane w analizach sektora jest zagadnienie jego rzeczywistej siły ekonomicznej, co powoduje, że na takie kategorie ekonomiczne, jak konkurencyjność, przewaga konkurencyjna, innowacje i innowacyjność przedsiębiorstwa, należy patrzeć z dystansem lub sceptycyzmem.

Dla uzupełnienia dodajmy, że w statystyce publicznej (od Eurostatu do statystyk krajów członkowskich) nie ma danych dotyczących rentowności sektora (także całego sektora turystyki), co powoduje konieczność posługiwania się mniej lub bardziej wiarygodnymi szacunkami.

SEKTOR TURYSTYKI UZDROWISKOWEJ W NIEMCZECH – ZNACZENIE I WZÓR DLA POLSKI

O tym, iż Niemcy są liczącym się w skali globalnej „graczem” na rynku turystyki, świadczą nie tylko dane ogólne wskazujące, iż corocznie ca 80% obywateli tego kraju odbywa podróż turystyczną, ale także dostępne statystyki. Dotyczą one potencjału i obrotów sektora

¹ Według raportu RNCOS z 2009 r., pt. Releases a new report – Indian tourism industry analysis, hinduskie programy rozwojowe turystyki medycznej (obroty ca 20 mld dolarów rocznie; Indie są jednym z głównych graczy na światowym rynku) zakładają, iż turystyka medyczna Indii jako źródło dewiz bazować będzie na dwóch czynnikach: a) na wzroście liczby osób nieubezpieczonych w wysokorozwiniętych państwach Zachodu; b) na zwiększeniu wydatków na ochronę zdrowia (w PKB) w tychże krajach, co przy konkurencji cenowej spowoduje zintensyfikowanie wyjazdów pacjentów na kuracje medyczne do Indii i innych państw azjatyckich – problem już obecnie widoczny jest w Niemczech i w USA.

² Z ogromnej liczby opracowań można wymienić: Holden (2006), Garntner i Lime (2000), Bookman i Bookman (2007), Swarbrooke i Horner (2007), Carrera i Bridges (2006).

³ Klasycznym przykładem analizy marketingowej w turystyce *wellness* jest praca szwajcarskich badaczy: Mueller i Kaufmann (2001).

turystyki uzdrowiskowej oraz pozycji zajmowanej przez ten sektor w Europejskim Związku Uzdrowisk – EZU (ESPA). Jest pewną osobliwością to, że członkami ESPA są niezależnie od siebie Unia Uzdrowisk Niemieckich oraz Unia Uzdrowisk Kraju Związkowego Bawaria (Bayern). Na podstawie danych dostępnych na stronie internetowej ESPA (ESPA – Raport 01-2010, www.espa-ehv.eu), a także informacji podanych przez Petry'ego (2009) niemiecki sektor turystyki uzdrowiskowej tworzy:

1. Bawaria:

- a) 53 kurorty SPA (Heilbader und Kurorte);
- b) obroty (w 2005 roku) – 3,2 mld euro;
- c) 90 000 miejsc pracy;
- d) obsługa – 175 000 gości dziennie (ca 6,4 mln osobodni pobytu rocznie).

2. Niemcy:

- a) 291 kurortów SPA (w tym: 50 kurortów morskich, 241 kurortów lądowych);
- b) obroty sektora (w 2007 roku) – 28 mld euro,
- c) liczba obsłużonych kuracjuszy – 19 mln rocznie (w tym 1,8 mln obcokrajowców);
- d) liczba dni pobytu – 101 mln (w tym 5,2 mln obcokrajowców);
- e) liczba pobyków opłaconych z ubezpieczeń społecznych – 2,4 mln (12,6% ogólnej liczby kuracjuszy).

Istotne dla polskiego sektora turystyki uzdrowiskowej parametry ekonomiczne:

– średni przychód roczny jednej firmy (kurortu) – 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 pobyków w krajowych kurortach spadł z 44% do 40%. W Polsce system refundacji pobyków 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 się na wzrost liczby kuracjuszy 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)⁴.

NIEMIECKIE ROZWIĄZANIA INSTYTUCJONALNE W POLITYCE PROZDROWOTNEJ – KONCEPCJA KLASTRA GOSPODARKI ZDROWOTNEJ

Przewidywane w Niemczech tendencje demograficzne do 2050 roku zakładają znaczny wzrost liczby osób obu płci powyżej 60 roku życia, przy czym największą populację kobiet stanowią kobiety w wieku 80–85 lat, a w przypadku mężczyzn – 65-latkowie. Wychoząc naprzeciw naturalnym procesom starzenia się społeczeństwa, władze Brandenburgii i Berlina przyjęły ideę stworzenia klastra gospodarki zdrowotnej, który w 2007 roku obejmował (Gesundheitscluster in Metropolien und Grenzregionen... 2009)⁵:

- 348 500 zatrudnionych (co 8 zatrudniony ogółem);
 - 22 mld euro obrotów, w tym 14 mld euro wartości nowo wytworzonej brutto (13% PKB landów);
 - 15 000 studentów na kierunkach związanych z gospodarką zdrowotną oraz 30 000 uczniów zawodu;
 - 180 przedsiębiorstw związanych z biotechnologią i biomedycyną, 250 przedsiębiorstw związanych z techniką medyczną i 24 przedsiębiorstwa farmaceutyczne;
 - 120 szpitali klinicznych i 48 klinik rehabilitacyjnych;
 - 570 domów pogodnej starości i zakładów opiekuńczych;
 - 1400 aptek;
 - 9800 prywatnych praktyk lekarskich.
- Istotą klastra jest tzw. cebulowy model gospodarki zdrowotnej, obejmujący:
- sport i czas wolny, *wellness*, odżywianie, turystykę, wypoczynek;
 - ubezpieczenia chorobowe, badania naukowe i rozwój, organizacje gospodarki zdrowotnej, administrację publiczną;
 - przemysł farmaceutyczny, usługi i rzemiosło zdrowotne, technikę medyczną, biotechnologię i technologię genetyczną;
 - handel hurtowy produktami dla zdrowia, handel specjalistyczny i apteki;
 - ochronę zdrowia;
 - szpitale, placówki, lekarzy.

W planach do 2030 roku zakłada się wzrost wartości nowo wytworzonej klastra do 20,2 mld euro, w czym ochrona zdrowia i opieka społeczna stanowią mają 14,3 mld euro (Gesundheitscluster in Metropolien und Grenzregionen... 2009).

⁴ Zob. Materiały „Uzdrowiska Kołobrzeg” S.A. (2009). Analogiczne tendencje zaobserwowano w pozostałych uzdrowiskach Skarbu Państwa. Istotnym czynnikiem, który wpłynął na decyzje destynacyjne kuracjuszy niemieckich, była zmiana polityki niemieckich kas chorych, które były krytykowane przez Unię Uzdrowisk Niemieckich za to, że dotychczasowe metody refundacji pobytów w kurortach, stosowane przez te kasy, powodowały uprzywilejowanie wyjazdów zagranicznych (w tym przede wszystkim do Polski).

⁵ Podobną ideę budowy struktur gospodarki zdrowotnej realizują władze kraju związkowego Meklemburgia – Pomorze Przednie.

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

PODSUMOWANIE

Rozwój przedsiębiorstw lecznictwa uzdrowiskowego jest podstawowym wyznacznikiem współczesnych czasów. Oferując skuteczne produkty lecznicze, potrafią reagować na zmiany w zapotrzebowaniu społecznym w XXI wieku, wyrażające się wzrostem świadomości zdrowotnej, a także stopniowym wzrostem zamożności. Równocześnie turystyka zdrowotna jest, analogicznie do innych dziedzin gospodarki, podatna na zjawiska kryzysowe oraz na mody i wahania w kierunkach destynacji turystycznej. Mamy do czynienia z poszukiwaniem amortyzatorów, które umożliwiłyby bezpieczne funkcjonowanie przedsiębiorstw sektora.

Zbudowany w krajach związkowych Berlin–Brandenburgia klaster umożliwia harmonijną realizację wielu celów, w tym świadczenie usług na poziomach lokalnym i regionalnym. Zwiększa to odporność sektora gospodarki zdrowotnej na zjawiska kryzysowe; stymuluje wzrost zatrudnienia oraz jakości zatrudnionej kadry, przy umiejętnym wykorzystaniu innowacyjności nowych dziedzin technologii (przemysłu farmaceutycznego, biotechniki, technik medycznych) oraz połączeniu dynamiki badań naukowych i rozwoju z konkretnymi potrzebami społeczeństwa.

PIŚMIENNICTWO

- Bookman M.Z., Bookman K.R.** 2007. Medical tourism in developing countries. New York, Palgrave MacMillan.
- Carrera P.M., Bridges J.F.P.** 2006. Globalization and healthcare understanding health and medical tourism. *Expert Rev. Pharmacoecon. Outcomes Res.* 6 (4), 447–454.
- ESPA – Raport 01-2010**, www.espa-ehv.eu/, dostęp dn. 10.09.2010 r.
- European Spas Association**, www.espa-ehv.eu, dostęp dn. 4.03. 2010 r.
- Gallouj F.** 2002. Innovation in services an the attendant old and new myths. *J. Socio-Econ.* 31, 143.
- Garntner W.C., Lime D.W.** 2000. Trends in outdoor recreation. Leisure and tourism. Wallingford, CABI Publishing.
- Gesundheitscluster in Metropolen- und Grenzregionen. Chancen für Polen und Deutschland.** 2009. Berlin, Health Capital, 6–10.
- Holden A.** 2006. Tourism studies and the social sciences. London, Routledge.
- Materiały „Uzdrowisko Kołobrzeg S.A.”** www.uzdrowisko.kolobrzeg.pl, dostęp: wrzesień 2009 r.
- Mueller H., Kaufmann E.L.** 2001. Wellness tourism: market analysis of a special health tourism segment and implication for the hotel industry. *J. Vac. Market.* 7 (1), 5–17.
- Petry R.** 2009. Czy w Europie występuje zmierzch uzdrowisk i klasycznego leczenia? Marketing uzdrowiskowy w państwach europejskich, w: *Innowacyjne kierunki rozwoju turystyki uzdrowisko-*

wej i lecznictwa uzdrowiskowego. XVIII Kongres uzdrowisk polskich, Muszyna 4–6 czerwca 2009. [b.w.], 104–106.

Polska wobec światowego kryzysu gospodarczego. 2009. Warszawa, Narodowy Bank Polski, 11.

Releases a new report – Indian tourism industry analysis, <http://www.mncos.com>, dostęp dn. 14.03.2010 r.

Spatial scenarios for Europe. 2007. Bruksela, EU, Regional Policy, 4–10.

Swarbrooke J., Horner S. 2007. Consumer behavior in tourism, 2nd edition. Oxford Butterworth-Heinemann/Elsevier.