



Stowarzyszenie
Gmin
Uzdrowiskowych RP



Urząd Statystyczny
w Krakowie



Urząd Statystyczny
w Rzeszowie



Lecznictwo uzdrowiskowe i turystyka w uzdrowiskach w latach 2017–2024

Health resort treatment and tourism
in health resorts in 2017–2024



Lecznictwo uzdrowiskowe i turystyka w uzdrowiskach w latach 2017–2024

Health resort treatment and tourism
in health resorts in 2017–2024

Opracowanie merytoryczne

Content-related works

Stowarzyszenie Gmin Uzdrawiskowych Rzeczypospolitej Polskiej

The Association of Polish Spa Communities

Urząd Statystyczny w Krakowie, Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia

Statistical Office in Kraków, Centre for Health and Health Care Statistics

Urząd Statystyczny w Rzeszowie, Ośrodek Statystyki Sportu i Turystyki

Statistical Office in Rzeszów, Centre for Sport and Tourism Statistics

pod kierunkiem

supervised by

Agnieszki Szlubowskiej

Zespół autorski

Editorial team

Stowarzyszenie Gmin Uzdrawiskowych Rzeczypospolitej Polskiej

The Association of Polish Spa Communities

Iwona Drozd, Jan Golba

Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia

Centre for Health and Health Care Statistics

Marta Gleń, Joanna Jurek, Maria Penpeska, Michał Urbas

Ośrodek Statystyki Sportu i Turystyki

Centre for Sport and Tourism Statistics

Jan Gawelko, Anna Klepacka, Andrzej Wilk, Łukasz Zadorożny

Prace redakcyjne

Editorial work

Małgorzata Jasiołek, Renata Ptak

Skład i opracowanie graficzne

Typesetting and graphics

Karolina Rudnik

Recenzenci

Reviewers

dr hab. Marta Najda-Janoszka, prof. Uniwersytetu Jagiellońskiego

dr hab. Piotr Dobosz, prof. Uniwersytetu Jagiellońskiego

Zdjęcie zamieszczone na okładce – deptak w Krynicy-Zdroju

Photo on the cover – promenade in Krynica-Zdrój

Fot. © Konrad Rogoziński. Odkryj Beskid Sądecki / Digital Places

ISBN 978-83-7403-299-5 (wersja drukowana printed version)

ISBN 978-83-7403-298-8 (wersja elektroniczna online version)

Publikacja dostępna na stronie internetowej

Publication available on website

<https://krakow.stat.gov.pl>

Przy publikowaniu danych GUS – prosimy o podanie źródła

When publishing Statistics Poland data – please indicate the source

Przedmowa

Z przyjemnością przedstawiamy Państwu publikację pod tytułem „Lecznictwo uzdrowiskowe i turystyka w uzdrowiskach w latach 2017–2024”, która prezentuje najważniejsze zagadnienia dotyczące uzdrowisk, lecznictwa uzdrowiskowego i turystyki w gminach uzdrowiskowych w Polsce. Celem opracowania jest dostarczenie kompleksowej wiedzy na temat zasad funkcjonowania uzdrowisk i prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego, a także przedstawienie danych i analiz dotyczących działalności leczniczej zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i stanu turystyki w gminach uzdrowiskowych w latach 2017–2024.

Niniejsza publikacja składa się z trzech części. Pierwsza część zawiera szczegółową charakterystykę systemu lecznictwa uzdrowiskowego, obejmującą analizę podstaw prawnych, opisy uzdrowisk i obszarów ochrony uzdrowiskowej, zakładów i urzędzeń lecznictwa uzdrowiskowego, naturalnych zasobów leczniczych oraz zasad korzystania z lecznictwa uzdrowiskowego. Druga część publikacji prezentuje wyniki badań statystycznych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego oraz turystyki, obejmujących zarówno infrastrukturę i działalność leczniczą zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, jak i bazę noclegową w gminach uzdrowiskowych oraz jej wykorzystanie przez turystów. Trzecia część obejmuje wyjaśnienia metodologiczne, opisujące źródła danych oraz definicje i pojęcia stosowane w badaniach statystycznych. Opracowanie zostało wzbogacone o aneks tabelaryczny, dostępny w wersji elektronicznej, w którym przedstawiono szczegółowe dane statystyczne o zakładach lecznictwa uzdrowiskowego oraz bazie noclegowej turystyki i jej wykorzystaniu w gminach uzdrowiskowych w latach 2017–2024.

Mamy nadzieję, że publikacja, będąca efektem współpracy Stowarzyszenia Gmin Uzdrawiskowych RP, Ośrodka Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia Urzędu Statystycznego w Krakowie oraz Ośrodka Statystyki Sportu i Turystyki Urzędu Statystycznego w Rzeszowie będzie cennym źródłem informacji dla celów badawczych oraz wsparciem dla osób zajmujących się problematyką usług zdrowotnych i turystycznych w sektorze uzdrawiskowym.

Prezes Zarządu
Stowarzyszenia Gmin
Uzdrowiskowych
Rzeczypospolitej Polskiej



Jan Golba

Dyrektor
Urzędu Statystycznego
w Krakowie



Agnieszka Szlubowska

p.o. Dyrektora
Urzędu Statystycznego
w Rzeszowie



Teresa Krzemińska

Preface

We are pleased to present to you the publication entitled “Health resort treatment and tourism in health resorts in 2017–2024” that releases main data on health resort facilities, therapeutic and tourism activities in health resort municipalities in Poland. The aim of the publication is to provide a complex knowledge on rules governing the functioning of the health resorts and provision of the spa treatment together with relevant data presentation and analytical description of activities taken in health resort facilities as well as tourism sector in health resort municipalities in years 2017–2024.

The following publication consists of three parts. The first part provides a detailed description of the health resort treatment system, including an analysis of the legal basis, descriptions of health resorts and health resort protection areas, facilities and devices, natural healing resources and terms of use. The second part presents the results of statistical studies in the field of health resort treatment and tourism with respect to the infrastructure and healing activities of health resort facilities as well as number of beds in health resort municipalities and its utilization by tourists. The third part includes methodological explanations with attention to data sources, terminology and definitions. In addition, the table annex in an electronic format is supplied, to give an insight into data on health resort facilities, accommodation establishments and their use in health resort municipalities for period 2017–2024.

We hope that the publication, created as a result of the fruitful cooperation between the Association of Polish Spa Communities, the Centre for Health and Health Care Statistics of the Statistical Office in Kraków, the Centre for Sport and Tourism Statistics of the Statistical Office in Rzeszów, will be a valuable source of information for all scientific studies and researchers engaged in the analyses of the health and tourism services in the spa sector.

President of the
Management Board
of the Association of Polish
Spa Communities



Jan Golba

Director
of the Statistical Office
in Kraków



Agnieszka Szlubowska

Acting Director
of the Statistical Office
in Rzeszów



Teresa Krzemińska

Spis treści

Contents

Przedmowa	3
Preface	4
Objaśnienia znaków umownych. Ważniejsze skróty	11
Symbols. Main abbreviations	
Część 1. Charakterystyka systemu lecznictwa uzdrowiskowego	12
Part 1. Characteristics of the health resort treatment system	
1.1. Prawne aspekty funkcjonowania uzdrowisk i lecznictwa uzdrowiskowego	12
1.1. Legal aspects of the functioning of health resorts and health resort treatment	
Regulacje prawne dotyczące lecznictwa uzdrowiskowego	12
Legal regulations on health resort treatment	
Rejestr uzdrowisk oraz obszarów ochrony uzdrowiskowej	15
Register of health resorts and health resort protection areas	
Podstawy prawne udzielania świadczeń zdrowotnych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego	18
Legal basis for providing health services in health resort facilities	
1.2. Miejscowości uzdrowiskowe i ich status administracyjno-prawny	20
1.2. Health resort towns and their administrative-legal status	
Ustawowe warunki niezbędne do uzyskania statusu uzdrowiska	20
Statutory conditions required to obtain health resort status	
Status administracyjno-prawny uzdrowiska, gmin uzdrowiskowych oraz gmin posiadających status obszaru ochrony uzdrowiskowej	23
Administrative-legal status of a health resort, health resort municipalities, and municipalities with health resort protection area status	
Szczególne zadania gmin uzdrowiskowych i gmin posiadających status obszaru ochrony uzdrowiskowej	26
Special tasks of health resort municipalities and municipalities with health resort protection area status	
Regulacje dotyczące finansowania zadań gminy uzdrowiskowej (opłata uzdrowiskowa, dotacja uzdrowiskowa)	28
Regulations on financing the tasks of a health resort municipality (health resort fee, health resort subsidy)	
1.3. Charakterystyka gmin uzdrowiskowych i gmin posiadających status obszaru ochrony uzdrowiskowej	31
1.3. Characteristics of health resort municipalities and municipalities with health resort protection area status	
Rola i zadania lecznictwa uzdrowiskowego	32
The role and tasks of health resort treatment	
Naturalne surowce lecznicze	33
Natural medicinal resources	
Profile lecznicze uzdrowisk	36
Therapeutic profiles of health resorts	
Nadzór nad lecznictwem uzdrowiskowym	40
Supervision of health resort treatment	

1.4. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego	43
1.4. Health resort facilities	
Szpitale uzdrowiskowe	45
Health resort hospitals	
Sanatoria uzdrowiskowe	47
Health resort sanatoriums	
Szpitale uzdrowiskowe dla dzieci i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci	47
Health resort hospitals for children and health resort sanatoriums for children	
Przychodnie uzdrowiskowe	48
Outpatient health resort units	
Zakłady przyrodolecznicze	49
Natural healing centres	
Szpitale i sanatoria w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych	51
Hospitals and sanatoriums in developed underground mining excavations	
1.5. Urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego	52
1.5. Health resort treatment equipment	
Pijalnie uzdrowiskowe	52
Health resort pump rooms	
Tężnie	53
Graduation towers	
Parki	54
Parks	
Ścieżki ruchowe	56
Movement paths	
Urządzone odcinki wybrzeża morskiego	56
Developed sections of the seacoast	
Lecznice i rehabilitacyjne baseny uzdrowiskowe	57
Therapeutic and rehabilitation health resort pools	
Urządzone podziemne wyrobiska górnicze	58
Developed underground mining excavations	
1.6. Zasady finansowania i korzystania z lecznictwa uzdrowiskowego	59
1.6. Principles of financing and using health resort treatment	
1.7. Rodzaje pobytów (szpitalny, sanatoryjny, rehabilitacyjny)	63
1.7. Types of stays (hospital, sanatorium, rehabilitation)	
Świadczeniobiorcy: kuracjusze i pacjenci	66
Beneficiaries: patients and visitors	
Uwagi końcowe	67
Concluding remarks	
Część 2. Wyniki badań statystycznych	68
Part 2. Results of statistical surveys	
2.1. Działalność lecznicza zakładów lecznictwa uzdrowiskowego	68
2.1. Therapeutic activities of health resort facilities	
Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego	68
Health resort facilities	

Baza łóżkowa	72
Beds	
Kuracjusze	75
Patients	
Zabiegi lecznicze	86
Health resort treatments	
2.2. Turystyczne obiekty noclegowe i ich wykorzystanie w gminach uzdrowiskowych	93
2.2. Occupancy of tourist accommodation establishments in health resort municipalities	
Baza noclegowa w gminach uzdrowiskowych	93
Accommodation establishments in health resort municipalities	
2.3. Wykorzystanie bazy noclegowej w gminach uzdrowiskowych	97
2.3. The use of accommodation establishments in health resort municipalities	
Turyści korzystający z noclegów	97
Tourists accommodated	
Udzielone noclegi	102
Overnight stays	
Stopień wykorzystania miejsc noclegowych	106
Occupancy rate of bed places	
Uwagi metodologiczne	108
Methodological notes	
Źródła i zakres danych statystycznych	108
Sources and scope of statistical data	
Podstawowe definicje	109
Basic definitions	
Pozostałe wyjaśnienia	114
Other explanations	
Bibliografia	115
Bibliography	
Akty prawne	119
Legal acts	
Ustawy	119
Laws	
Rozporządzenia, zarządzenia, obwieszczenia	120
Regulations, orders, announcements	
Wyroki i orzeczenia	123
Judgments and decisions	

Spis tablic

List of tables

Tablica 1. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zakładu	69
Table 1. Health resort facilities by type of facility	
Tablica 2. Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw	73
Table 2. Beds in health resort facilities by voivodships	
Tablica 3. Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w wybranych gminach uzdrowiskowych	75
Table 3. Beds in health resort facilities in selected health resort gm municipalities	
Tablica 4. Kuracjusze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w 2024 r.	76
Table 4. Patients in health resort facilities in 2024	
Tablica 5. Kuracjusze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw	77
Table 5. Patients in health resort facilities by voivodships	
Tablica 6. Kuracjusze leczenia stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w wybranych gminach uzdrowiskowych	80
Table 6. Inpatients in health resort facilities in selected health resort municipalities	
Tablica 7. Średni czas pobytu w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w 2024 r.	81
Table 7. Average length of stay in health resort facilities in 2024	
Tablica 8. Zabiegi lecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego	86
Table 8. Health resort treatments in health resort facilities	
Tablica 9. Zabiegi lecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw	87
Table 9. Health resort treatments in health resort facilities by voivodships	
Tablica 10. Zabiegi lecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w wybranych gminach uzdrowiskowych	90
Table 10. Health resort treatments in health resort facilities in selected health resort municipalities	
Tablica 11. Turystyczne obiekty i miejsca noclegowe w gminach uzdrowiskowych według województw w 2024 r.	94
Table 11. Tourist establishments and bed places in health resort municipalities by voivodships in 2024	
Tablica 12. Wykorzystanie turystycznych obiektów noclegowych w gminach uzdrowiskowych według województw w 2024 r.	99
Table 12. Occupancy of tourist accommodation establishments in health resort municipalities by voivodships in 2024	

Spis wykresów

List of charts

Wykres 1. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zakładu	70
Chart 1. Health resort facilities by type of facilities	
Wykres 2. Uzdrowiska według kierunków leczniczych w 2024 r.	71
Chart 2. Health resorts by curative directions in 2024	
Wykres 3. Stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób niepełnosprawnych	72
Chart 3. Degree of adjustment of health resort facilities to the needs of disabled persons	

Wykres 4.	Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego	73
Chart 4.	Beds in health resort facilities	
Wykres 5.	Kuracjusze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według wieku	76
Chart 5.	Patient in health resort facilities by age	
Wykres 6.	Kuracjusze leczeni stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw	80
Chart 6.	Inpatients in health resort facilities by voivodships	
Wykres 7.	Średni czas pobytu w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego	81
Chart 7.	Average length of stay in health resort facilities	
Wykres 8.	Średni czas pobytu w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw	82
Chart 8.	Average length of stay in health resort facilities by voivodships	
Wykres 9.	Kuracjusze polscy i zagraniczni leczeni stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego	83
Chart 9.	Polish and foreign inpatients in health resort facilities	
Wykres 10.	Kuracjusze pełnopłatni i dofinansowani w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego	84
Chart 10.	Inpatients in health resort facilities by type of financing	
Wykres 11.	Kuracjusze leczeni stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według sposobu finansowania pobytu	84
Chart 11.	Inpatients in health resort facilities by type of financing	
Wykres 12.	Kuracjusze ambulatoryjni w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego	85
Chart 12.	Outpatients in health resort facilities	
Wykres 13.	Kuracjusze leczeni ambulatoryjnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw	85
Chart 13.	Outpatients in health resort facilities by voivodships	
Wykres 14.	Zabiegi lecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego	86
Chart 14.	Health resort treatments in health resort facilities	
Wykres 15.	Zabiegi lecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw	87
Chart 15.	Health resort treatments in health resort facilities by voivodships	
Wykres 16.	Zabiegi lecznicze na 1 kuracjusza w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw	89
Chart 16.	Health resort treatments per 1 patient in health resort facilities by voivodships	
Wykres 17.	Zabiegi lecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zabiegu	91
Chart 17.	Health resort treatments in health resort facilities by type of therapy	
Wykres 18.	Zabiegi przyrodolecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zabiegu	91
Chart 18.	Natural therapy treatments in health resort facilities by type of therapy	
Wykres 19.	Zabiegi przyrodolecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw w 2024 r.	92
Chart 19.	Natural therapy treatments in health resort facilities by voivodships in 2024	
Wykres 20.	Inne zabiegi lecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego	92
Chart 20.	Other health resort treatments in health resort facilities	
Wykres 21.	Liczba miejsc noclegowych na terenie gmin uzdrowiskowych według województw	96
Chart 21.	Number of bed places in health resort municipalities by voivodships	

Wykres 22.	Turyści w gminach uzdrowiskowych według województw	98
Chart 22.	Tourists in health resort municipalities by voivodships	
Wykres 23.	Turyści w obiektach noclegowych na terenie gmin uzdrowiskowych	100
Chart 23.	Tourists in accommodation establishments in health resort municipalities	
Wykres 24.	Turyści w gminach uzdrowiskowych według wybranych krajów	101
Chart 24.	Tourists in health resort municipalities by selected countries	
Wykres 25.	Noclegi udzielone turystom na terenie gmin uzdrowiskowych według województw	103
Chart 25.	Overnight stays provided in health resort municipalities by voivodships	
Wykres 26.	Średnia długość pobytu turystów w obiektach noclegowych na terenie gmin uzdrowiskowych	104
Chart 26.	Average length of stay of tourists in accommodation establishments in health resort municipalities	
Wykres 27.	Średnia długość pobytu turystów w obiektach noclegowych na terenie gmin uzdrowiskowych według województw w 2024 r.	105
Chart 27.	Average length of stay of tourists in accommodation establishments in health resort municipalities by voivodships in 2024	
Wykres 28.	Stopień wykorzystania miejsc w obiektach noclegowych na terenie gmin uzdrowiskowych	107
Chart 28.	Occupancy rate of accommodation establishments in health resort municipalities	

Spis map

List of maps

Mapa 1.	Uzdrowiska w Polsce w 2024 r.	68
Map 1.	Health resort area in Poland in 2024	
Mapa 2.	Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw w 2024 r.	74
Map 2.	Beds in health resort facilities in 2024	
Mapa 3.	Kuracjusze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw w 2024 r.	77
Map 3.	Patients in health resort facilities by voivodships in 2024	
Mapa 4.	Kuracjusze leczeni stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw w 2024 r.	79
Map 4.	Inpatients in health resort facilities by voivodships in 2024	

Objaśnienia znaków umownych

Symbols

Symbol Symbol	Opis Description
Kreska (-)	zjawisko nie wystąpiło magnitude zero
Zero (0,0)	zjawisko istniało w wielkości mniejszej od 0,05 magnitude not zero, but less than 0.05 of a unit
Kropka (.)	brak informacji, konieczność zachowania tajemnicy statystycznej lub że wypełnienie pozycji jest niemożliwe albo niecelowe data not available, classified data (statistical confidentiality) or providing data impossible or purposeless
„W tym” “Of which”	oznacza, że nie podaje się wszystkich składników sumy indicates that not all elements of the sum are given

Ważniejsze skróty

Main abbreviations

KRUS	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego Agricultural Social Insurance Fund
MSWiA	Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji Ministry of the Interior and Administration
MZ	Ministerstwo Zdrowia Ministry of Health
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia National Health Fund
PFRON	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych State Fund for the Rehabilitation of the Disabled
RPWDL	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą Register of Entities providing health care
SGU RP	Stowarzyszenie Gmin Uzdrawiskowych Rzeczypospolitej Polskiej The Association of Polish Spa Communities
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych Social Insurance Institution

Część 1. Charakterystyka systemu lecznictwa uzdrowiskowego

Part 1. Characteristics of the health resort treatment system

1.1. Prawne aspekty funkcjonowania uzdrowisk i lecznictwa uzdrowiskowego

1.1. Legal aspects of the functioning of health resorts and health resort treatment

Regulacje prawne dotyczące lecznictwa uzdrowiskowego

Legal regulations on health resort treatment

Uzdrowiska od wielu lat odgrywają ważną rolę w systemie opieki zdrowotnej i turystyki zdrowotnej. To miejsca, które dzięki korzystnym warunkom klimatycznym, naturalnym surowcom oraz specjalistycznej infrastrukturze, służą poprawie stanu zdrowia i samopoczucia pacjentów.

Już w odległej przeszłości, dla miejscowości posiadających walory lecznicze, tworzono specjalny status prawny, który zapewniał ochronę ich naturalnych surowców leczniczych, walerów przyrodniczych i środowiskowych. W okresie zaborów kwestie funkcjonowania uzdrowisk były regulowane fragmentarycznie w aktach prawnych państw zaborczych, które odnosiły się wyłącznie do kwestii sanitarnych. I tak np. w zaborze pruskim, gdzie nie było przepisów dotyczących funkcjonowania uzdrowisk, ochronę źródeł leczniczych prowadzono na podstawie pruskiej ustawy o ochronie źródeł z 14 maja 1908 r. i innych przepisów szcztątkowo regulujących kwestie związane głównie ze sprawami sanitarnymi uzdrowiska¹. Jedynie w zaborze austriackim szeroko pojęte kwestie uzdrowiskowe były uregulowane przez właściwe ustawy krajowe², które do problematyki uzdrowiskowej podchodziły szeroko, regulując nie tylko kwestie podstaw prawnych dla funkcjonowania zdrojowisk i stacji klimatycznych, ale też normując sprawy administracyjne i finansowe, w tym kwestie organizacji zarządu, komisji uzdrowiskowej, a nawet funduszy kuracyjnych³. Dzięki przyjętej ustawie z 4 listopada 1891 r. urządzającej stosunki zdrojowisk i uzdrowisk w Galicji i Wielkim Księstwie Krakowskim⁴, udało się na tym obszarze stworzyć właściwe warunki organizacyjne i prawne dla funkcjonowania uzdrowisk, chociaż przyznać trzeba, że wdrażanie przepisów tej ustawy w niektórych uzdrowiskach szło wyjątkowo opornie. Po okresie zaborów kwestie właściwego uregulowania statusu uzdrowisk w Polsce podjęto natychmiast po odzyskaniu niepodległości. Co najważniejsze władze centralne podeszły do problematyki uzdrowiskowej systemowo i szybko podjęły udaną próbę uporządkowania gospodarki uzdrowiskowej, uchwalając 23 marca 1922 r. ustawę o uzdrowiskach⁵. Zawarte w tej ustawie rozwiązania systemowe dotyczące uzdrowisk, zostały oparte na przyjętych 40 lat wcześniej rozwiązaniach niemieckich. Ustawa kompleksowo regulowała kwestie uzdrowisk, poczynając od definicji uzdrowiska i zasad jego tworzenia, poprzez określenie rodzajów uzdrowisk, nadanie specjalnego statusu uzdrowiskom spełniającym ustalone wymogi ustawowe, stworzenie podstaw ekonomicznych ich funkcjonowania oraz utworzenie instytucji zarządzającej

¹ J. Golba, *Historyczne i prawne aspekty funkcjonowania uzdrowisk w Polsce*, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2020, s. 48.

² Galicyjska ustawa krajowa z 2 lutego 1891 r. o urzędzeniu służby w gminach o obszarach dworskich (Dz. Ust. Kr. L. 17) oraz ustawa z 4 listopada 1891 r. urządzająca stosunki zdrojowisk i uzdrowisk w Galicji i Wielkim Księstwie Krakowskim (Dziennik Ustaw i Rozporządzeń Krajowych dla Królestwa Galicji i Lodomerii oraz w Wielkim Księstwie Krakowskim, Lwów 1891).

³ F. Ciszewski, *Pierwsza ustawa uzdrowiskowa Sejmu Galicyjskiego, Problemy Uzdrowiskowe 1987*, z. 5–6, s. 185; przemówienie d-ra W. Chodźki w Sejmie Ustawodawczym 8 listopada 1921 r. przy omawianiu ustawy o zdrojowiskach i uzdrowiskach, *Biuletyn Ministerstwa Zdrowia Publicznego 1922 R.* 5 nr 1, s. 6.

⁴ Ustawa z 4 listopada 1891 r. urządzająca stosunki zdrojowisk i uzdrowisk w Galicji i Wielkim Księstwie Krakowskim (Dziennik Ustaw i Rozporządzeń Krajowych dla Królestwa Galicji i Lodomerii oraz w Wielkim Księstwie Krakowskim, Lwów 1891).

⁵ Ustawa z dnia 23 marca 1922 r. o uzdrowiskach (Dz. U. 1922 nr 31, poz. 254 ze zm.).

uzdrowiskiem i wyposażenie jej w określone uprawnienia⁶. Ustawa ustalała także zasady tworzenia funduszu kuracyjnego i dawała prawo do pobierania taksy kuracyjnej tworząc w ten sposób odpowiednie warunki finansowe dla funkcjonowania uzdrowisk. Wprowadzała również szczególne zasady ochrony obszarów uzdrowiskowych poprzez utworzenie stref ochrony sanitarnej i obszarów górniczych dla ochrony źródeł leczniczych. Tworzyła też swoisty reżim przepisów publiczno-prawnych ograniczających prowadzenie określonych działalności gospodarczych, realizacji niepożądanych budowli czy ograniczania wolności i swobód obywatelskich. W 1933 r. w przepisach rangi ustawowej pojawiło się pojęcie gminy uzdrowiskowej „o charakterze użyteczności publicznej”. Pojęcie to wprowadzono ustawą z dnia 23 marca 1933 r. o częściowej zmianie ustroju samorządu terytorialnego⁷ nazwanej tzw. ustawą scaleniową, bowiem scalała porozbiorowy, bardzo różnorodny system prawny samorządu terytorialnego, jaki funkcjonował na ziemiach Polski po odzyskaniu niepodległości⁸. Ustawa o uzdrowiskach z 1922 r. z niewielkimi zmianami, była podstawą działania uzdrowisk aż do 1966 r., kiedy to Sejm uchwalił ustawę o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym⁹. Ustawa z 1966 r. formalnie zlikwidowała samorząd uzdrowiskowy funkcjonujący od 1922 r. w formie komisji zdrojowych, a wszystkie uzdrowiska poddała jednolitemu systemowi zarządzania, likwidując w ten sposób autonomię uzdrowiskową. W literaturze przedmiotu daje się zauważyć niemal powszechne przekonanie¹⁰, że ustawa o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym z 1966 r. nie przyczyniła się do rozwoju uzdrowisk, bowiem dotychczasowe rozwiązania prawne, które dawały lokalnej władzy dość dużo uprawnień w zakresie tworzenia warunków do funkcjonowania lecznictwa uzdrowiskowego i uzdrowisk, zastąpiła rozwiązaniami centralistycznymi, które nie wpłynęły pozytywnie na rozwój uzdrowisk. Objawiło się to szczególnie w sferze finansowej i procesie inwestycyjnym, w którym decyzje o lokalizacjach inwestycji zapadały w Warszawie, często z wielką szkodą dla uzdrowisk¹¹. Jednak większość obecnie funkcjonujących uzdrowisk ma nadany status uzdrowiska w oparciu o ustawę z 1966 r. Status uzdrowiska nadawany był rozporządzeniem Rady Ministrów. Natomiast wykaz uzdrowisk był ustalany zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

W 1989 r. podjęte zostały pierwsze prace nad zmianą ustawy o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym z 1966 r. Owocem tych prac był art. 38 ustawy o samorządzie terytorialnym¹², w którym znalazła się delegacja do podjęcia w odrębnej regulacji prawnej kwestii ustroju gmin mających na swoim terenie uzdrowiska. W dniu 28 lipca 2005 r. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej uchwalił ustawę o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych¹³ (ustawa uzdrowiskowa). Ustawa uzdrowiskowa stworzyła dla uzdrowisk i gmin uzdrowiskowych podstawy prawne dla ich funkcjonowania i rozwoju oraz zapewniła źródła finansowania zadań uzdrowiskowych, określonych w ustawie. Przełożyło się to niewątpliwie na rozwój społeczny i gospodarczy gmin uzdrowiskowych i pozwoliło na zainwestowanie ogromnych środków w uzdrowiska¹⁴.

⁶ J. Golba, *Historyczne i prawne...*, op. cit., s. 50.

⁷ Ustawa z dnia 23 marca 1933 r. o częściowej zmianie ustroju samorządu terytorialnego (Dz. U. 1933 nr 35, poz. 294).

⁸ E. Sokalska, *Organy samorządowe miast niewydzielonych w świetle ustawy „scaleniowej” z 23 marca 1933 r.*, *Studia Prawnoustrojowe* 2004, nr 3, s. 154.

⁹ Ustawa o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym z dnia 17 czerwca 1966 r. (Dz. U. 1966 nr 23, poz. 150 ze zm.).

¹⁰ Krytyczne głosy: J. Golba, *Administracyjnoprawny status uzdrowiska*, Katowice 2023, s. 250 i n.; R. Paczuski, *Ochrona zasobów leczniczych środowiska Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 1990, s. 22; A. Lizak, *Komisje uzdrowiskowe jako organy opiniodawczo-doradcze rad gmin. Geneza, obecna rola i funkcjonowanie w praktyce*, Kraków 2016, s. 231.

¹¹ J. Golba, *Historyczne i prawne...*, op. cit., s. 75.

¹² Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. 2025 poz. 1153 t.j.).

¹³ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. 2025 poz. 1135 t.j.).

¹⁴ J. Golba, *Historyczne i prawne...*, op. cit., s. 99.

Ustawa uzdrowiskowa jest aktem normatywnym o charakterze generalnym, która definiuje takie pojęcia jak: lecznictwo uzdrowiskowe, gmina uzdrowiskowa, uzdrowisko, obszar ochrony uzdrowiskowej, operat uzdrowiskowy, strefy ochronne, urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego, naturalne surowce lecznicze, właściwości lecznicze klimatu, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego. Mianem lecznictwa uzdrowiskowego ustawa określa „zorganizowaną działalność polegającą na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, prowadzoną w uzdrowisku przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego albo poza uzdrowiskiem w szpitalach i sanatoriach znajdujących się w urzędzonych podziemnych wyrobiskach górniczych, przy wykorzystaniu warunków naturalnych, takich jak właściwości naturalnych surowców leczniczych, właściwości lecznicze klimatu, w tym talasoterapia i subterraneoterapia, oraz właściwości lecznicze mikroklimatu, a także towarzyszące zabiegi z zakresu fizjoterapii”.

Ustawa uzdrowiskowa reguluje także kwestie związane z lecznictwem uzdrowiskowym, kierunkami leczniczymi uzdrowisk, finansowaniem lecznictwa uzdrowiskowego, nadzorem nad lecznictwem uzdrowiskowym, nadawaniem obszarowi statusu uzdrowiska lub statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej, gmin uzdrowiskowych, odpowiedzialności karnej za naruszenie przepisów dotyczących ochrony obszaru uzdrowiska, lecznictwa uzdrowiskowego i nadzoru nad zachowaniem warunków leczniczych i środowiskowych w uzdrowisku. Umieściła lecznictwo uzdrowiskowe w ogólnym systemie ochrony zdrowia, określając jako „(...) integralną część systemu ochrony zdrowia”, wskazując jednocześnie, że „(...) lecznictwo uzdrowiskowe może być prowadzone wyłącznie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego zlokalizowanych w strefie „A” ochrony uzdrowiskowej”.

Kolejną ustawą regulującą funkcjonowanie lecznictwa uzdrowiskowego jest Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁵. Ustawa wskazuje, iż stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne mogą polegać w szczególności na: „(...) udzielaniu świadczeń zdrowotnych polegających na działaniach usprawniających, które służą zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia”.

Bardzo ważnym aktem prawnym regulującym prawa obywateli do świadczeń gwarantowanych z zakresu ochrony zdrowia jest ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁶.

Ustawa uzdrowiskowa jest podstawowym aktem normatywnym, związanym z uzdrowiskami, lecznictwem uzdrowiskowym i gminami uzdrowiskowymi, która bezpośrednio wiąże się z tworzeniem podstaw prawnych organizacji i funkcjonowania uzdrowisk. Jednakże obok niej istnieje szereg aktów normatywnych, bez których nie byłoby możliwe utworzenie i funkcjonowanie uzdrowisk, np. regulujące określone dziedziny funkcjonowania danego uzdrowiska, bądź też wiążące się z procesem kwalifikowania na leczenie uzdrowiskowe, czy też pozwalające na rozwiązywanie indywidualnych spraw na terenie uzdrowiska.

Aktami normatywnymi bezpośrednio obowiązującymi w stosunku do uzdrowisk i lecznictwa uzdrowiskowego są także rozporządzenia Rady Ministrów, m.in. w sprawie nadania danemu obszarowi statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej; w sprawie kwalifikowania kuracjuszy na leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitację uzdrowiskową i kierowanie pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego; w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego; w sprawie naczelnego lekarza uzdrowiska.

¹⁵ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2025 poz. 450 t.j.).

¹⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2024 poz. 146 t.j.).

Rejestr uzdrowisk oraz obszarów ochrony uzdrowiskowej

Register of health resorts and health resort protection areas

Rejestr uzdrowisk i obszarów ochrony uzdrowiskowej to urzędowy wykaz miejsc, które posiadają status uzdrowiska lub status obszaru ochrony uzdrowiskowej. Rejestr ten zawiera informacje o nazwie i granicach uzdrowisk oraz obszarów ochrony uzdrowiskowej. Rejestr uzdrowisk i obszarów ochrony uzdrowiskowej prowadzi Minister właściwy do spraw zdrowia. Nie prowadzi się natomiast rejestru gmin uzdrowiskowych i gmin, na obszarze których występują miejscowości posiadające status obszaru ochrony uzdrowiskowej.

Rejestr uzdrowisk zawiera przede wszystkim dane identyfikacyjne i dane opisujące walory lecznicze i właściwości klimatu, powierzchnię stref ochrony uzdrowiskowej, a także informacje o naturalnych surowcach leczniczych i kierunkach leczniczych. Wszystkie te informacje umieszczane są na portalu Ministerstwa Zdrowia¹⁷.

W 2017 r. istniało 45 uzdrowisk. Funkcjonowało również jedno sanatorium w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym. Uzdrowiska w 2017 r. to: Augustów, Busko-Zdrój, Ciechocinek, Cieplice, Czerniawa-Zdrój, Dąbki, Długopole-Zdrój, Duszniki-Zdrój, Goczałkowice-Zdrój, Gołdap, Horyniec-Zdrój, Inowrocław, Iwonicz-Zdrój, Jedlina-Zdrój, Kamień Pomorski, Kołobrzeg, Konstancin-Jeziorna, Krasnobród, Krynica-Zdrój, Kudowa-Zdrój, Łądek-Zdrój, Muszyna-Złockie, Nałęczów, Piwniczna-Zdrój, Polanica-Zdrój, Polańczyk, Połczyn-Zdrój, Przerzeczyn-Zdrój, Rabka-Zdrój, Rymanów-Zdrój, Solec-Zdrój, Sopot, Supraśl, Swoszowice, Szczawnica, Szczawno-Zdrój, Świeradów-Zdrój, Świnoujście, Uniejów, Ustka, Ustroń, Wapienne, Wieniec-Zdrój, Wysowa-Zdrój i Żegiestów-Zdrój. Natomiast zakład lecznictwa uzdrowiskowego działający w formie sanatorium w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym od 2011 r. funkcjonuje w Kopalni Soli „Wieliczka”, na obszarze gminy Wieliczka¹⁸. Obecnie funkcjonuje 47 uzdrowisk i jedno sanatorium w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym. W chwili obecnej status uzdrowiska posiadają: Augustów¹⁹, Busko-Zdrój²⁰, Ciechocinek²¹, Cieplice (gm. Jelenia Góra)²², Czerniawa-Zdrój (gm. Świeradów-Zdrój)²³, Dąbki (gm. Darłowo)²⁴, Długopole-Zdrój (gm. Bystrzyca Kłodzka)²⁵, Duszniki-Zdrój²⁶, Goczałkowice-Zdrój²⁷, Gołdap²⁸,

¹⁷ Rejestr uzdrowisk i obszarów ochrony uzdrowiskowej wraz z kierunkami leczniczymi, <https://www.gov.pl>, dostęp: 12.06.2025.

¹⁸ Serwis Ministerstwa Zdrowia, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lecznictwo-uzdrowiskowe>, dostęp: 01.06.2025.

¹⁹ Uzdrowisko powołane na podstawie Zarządzenia MZIOS z dnia 14 października 1993 r. w sprawie uznania miasta Augustowa za uzdrowisko (Dz. Urz. MZIOS nr 14, poz. 37).

²⁰ Uzdrowisko powołane na podstawie Zarządzenia MZIOS z dnia 25 lipca 1967 r. w sprawie wykazu miejscowości uznanych za uzdrowiska (M.P. nr 45, poz. 228).

²¹ Tamże.

²² Tamże.

²³ Tamże.

²⁴ Uzdrowisko powołane na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 września 2007 r. w sprawie nadania statusu uzdrowiska miejscowości Dąbki (Dz. U. nr 194, poz. 1401).

²⁵ Uzdrowisko powołane na podstawie Zarządzenia MZIOS z dnia 25 lipca 1967 r. w sprawie wykazu miejscowości uznanych za uzdrowiska (M.P. nr 45, poz. 228).

²⁶ Tamże.

²⁷ Tamże.

²⁸ Uzdrowisko powołane na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2000 r. w sprawie uznania miasta Gołdap za uzdrowisko (Dz. U. nr 82, poz. 936).

Horyniec-Zdrój²⁹, Inowrocław³⁰, Iwonicz-Zdrój³¹, Jedlina-Zdrój³², Kamień Pomorski³³, Kołobrzeg³⁴, Konstancin-Jeziorna³⁵, Krasnobród³⁶, Krynica-Zdrój³⁷, Kudowa-Zdrój³⁸, Latoszyn³⁹, Łądek-Zdrój⁴⁰, Muszyna⁴¹, Nałęczów⁴², Piwniczna⁴³, Polanica-Zdrój⁴⁴, Polańczyk⁴⁵, Połczyn-Zdrój⁴⁶, Przerzecznica-Zdrój (gm. Niemcza)⁴⁷, Rabka-Zdrój⁴⁸, Rymanów-Zdrój⁴⁹, Solec-Zdrój⁵⁰, Sopot⁵¹, Supraśl⁵², Swoszowice (gm. Kraków)⁵³, Szczawnica⁵⁴, Szczawnio-Zdrój⁵⁵, Świeradów-Zdrój⁵⁶, Świnoujście⁵⁷,

²⁹ Uzdrowisko powołane na podstawie Zarządzenia MZIOS z dnia 25 lipca 1967 r. w sprawie wykazu miejscowości uznanych za uzdrowiska (M.P. nr 45, poz. 228).

³⁰ Tamże.

³¹ Tamże.

³² Tamże.

³³ Tamże.

³⁴ Tamże.

³⁵ Tamże.

³⁶ Uzdrowisko powołane na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2002 r. w sprawie uznania miasta Krasnobród za uzdrowisko (Dz. U. nr 129, poz. 1103).

³⁷ Uzdrowisko powołane na podstawie Zarządzenia MZIOS z dnia 25 lipca 1967 r. w sprawie wykazu miejscowości uznanych za uzdrowiska (M.P. nr 45, poz. 228).

³⁸ Tamże.

³⁹ Uzdrowisko powołane na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 października 2022 r. w sprawie nadania statusu uzdrowiska sołectwom Latoszyn i Podgrodzie, położonym na obszarze gminy Dębica (Dz. U. 2022 poz. 2397).

⁴⁰ Uzdrowisko powołane na podstawie Zarządzenia MZIOS z dnia 25 lipca 1967 r. w sprawie wykazu miejscowości uznanych za uzdrowiska (M.P. nr 45, poz. 228).

⁴¹ Tamże.

⁴² Uzdrowisko powołane na podstawie Zarządzenia MZIOS z dnia 25 lipca 1967 r. w sprawie wykazu miejscowości uznanych za uzdrowiska (M.P. nr 45, poz. 228).

⁴³ Tamże.

⁴⁴ Tamże.

⁴⁵ Uzdrowisko powołane na podstawie rozporządzenia MZIOS z dnia 27 stycznia 1999 r. w sprawie uznania miejscowości Polańczyk za uzdrowisko (Dz. U. nr 10, poz. 93).

⁴⁶ Uzdrowisko powołane na podstawie Zarządzenia MZIOS z dnia 25 lipca 1967 r. w sprawie wykazu miejscowości uznanych za uzdrowiska (M.P. nr 45, poz. 228).

⁴⁷ Uzdrowisko powołane na podstawie Zarządzenia MZIOS z dnia 30 września 1997 r. w sprawie uznania Przerzecznica-Zdroju za uzdrowisko (Dz. Urz. MZIOS nr 15, poz. 38).

⁴⁸ Uzdrowisko powołane na podstawie Zarządzenia MZIOS z dnia 25 lipca 1967 r. w sprawie wykazu miejscowości uznanych za uzdrowiska (M.P. nr 45, poz. 228).

⁴⁹ Tamże.

⁵⁰ Tamże.

⁵¹ Uzdrowisko powołane na podstawie rozporządzenia MZIOS z dnia 27 stycznia 1999 r. w sprawie uznania miasta Sopot za uzdrowisko (Dz. U. nr 10, poz. 94).

⁵² Uzdrowisko powołane na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2001 r. w sprawie uznania miasta Supraśl za uzdrowisko (Dz. U. nr 1, poz. 5).

⁵³ Uzdrowisko powołane na podstawie Zarządzenia MZIOS z dnia 25 lipca 1967 r. w sprawie wykazu miejscowości uznanych za uzdrowiska (M.P. nr 45, poz. 228).

⁵⁴ Tamże.

⁵⁵ Tamże.

⁵⁶ Tamże.

⁵⁷ Tamże.

Uniejów⁵⁸, Ustka⁵⁹, Ustroń⁶⁰, Wapienne (gm. Sękowa)⁶¹, Wieniec-Zdrój (gm. Brześć Kujawski)⁶², Wysowa-Zdrój (gm. Uście Gorlickie)⁶³, Złockie (gm. Muszyna)⁶⁴, Żegiestów-Zdrój (gm. Muszyna)⁶⁵.

Terytorialnie uzdrowiska rozmieszczone są praktycznie na obszarze całego kraju, w 13 województwach. Uzdrowiska nie występują na terenie województw: opolskiego, wielkopolskiego i lubuskiego. W latach 2017–2024 powstały dwa nowe uzdrowiska, a w zasadzie jedno (Latoszyn), bowiem drugie zostało wydzielone z obszaru innego istniejącego już uzdrowiska. Uzdrowiskiem, które zostało utworzone od podstaw jest Latoszyn, położony na obszarze gminy Dębica. Natomiast gmina Muszyna, posiadająca na swoim obszarze uzdrowisko Muszyna-Złockie wyodrębniła nowy obszar gminy umożliwiający utworzenie odrębnego Uzdrowiska Złockie⁶⁶.

Jak wynika z opracowań⁶⁷ jest jeszcze wiele miejscowości, które posiadają naturalne surowce lecznicze, warunki urbanistyczno-przestrzenne i walory przyrodnicze predysponujące je do bycia uzdrowiskami. Na terenie niektórych takich miejscowości utworzone zostały obszary ochrony uzdrowiskowej, które w przyszłości mogą uzyskać status uzdrowiska z chwilą uruchomienia na ich obszarze zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. Ponadto wiele gmin jest w fazie wstępnych prac nad utworzeniem uzdrowiska na swoim obszarze. W 2017 r. było 6 gmin, na obszarze których znajdowały się miejscowości o statusie obszaru ochrony uzdrowiskowej. Były to: Latoszyn⁶⁸, Skierniewice-Maków⁶⁹, Frombork⁷⁰, Czarny Dunajec⁷¹, Lidzbark Warmiński⁷², Miłomłyn⁷³. Zdarzają się również przypadki, choć na razie nieliczne, że miejscowości tracą swój status uzdrowiska lub status obszaru ochrony uzdrowiskowej. W przeszłości status uzdrowiska utraciło np. Zakopane (w 1966 r.), czy też Jastrzębie-Zdrój (1994 r.),

⁵⁸ Uzdrowisko powołane na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2012 r. w sprawie nadania statusu uzdrowiska miastu Uniejów wraz z sołectwami: Spycimierz, Spycimierz-Kolonia, Zieleń i Człopy położonym na obszarze gminy Uniejów (Dz. U. poz. 782).

⁵⁹ Uzdrowisko powołane na podstawie Uchwały Rady Ministrów nr 210 z dnia 23 grudnia 1987 r. w sprawie uznania miasta Ustki za uzdrowisko (M.P. nr 38, poz. 333).

⁶⁰ Uzdrowisko powołane na podstawie Zarządzenia MZIOS z dnia 25 lipca 1967 r. w sprawie wykazu miejscowości uznanych za uzdrowiska (M.P. nr 45, poz. 228).

⁶¹ Tamże.

⁶² Tamże.

⁶³ Tamże.

⁶⁴ Uzdrowisko powołane na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 1 czerwca 2022 r. w sprawie nadania statusu uzdrowiska sołectwom Złockie, Szczawnik oraz Jastrzębik, położonym na obszarze gminy Muszyna (Dz. U. 2022 poz. 1290).

⁶⁵ Tamże.

⁶⁶ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 1 czerwca 2022 r. w sprawie nadania statusu uzdrowiska sołectwom Złockie, Szczawnik oraz Jastrzębik, położonym na obszarze gminy Muszyna (Dz. U. 2022 poz. 1290).

⁶⁷ J. Golba, *Historyczne i prawne...*, op. cit., s. 100.

⁶⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2012 r. w sprawie nadania statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej sołectwu Latoszyn i sołectwu Podgradzie położonym na obszarze gminy Dębica (Dz. U. poz. 783).

⁶⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 maja 2013 r. w sprawie nadania statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej Osiedlu Zdrojowemu położonemu na obszarze miasta na prawach powiatu Skierniewice oraz sołectwom: Maków, Krężce i Dąbrowice położonym na obszarze gminy Maków (Dz. U. poz. 604).

⁷⁰ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 stycznia 2015 r. w sprawie nadania statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej miastu Frombork i sołectwom Bogdany i Ronin położonym na obszarze gminy Frombork (Dz. U. poz. 152).

⁷¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 17 maja 2016 r. w sprawie nadania statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej sołectwom: Czarny Dunajec i Piekelnik położonym na obszarze gminy Czarny Dunajec (Dz. U. poz. 755).

⁷² Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 17 maja 2016 r. w sprawie nadania statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej Osiedlu Uzdrowiskowemu Miasta Lidzbark Warmiński i sołectwom: Medyny i Łabno położonym na obszarze gminy Lidzbark Warmiński (Dz. U. poz. 757).

⁷³ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 17 maja 2016 r. w sprawie nadania statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej miastu Miłomłyn oraz sołectwom Bagieńsko i Tarda położonym na obszarze gminy Miłomłyn (Dz. U. 756).

a w 2023 r. Osiedle Zdrojowe, położone na obszarze miasta na prawach powiatu Skierniewice oraz sołectw: Maków, Krężce i Dąbrowice położonych na obszarze gminy Maków, w powiecie skierniewickim, stanowiące obszar ochrony uzdrowiskowej o nazwie „Obszar Ochrony Uzdrawiskowej Skierniewice-Maków”, zostało pozbawione statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej⁷⁴.

Na mocy rozporządzenia Rady Ministrów do gmin, gdzie położone są miejscowości o statusie obszaru ochrony uzdrowiskowej po 2017 r. dołączyły: Kazimierza Wielka⁷⁵, Górowo Iławeckie⁷⁶, Czarniecka Góra⁷⁷ i Pińczów⁷⁸. Na koniec 2024 r. funkcjonowało 8 gmin, gdzie położone są miejscowości o statusie obszaru ochrony uzdrowiskowej: Czarniecka Góra, Czarny Dunajec, Frombork, Górowo Iławeckie, Kazimierza Wielka, Lidzbark Warmiński, Miłomłyn, Pińczów⁷⁹.

Miejscowości posiadające status obszaru ochrony uzdrowiskowej od wielu lat aspirują do uzyskania statusu uzdrowiska. Status taki będą mogły otrzymać, jeżeli spełnią warunek dotyczący posiadania zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego. Poza gminami, które posiadają status obszaru ochrony uzdrowiskowej, jest wiele gmin, które zabiegają z różną intensywnością o status uzdrowiska. W 2017 r. o taki status zabiegało 14 miejscowości, a w 2024 r. już 20 miejscowości. Są to miejscowości, które już kiedyś były uzdrowiskami, jak i takie które widzą w statusie uzdrowiska szansę dla swojego rozwoju.

Podstawy prawne udzielania świadczeń zdrowotnych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego

Legal basis for providing health services in health resort facilities

Najważniejszym źródłem prawa do ochrony zdrowia są przepisy Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. To w nich została wskazana fundamentalna dla funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia zasada, zgodnie z którą każdemu przysługuje prawo do ochrony zdrowia i równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Postanowienia konstytucyjne korespondują z przepisami odrębnymi dotyczącymi pacjenta i lecznictwa uzdrowiskowego⁸⁰.

Zasady udzielania i finansowania świadczeń zdrowotnych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego zostały zawarte w przepisach ustawy uzdrowiskowej. Zgodnie z nimi „świadczenia zdrowotne w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego są udzielane na podstawie wystawionego przez lekarza skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową, albo zaświadczenia

⁷⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 stycznia 2023 r. w sprawie pozbawienia statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej Osiedla Zdrojowego położonego na obszarze miasta na prawach powiatu Skierniewice oraz sołectw: Maków, Krężce i Dąbrowice położonych na obszarze gminy Maków (Dz. U. poz. 136).

⁷⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 maja 2019 r. w sprawie nadania statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej miastu Kazimierza Wielka oraz sołectwom: Cudzynowice, Donosy i Słonowice położonym na obszarze gminy Kazimierza Wielka (Dz. U. poz. 1132).

⁷⁶ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 21 października 2019 r. w sprawie nadania statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej sołectwom: Gałajny, Czyprki i Woryny położonym na obszarze gminy Górowo Iławeckie (Dz. U. poz. 2180).

⁷⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 23 października 2023 r. w sprawie nadania statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej sołectwom: Czarna, Czarniecka Góra, Janów i Błotnica, położonym na obszarze gminy Stąporków (Dz. U. poz. 2363).

⁷⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 5 sierpnia 2024 r. w sprawie nadania statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej części miasta Pińczów – Osiedlu Zdrojowemu, części sołectwa Włochy – Osiedlu Górki-Włochy i sołectwom: Pasturka, Bogucice Drugie oraz Grochowiska, położonym na obszarze gminy Pińczów (Dz. U. poz. 1213).

⁷⁹ Rejestr uzdrowisk i obszarów ochrony uzdrowiskowej wraz z kierunkami leczniczymi, <https://www.gov.pl>, dostęp: 01.06.2025.

⁸⁰ P. Jachimowicz-Jankowska, Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, *Studia Prawa Publicznego* 2020, nr 1, s. 97.

o braku przeciwwskazań do korzystania z danego rodzaju świadczeń zdrowotnych w danym uzdrowisku". Ustawa stanowi, że „w sprawach nieuregulowanych w ustawie do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2024 poz. 799), ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2024 poz. 581), ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. 2024 poz. 69) oraz ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692).

Ustawa uzdrowiskowa określa zasady korzystania z lecznictwa uzdrowiskowego i finansowania lecznictwa uzdrowiskowego oraz stanowi, że „świadczeniobiorcy (...) korzystają z lecznictwa uzdrowiskowego na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”⁸¹. Natomiast osoby, które nie są świadczeniobiorcami lub osoby, które nie uzyskały skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową, mogą korzystać z leczenia uzdrowiskowego za odpłatnością. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawarta jest definicja świadczenia gwarantowanego, przez które należy rozumieć świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych. Ustawa stanowi normę natury ogólnej wskazującą zakresy świadczeń zawartych w tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych⁸². Wśród wielu świadczeń gwarantowanych ustawa wymienia m.in. świadczenia z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego⁸³ reguluje świadczenia: uzdrowiskowe leczenie szpitalne dzieci w wieku od 3 do 18 lat; uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 7 do 18 lat; uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 3 do 6 lat pod opieką dorosłych; uzdrowiskowe leczenie szpitalne dorosłych; uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dorosłych; uzdrowiskową rehabilitację dla dorosłych w szpitalu uzdrowiskowym; uzdrowiskową rehabilitację dla dorosłych w sanatorium uzdrowiskowym; uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dorosłych i dzieci.

Poza kwestiami dotyczącymi świadczeń z zakresu leczenia uzdrowiskowego omawiane rozporządzenie szczegółowo reguluje także kwestie dotyczące: czasu leczenia uzdrowiskowego, warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, zapewnienia badań i leków w okresie pobytu w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, poziomu warunków zakwaterowania oraz częściowej odpłatności za żywienie i zakwaterowanie. Określa również miejsce i warunki udzielania świadczeń z zakresu leczenia uzdrowiskowego.

Zasady kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową, sposób wystawiania i tryb potwierdzania skierowania w postaci papierowej oraz sposób wystawiania i tryb potwierdzania skierowania w postaci elektronicznej określone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2011 r. w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową⁸⁴. Leczenie uzdrowiskowe przysługuje świadczeniobiorcy na podstawie skierowania na leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitację uzdrowiskową, wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie wymaga potwierdzenia przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)

⁸¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2024 poz. 146 t.j.).

⁸² A. Pietraszewska-Macheta (red.), Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz, wyd. IV, Wyd. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2023.

⁸³ Ustawa z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. 2024 poz. 529 t.j.).

⁸⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2011 r. w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową (Dz. U. 2024 poz. 208 t.j.).

właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubezpieczonej. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wystawia skierowanie na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową, biorąc pod uwagę wskazania i przeciwwskazania do leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej określone w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego⁸⁵. W przypadku osób dorosłych lekarz bierze pod uwagę także okres, jaki upłynął od dnia zakończenia przez świadczeniobiorcę ostatniego leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej (nie wcześniej niż przed upływem 12 miesięcy od tej daty) oraz zalecaną częstotliwość korzystania z leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej (nie częściej niż raz na 18 miesięcy).

Do najważniejszych wyzwań dla lecznictwa uzdrowiskowego należą m.in. kompleksowa opieka medyczna (w tym zapewnienie ciągłości i kompleksowości leczenia, optymalizacja sposobu wykorzystania potencjału opieki rehabilitacyjnej, optymalizacja sposobu finansowania całego systemu opieki rehabilitacyjnej). Trendy demograficzne, tzn. wzrost przeciętnego trwania życia, a także choroby cywilizacyjne, zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym oraz zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży. Ponadto ważnym zadaniem jest ograniczanie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy i zamieszkania⁸⁶.

1.2. Miejscowości uzdrowiskowe i ich status administracyjno-prawny

1.2. Health resort towns and their administrative-legal status

Ustawowe warunki niezbędne do uzyskania statusu uzdrowiska

Statutory conditions required to obtain health resort status

Miejscowości uzdrowiskowe posiadają specjalny status prawny, regulujący ich funkcjonowanie i rozwój. Status ten nadawany jest przez Radę Ministrów na wniosek Ministra Zdrowia, który stwierdza spełnienie przez daną miejscowość warunków uznania jej za uzdrowisko lub obszar ochrony uzdrowiskowej. Gminy uzdrowiskowe, na których terenie znajduje się uzdrowisko, podlegają szczególnym regulacjom prawnym, m.in. w zakresie ochrony naturalnych zasobów leczniczych uzdrowiska, ochrony środowiska i planowania przestrzennego, ale też wprowadzenia tzw. swoistego reżimu publiczno-prawnego na swoim obszarze, którzy służy ochronie i zachowaniu wartości uzdrowiskowych. Jak to słusznie zauważa A. Nowak-Far⁸⁷ miejscowości „te korzystają ze szczególnej, gwarantowanej prawnie, publicznej ręką jakości ich walorów uzdrowiskowych; jednocześnie dotyczy ich szczególny reżim ochrony tych walorów, ograniczający możliwość wyboru kierunków ich rozwoju jedynie do tych, które pozwalają zachować szczególny status uzdrowiskowy”.

Status uzdrowiska jest nadawany w oparciu o ustalone w ustawie uzdrowiskowej kryteria prawne i ma istotne znaczenie dla rozwoju danej miejscowości, jej mieszkańców oraz dla turystyki oraz ochrony środowiska. W ustawie uzdrowiskowej zawarta została definicja legalna uzdrowiska.

⁸⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. 2012 poz. 14).

⁸⁶ A. Pietraszewska-Macheta (red.), *Ustawa o świadczeniach...*, op. cit., s. 115.

⁸⁷ A. Nowak-Far, *Miejscowości uzdrowiskowe w Austrii, Czechach, Niemczech i na Słowacji: status prawny i regulacyjne determinanty funkcjonowania Spa. Studia z Polityki Publicznej 2018, nr 2, s. 38.*

Określa ona, że uzdrowisko to „obszar, na terenie którego prowadzone jest lecznictwo uzdrowiskowe, wydzielony w celu wykorzystania i ochrony znajdujących się na jego obszarze naturalnych surowców leczniczych, któremu został nadany status uzdrowiska”. Oznacza to obszar wydzielony w konkretnym celu (wykorzystania i ochrony surowców leczniczych), a lecznictwo na jego obszarze już jest prowadzone. A zatem obszar z jednej strony może być uznany za uzdrowisko, jeżeli na jego terenie jest już prowadzone lecznictwo uzdrowiskowe i obszar spełnia warunki ustawowe, jak i wtedy, kiedy zostanie wydzielony w określonych granicach i spełni warunki ustawowe po to, aby na jego terenie mogło być prowadzone leczenie uzdrowiskowe⁸⁸.

Ustawodawca, formułując taką definicję uzdrowiska, odnosi ją zarówno do uzdrowisk już istniejących, jak i do tych obszarów, które mogą być w przyszłości uzdrowiskami i w postępowaniu weryfikacyjnym spełnią warunki określone w przepisach ustawy uzdrowiskowej. Ustawa określa, że status uzdrowiska może być nadany obszarowi, który spełnia łącznie następujące warunki:

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

Tylko posiadanie statusu uzdrowiska pozwala na uzyskanie prawa do zawierania umów z NFZ przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego na świadczenie usług z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego. W 2024 r. wielkość nakładów na lecznictwo uzdrowiskowe wyniosła 1 748 403 000 zł, co stanowiło 0,94% nakładów w budżecie rocznym NFZ⁸⁹. Liczba chętnych na leczenie uzdrowiskowe stale rośnie i przewyższa możliwości zaspokojenia ich potrzeb przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego.

Kluczową sprawą dla powstania uzdrowiska na określonym obszarze jest kwestia posiadania złoża lub złóż naturalnych surowców leczniczych o potwierdzonych właściwościach leczniczych. Naturalne surowce lecznicze zgodnie ustawą uzdrowiskową to gazy lecznicze oraz kopaliny lecznicze, w tym wody lecznicze i peloidy, których właściwości lecznicze zostały potwierdzone. Posiadanie tego typu surowców jest jednym z warunków koniecznych do spełnienia, aby rozpocząć proces ubiegania się o status uzdrowiska. Jednak samo posiadanie naturalnych surowców leczniczych nie wystarczy, bowiem te surowce muszą wykazywać właściwości lecznicze. Potwierdzenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych oraz wykluczenia negatywnych oddziaływań na organizm ludzki, dokonują jednostki uprawnione do tego przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Jednostka uprawniona wydaje gminie świadectwo dokumentujące potwierdzenie właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu. Ustawa uzdrowiskowa upoważniła Ministra Zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw środowiska oraz ministrem właściwym do spraw klimatu, do określenia: zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, a także kryteriów oceny właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu

⁸⁸ J. Golba, Uzyskanie i utrata statusu uzdrowiska w Polsce – aspekty prawne, Wyd. Lex, 2014.

⁸⁹ Plan finansowy NFZ na 2025 r., <https://www.nfz.gov.pl>, dostęp: 27.06.2025.

oraz opracowania wzoru świadectwa potwierdzającego właściwości lecznicze naturalnych surowców leczniczych i klimatu⁹⁰. W tym zakresie zostały wydane trzy obwieszczenia o wykazie jednostek, które są uprawnione do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu⁹¹. Uprawnionymi do wydawania świadectw potwierdzających właściwości lecznicze naturalnych surowców leczniczych oraz właściwości leczniczych klimatu m.in. są:

1. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie;
2. Eurofins OBiKŚ Polska Spółka z o.o. w Katowicach;
3. Główny Instytut Górnictwa – Państwowy Instytut Badawczy w Katowicach;
4. Politechnika Wrocławska;
5. Instytut Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania Polskiej Akademii Nauk w Warszawie;
6. Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej w Warszawie.

Zarówno wymagania ogólne, jak też wymagania mikrobiologiczne i organoleptyczne oraz fizykochemiczne czy też najwyższe dopuszczalne stężenia składników niepożądanych w nadmiernych stężeniach oraz toksycznych są precyzyjnie zdefiniowane i opisane.

Potwierdzenie właściwości leczniczych klimatu odbywa się na takich samych zasadach jak potwierdzenie właściwości leczniczych wód i peloidów. Obecnie nie ma uzdrowisk klimatycznych, gdzie podstawą leczenia byłby tylko klimat. Określenie warunków klimatycznych odbywa się poprzez ocenę elementów klimatu, do którego należą m.in. temperatura powietrza, usłonecznienie, zachmurzenie, wilgotność względna powietrza, ciśnienie atmosferyczne i ciśnienie pary wodnej, wiatry (siła i kierunek), opady i zjawiska atmosferyczne (mgła, burze, wiatr fenowy i halny, pokrywa śnieżna, gołoledź), zanieczyszczenie powietrza poprzez ocenę jakości powietrza, poziom hałasu, poziom pól elektromagnetycznych.

Oznacza to, że ustalono wiele kryteriów na podstawie których dokonuje się oceny parametrów i cech klimatu. Zwraca na te kwestie uwagę K. Błażejczyk⁹², który zauważa nieostrość wielu kryteriów w ustalaniu właściwości leczniczych klimatu⁹³.

Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego zostały wymienione w ustawie uzdrowiskowej i należą do nich: szpitale uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, szpitale uzdrowiskowe dla dzieci i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci, przychodnie uzdrowiskowe, zakłady przyrodolecznictwa, szpitale i sanatoria w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych. Z kolei do urzędzeń lecznictwa uzdrowiskowego należą: pijalnie uzdrowiskowe, tężnie, parki, ścieżki ruchowe, urządzone odcinki wybrzeża morskiego, lecznicze i rehabilitacyjne baseny uzdrowiskowe, urządzone podziemne wyrobiska górnicze.

⁹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2006 r. w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości (Dz. U. 2018 poz. 605 t.j.).

⁹¹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 14 listopada 2024 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu (Dz. Urz. MZ. 2024 poz. 110); Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 14 stycznia 2008 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu (Dz. Urz. MZ. 2008 nr 1 poz. 4) oraz Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 14 listopada 2024 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu (Dz. Urz. MZ. 2024 poz. 110).

⁹² K. Błażejczyk, M. Kuchcik, Potencjał leczniczy klimatu Polski, Wyd. Sedno, Warszawa 2013, s. 222.

⁹³ Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 24 sierpnia 2012 r. w sprawie poziomów niektórych substancji w powietrzu (Dz. U. 2021 poz. 845 t.j.) oraz rozporządzenie Ministra Klimatu i Środowiska z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie dokonywania oceny poziomów substancji w powietrzu (Dz. U. 2024 poz. 870 t.j.).

Uzyskanie statusu uzdrowiska wiąże się ze spełnieniem wymagań w stosunku do środowiska, które są określone w przepisach o ochronie środowiska. Normy odnoszące się do hałasu zostały określone w rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 14 czerwca 2007 r. w sprawie dopuszczalnych poziomów hałasu w środowisku⁹⁴. Z tego rozporządzenia wynika, że w strefie uzdrowiska poziom hałasu powodowany przez drogi lub linie kolejowe nie może przekraczać 50 dB, a poziom hałasu powodowany przez inne obiekty będące źródłem hałasu nie może przekraczać 45 dB.

Dodatkowo na obszarze, na którym ma być nadany status uzdrowiska musi znajdować się infrastruktura techniczna w zakresie gospodarki wodno-ściekowej, energetycznej, transportu zbiorowego, a także prowadzenia gospodarki odpadami. Prawne ramy dotyczące zbierania, oczyszczania i odprowadzania ścieków komunalnych wyznacza dyrektywa Rady 91/271/EWG z dnia 21 maja 1991 r. dotycząca oczyszczania ścieków komunalnych⁹⁵, tzw. dyrektywa ściekowa. Gospodarkę ściekami reguluje szereg aktów prawnych, z których najważniejsze to Ustawa z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków⁹⁶, ustawa z dnia 20 lipca 2017 r. Prawo wodne⁹⁷, ustawa z dnia 13 września 1996 r. o utrzymaniu czystości i porządku w gminach⁹⁸ i szereg aktów wykonawczych do tych ustaw.

Ustawa uzdrowiskowa wskazuje, że wszystkie warunki muszą być spełnione łącznie. Dla gmin, które nie posiadają zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i urzędzeń lecznictwa uzdrowiskowego, ustawodawca przewidział uzyskanie tzw. statusu przejściowego, który został nazwany statusem obszaru ochrony uzdrowiskowej⁹⁹.

Status administracyjno-prawny uzdrowiska, gmin uzdrowiskowych oraz gmin posiadających status obszaru ochrony uzdrowiskowej

Administrative-legal status of a health resort, health resort municipalities, and municipalities with health resort protection area status

Podstawę do określenia odrębności ustrojowej gmin, które mają na swoim terenie uzdrowisko stanowią zapisy ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, w której stwierdza, że „odrębności ustroju gmin, które wykonują zadania o szczególnym charakterze, określają właściwe ustawy. Dotyczy to w szczególności gmin uzdrowiskowych”. Komentując ten przepis, Cz. Martysz zwrócił uwagę, że „w obowiązującym stanie prawnym mamy dwa rodzaje gmin wykonujących zadania o szczególnym charakterze. Do pierwszej grupy zaliczyć można miasto stołeczne Warszawę (...). Grupę drugą stanowią gminy uzdrowiskowe”. Podobnie uważa B. Jaworska-Dębska, która zwraca ponadto uwagę, że to „charakter zadań gmin ma przesądzający wpływ na ustrój gmin, który musi uwzględnić specyfikę tych zadań i który powinien być wyznaczany potrzebami ich realizacji”¹⁰⁰.

⁹⁴ Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 14 czerwca 2007 r. w sprawie dopuszczalnych poziomów hałasu w środowisku (Dz. U. 2014 poz. 112 t.j.).

⁹⁵ Dyrektywa Rady 91/271/EWG z dnia 21 maja 1991 r. dotycząca oczyszczania ścieków komunalnych (Dz. U. UE L nr 135 poz. 40).

⁹⁶ Ustawa z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (Dz. U. 2024 poz. 757 t.j.).

⁹⁷ Ustawa z dnia 20 lipca 2017 r. Prawo wodne (Dz. U. 2025 poz. 960 t.j.).

⁹⁸ Ustawa z dnia 13 września 1996 r. o utrzymaniu czystości i porządku w gminach (Dz. U. 2025 poz. 733 t.j.).

⁹⁹ K. Sikora, Szczególny status gmin uzdrowiskowych w Polsce, *Studia Iuridica Lublinsensia* 2014, nr 23, s. 107–124.

¹⁰⁰ P. Chmielnicki (red.), B. Jaworska-Dębska, Ustawa o samorządzie gminnym. Komentarz, Wyd. LexisNexis, Warszawa 2013.

W stosunku do wszystkich gmin obowiązują uniwersalne zasady funkcjonowania, a na gminy nałożone są jednakowe zadania i obowiązki. M. Augustyniak uważa, że ustrój gminy jest kształtowany przez określone generalne zasady o charakterze normatywnym¹⁰¹. Do najważniejszych zasad, które mają wpływ na ustrój gminy, należy zaliczyć zasadę praworządności (legalności), decentralizacji, subsydiarności, jawności oraz samodzielności¹⁰². Aktami prawnymi o randze ustrojowej, decydującymi o funkcjonowaniu struktur samorządowych na poziomie gminnym, są: ustawa z 15 września 2000 r. o referendum lokalnym¹⁰³, Kodeks wyborczy z 5 stycznia 2011 r.¹⁰⁴ oraz ustawa z 15 września 2000 r. o zasadach przystępowania jednostek samorządu terytorialnego do międzynarodowych zrzeszeń społeczności lokalnych i regionalnych¹⁰⁵.

Na możliwości funkcjonowania oraz współdziałania samorządu gminnego, wpływ ma również wiele innych regulacji, wśród których w szczególności wymienić należy ustawę z 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej¹⁰⁶, ustawę z 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych¹⁰⁷, jak również ustawę z 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych¹⁰⁸.

Jak podkreśla T. Moll¹⁰⁹, „ustrój terytorialny Rzeczypospolitej Polskiej zapewnia decentralizację władzy publicznej, a samorząd terytorialny uczestniczy w sprawowaniu władzy publicznej. Przysługującą mu w ramach ustaw istotną część zadań publicznych samorząd wykonuje w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność. Warto w tym miejscu wspomnieć, iż Konstytucja ustanawia domniemanie kompetencji na rzecz samorządu terytorialnego”.

W doktrynie¹¹⁰ nie ma raczej wątpliwości, że poza miastem stołecznym Warszawą i gminami uzdrowiskowymi, wszystkie gminy funkcjonują na podstawie jednolitych zasad ustrojowych. Na miasto stołeczne Warszawę i gminy uzdrowiskowe, poza zadaniami określonymi w ustawie o samorządzie gminnym, nałożone zostały także inne szczególne zadania. Zadania te zostały wymienione w ustawie uzdrowiskowej i określone jako zadania własne.

Gmina uzdrowiskowa to „gmina, której obszarowi lub jego części został nadany status uzdrowiska w trybie określonym w ustawie”. Przepisy ustawy uzdrowiskowej szczegółowo regulują kwestie procedury prowadzącej do uzyskania statusu uzdrowiska i nakładają na gminę szereg obowiązków z tym związanych. Zaliczyć do nich należy choćby obowiązki dotyczące uzyskania potwierdzenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu w formie świadectwa wydawanego przez uprawnioną do tego jednostkę czy sporządzenie operatu uzdrowiskowego. Do działań związanych z uzyskaniem statusu uzdrowiska dla określonego obszaru upoważniona jest tylko i wyłącznie gmina.

¹⁰¹ M. Augustyniak, *Organizacja i funkcjonowanie rady gminy*, Wyd. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2012, s. 27.

¹⁰² por.: J. Zimmermann, *Obowiązek informowania ciąży na organach administracji*. Głos do wyroku SN z dnia 23 lipca 1992 r., Państwo i Prawo 1993, nr 8, s. 116.

¹⁰³ Ustawa z 15 września 2000 r. o referendum lokalnym (Dz. U. 2025 poz. 472 t.j.).

¹⁰⁴ Ustawa z 5 stycznia 2011 r. Kodeks wyborczy (Dz. U. 2025 poz. 365 t.j.).

¹⁰⁵ Ustawa z 15 września 2000 r. o zasadach przystępowania jednostek samorządu terytorialnego do międzynarodowych zrzeszeń społeczności lokalnych i regionalnych (Dz. U. 2000 poz. 91 i 1009).

¹⁰⁶ Ustawa z 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej (Dz. U. 2021 poz. 679 t.j.).

¹⁰⁷ Ustawa z 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. 2024 poz. 1530 t.j.).

¹⁰⁸ Ustawa z 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. 2025 poz. 707 t.j.).

¹⁰⁹ B. Dolnicki (red.), T. Moll, *Ustawa o samorządzie gminnym*. Komentarz, Wyd. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2021.

¹¹⁰ por. Z. Bukowski, T. Jędrzejewski, P. Rączka, *Ustrój samorządu terytorialnego*, Wyd. TNOiK, Warszawa 2013; D. Dudek (red.), *Zasady ustroju III Rzeczypospolitej Polskiej*, Wyd. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009; J. Kuciński, W.J. Wołpiuk, *Zasady ustroju politycznego państwa w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r.*, Wyd. Wolters Kluwer Polska Warszawa 2012; J. Behr, *Ewolucja gminy w Rzeczypospolitej Polskiej – zarys problematyki*, *Folia Iuridica Wratislaviensis* 2015, nr 1, s. 285–302.

Jednakże z przepisów ustawy nie wynika wprost, który organ gminy jest uprawniony do podjęcia decyzji o rozpoczęciu prac dotyczących utworzenia uzdrowiska. Gmina, która zamierza wystąpić o nadanie statusu uzdrowiska, sporządza operat uzdrowiskowy. Operat uzdrowiskowy jest zbiorem różnego rodzaju dokumentów służących udowodnieniu, że obszar, na którym ma funkcjonować uzdrowisko, spełnia wymogi określone ustawą uzdrowiskową, a na tym obszarze istnieje możliwość prowadzenia leczenia uzdrowiskowego. Dla gminy wiąże się z wieloma konsekwencjami natury prawnej i finansowej, a uzyskanie tego statusu prowadzi do wprowadzenia na obszarze całej gminy lub jej części określonego reżimu publiczno-prawnego¹¹¹, który z kolei wprowadza wiele ograniczeń dla obywateli i podmiotów gospodarczych funkcjonujących na tym obszarze. Świadectwo potwierdzające właściwości lecznicze klimatu i naturalnych surowców leczniczych¹¹² jest podstawą do podejmowania dalszych działań, zmierzających do uzyskania statusu uzdrowiska.

Ustawa uzdrowiskowa nie nakłada na gminy obligatoryjnego obowiązku objęcia statusem uzdrowiska całego obszaru gminy, pozostawiając w tym zakresie pewną dowolność. Obszar uzdrowiska może pokrywać się z granicami administracyjnymi gminy, ale może też zostać ograniczony do granic miasta, dzielnicy, osiedla lub innej jednostki pomocniczej. Jak zauważa M. Augustyniak, „ustawa nie przesądza, czy do utworzenia jednostek «innych» konieczne jest uprzednie utworzenie jednostek o nazwach wymienionych w ustawie, pozostawiając w tym zakresie swobodę radzie gminy”¹¹³. W przypadku tworzenia nowej jednostki pomocniczej dla obszaru uzdrowiska niewątpliwie istnieje ustawowy obowiązek przeprowadzenia konsultacji z mieszkańcami potrzeby jej utworzenia, a także organizacji i zakresu działania. W praktyce w uzdrowiskach dla obszaru uzdrowiska zostały utworzone zaledwie dwie nowe jednostki pomocnicze (Swoszowice, Latoszyn-Zdrój), a w przypadku Jeleniej Góry istniejącą dzielnicę nazwano dzielnicą uzdrowiskową i przyjęto dla niej nowy statut¹¹⁴, w którym określono strukturę organizacyjną jednostki, jej organy oraz określono nowe zadania związane ze statusem uzdrowiska. W Krakowie dla obszaru uzdrowiska utworzono osiedle Swoszowice jako jednostkę pomocniczą niższego rzędu w ramach Dzielnicy X Miasta Krakowa¹¹⁵, a w Dębicy z istniejącego sołectwa Podgrodzie wydzielono przysiółek „Górna Maga” nadając mu status jednostki pomocniczej i wyłączając z obszaru uzdrowiska.

Większość gmin, na obszarze których występuje uzdrowisko, posiada status gminy nazywanej potocznie gminą miejsko-wiejską ze względu na to, że na jej obszarze znajduje się zarówno miejscowość o statusie miasta, jak i miejscowość lub miejscowości o statusie wsi. Uzdrowisko jest zazwyczaj zlokalizowane na całym obszarze lub części obszaru takiej gminy, np. w granicach jednostki pomocniczej, jaką może być np. miasto czy sołectwo. Najczęściej jednak bywa położone na obszarze lub części obszaru miasta (np. Szczawnica, Ciechocinek, Polanica), ale też zdarza się, że uzdrowisko

¹¹¹ zob. szerzej na temat reżimu publiczno-prawnego: T. Kurowska, *Koncepcja obszaru specjalnego a ochrona środowiska naturalnego* [w:] *Zagadnienia prawne ochrony środowiska*, K. Podgórski, Uniwersytet Śląski, Katowice 1981, s. 129 i nast.; J. Sommer, *Obszary specjalne w ochronie środowiska* [w:] *Instytucje prawa ochrony środowiska. Geneza, rozwój, perspektywy*, W. Radecki (red.), Warszawa 2010, s. 166.

¹¹² Potwierdzenie właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu odbywa się na podstawie udokumentowanych badań potwierdzających te właściwości oraz wykluczających negatywne oddziaływanie na organizm ludzki.

¹¹³ por. M. Augustyniak, *Tworzenie organizacja wewnętrzna i funkcjonowanie jednostek pomocniczych*, Wyd. MUNICIPIUM, Warszawa 2011, s. 63 i n.

¹¹⁴ Uchwała nr 489/LX/2009 Rady Miejskiej Jeleniej Góry z 10 listopada 2009 r. w sprawie nadania statutu uzdrowiska „Cieplice” (Dz. Urz. Woj.Doln. nr 224, poz. 4325 ze zm.).

¹¹⁵ Uchwała nr CXVII/1231/06 Rady Miasta Krakowa z 27 września 2006 r. w sprawie utworzenia Osiedla Uzdrowisko Swoszowice jako jednostki pomocniczej niższego rzędu w ramach Dzielnicy X Miasta Krakowa, <https://www.bip.krakow.pl>, dostęp: 27.06.2025.

położone jest na terenie części jednego z sołectw znajdujących się na terenie gminy miejsko-wiejskiej (np. uzdrowisko Żegiestów-Zdrój i uzdrowisko Złockie położone na terenie gminy Muszyna) lub też miasta i kilku sołectw. Istnieje także przypadek, gdzie na terenie miasta (Świeradów-Zdrój) położone są 2 uzdrowiska. Ustawa uzdrowskowa nie określa tu żadnych dodatkowych wymogów lub zasad ustalania granic uzdrowiska.

Zgodnie z regulacją ustawy uzdrowskowej każda gmina, która ma na swoim terenie uzdrowisko, uzyskuje status gminy uzdrowskowej. Przepis ten powoduje, że gminami uzdrowskowymi są także tak duże miejscowości jak: Kraków, który w granicach miasta ma uzdrowisko Swoszowice; Inowrocław, który w granicach miasta ma uzdrowisko Inowrocław-Zdrój; Jelenia Góra, która ma w granicach miasta uzdrowisko Cieplice-Zdrój. Wielofunkcyjność i dywersyfikacja w działalności gospodarczej stała się atutem gmin, gdzie te zjawiska występują. W praktyce występują dwa przypadki, gdzie na obszarze jednej z gmin położone jest więcej niż jedno uzdrowisko, tzn. w gminie Muszyna uzdrowskami są: Muszyna, Złockie i Żegiestów-Zdrój, a na terenie miasta Świeradów-Zdrój funkcjonują 2 uzdrowiska, tj. Świeradów-Zdrój i Czerniawa-Zdrój.

O odrębnej pozycji ustrojowej gminy uzdrowskowej w stosunku do innych gmin stanowi przede wszystkim szczególny charakter zadań publicznych, które taka gmina realizuje, i zaznaczające się pewne odrębności w sferze finansowania zadań publicznych. Dotyczy to szczególnie finansowania zadań przypisanych gminie ustawą uzdrowskową i przyznania jej z tego tytułu prawa do zwiększonej partycypacji w dochodach budżetu państwa poprzez dotację uzdrowskową, a także przyznanie gminie uzdrowskowej prawa do pobierania opłaty uzdrowskowej na realizację zadań własnych związanych z zachowaniem funkcji leczniczych. Podkreślić jednak należy, że podobne prawo przysługuje gminom posiadającym walory turystyczne w odniesieniu do opłaty miejscowej, która jednak nie pełni takiej roli jak opłata uzdrowskowa, bo nie jest przeznaczona na finansowanie dodatkowych zadań.

Szczególne zadania gmin uzdrowskowych i gmin posiadających status obszaru ochrony uzdrowskowej

Special tasks of health resort municipalities and municipalities with health resort protection area status

Z chwilą uzyskania przez gminę statusu uzdrowska lub statusu obszaru ochrony uzdrowskowej dla całego lub części obszaru gminy nałożone zostają na nią nowe zadania. Przepisy jednoznacznie stwierdzają, że są to zadania własne związane z zachowaniem funkcji leczniczych uzdrowska. Zadania te gmina realizuje dodatkowo, poza zakresem zadań określonych w ustawie o samorządzie gminnym. Zgodnie z ustawą uzdrowskową do zadań gmin uzdrowskowych oraz gmin posiadających status obszaru ochrony uzdrowskowej należą: sprawy prowadzenia gospodarki terenami, z uwzględnieniem potrzeb lecznictwa uzdrowskowego; ochrony złóż naturalnych surowców leczniczych; spraw ochrony warunków naturalnych uzdrowska lub obszaru ochrony uzdrowskowej; spełniania wymagań w zakresie dopuszczalnych norm zanieczyszczeń powietrza, natężenia hałasu, odprowadzania ścieków do wód lub do ziemi, gospodarki odpadami, emisji pól elektromagnetycznych; tworzenia warunków do funkcjonowania zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowskowego oraz rozwoju infrastruktury komunalnej w celu zaspokajania potrzeb osób przebywających w gminie w celu leczenia uzdrowskowego; tworzenia i ulepszania infrastruktury komunalnej i technicznej przeznaczonej dla uzdrowsk lub obszarów ochrony uzdrowskowej.

Poza tymi zadaniami na gminy uzdrowiskowe i posiadające status obszaru ochrony uzdrowiskowej nałożono szereg innych zadań nie wymienionych wprost w ustawie uzdrowiskowej. Zadania te zostały skonkretyzowane w przepisach szczegółowych zawartych w ustawach szczególnych¹¹⁶ i aktach wykonawczych¹¹⁷ do tych ustaw. Dla przykładu ustawa – Prawo geologiczne i górnicze nakłada na gminy obowiązek uwzględnienia w studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy oraz w miejscowym planie zagospodarowania przestrzennego obszarów i terenów górniczych. W przypadku gmin uzdrowiskowych obowiązek ten dotyczy szczególnie obszarów, na których występują wody lecznicze.

Uzdrowiska, które udzielają świadczeń leczniczych dla dzieci objętych obowiązkiem szkolnym, mają obowiązek zapewnienia nauki i warunków do prowadzenia nauczania na zasadach określonych ustawie z 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe¹¹⁸. Dotyczy to organizacji przedszkoli i szkół przez podmioty prowadzące działalność leczniczą typu szpital uzdrowiskowy czy sanatorium dla dzieci. Dodatkowo inny obowiązek gminy wynika z ustawy o lasach, a szczególnie o możliwości utworzenia lasów ochronnych w strefach ochronnych wokół sanatoriów i uzdrowisk. Rozporządzenie Ministra Ochrony Środowiska Zasobów Naturalnych i Leśnictwa z 25 sierpnia 1992 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu uznawania lasów za ochronne oraz szczegółowych zasad prowadzenia w nich gospodarki leśnej, wskazuje, że za lasy ochronne mogą być uznane lasy uzdrowiskowe w strefach określonych w statutach uzdrowisk lub wokół sanatoriów. Gospodarka w tych lasach podlega określonym regułom i zasadom, zmierzającym przede wszystkim do ochrony środowiska przyrodniczego wokół uzdrowisk. Ponadto Ustawa o podatkach i opłatach lokalnych ustanawia uprawnienia gminy do pobierania opłaty uzdrowiskowej i miejscowej w uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej.

Pewne odrębności określone są także w przepisach ustawy z 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym¹¹⁹. Zamierzenie inwestycyjne związane z budową zakładów lecznictwa uzdrowiskowego na terenie gminy uzdrowiskowej w formie szpitala uzdrowiskowego czy

¹¹⁶ Np. ustawa z 9 czerwca 2011 r. – Prawo geologiczne i górnicze (Dz. U. 2024 poz. 1290 t.j.); ustawa z 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. 2025 poz. 1043 t.j.); ustawa z 28 września 1991 r. o lasach (Dz. U. 2025 poz. 567 t.j.); ustawa z 27 kwietnia 2001 r. – Prawo ochrony środowiska (Dz. U. 2025 poz. 647 t.j.); ustawa z 3 lutego 1995 r. o ochronie gruntów rolnych i leśnych (Dz. U. 2024 poz. 82 t.j.); ustawa z 16 kwietnia 2004 r. o ochronie przyrody (Dz. U. 2024 poz. 1478 t.j.); ustawa z 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej (Dz. U. 2021 poz. 679 t.j.); ustawa z 23 lipca 2003 r. o ochronie zabytków i opiece nad zabytkami (Dz. U. 2024 poz. 1292 t.j.); ustawa z 10 lipca 2007 r. o nawozach i nawożeniu (Dz. U. nr 147 poz. 1033).

¹¹⁷ Np. rozporządzenie Ministra Środowiska, Zasobów Naturalnych i Leśnictwa z 25 sierpnia 1992 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu uznawania lasów za ochronne oraz szczegółowych zasad prowadzenia w nich gospodarki leśnej (Dz. U. nr 67 poz. 337); rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13 kwietnia 2006 r. w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości (Dz. U. 2018 poz. 605); rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 listopada 2006 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakie powinna spełniać jednostka uprawniona do wydawania świadectw potwierdzających właściwości lecznicze naturalnych surowców leczniczych oraz właściwości lecznicze klimatu (Dz. U. nr 236, poz. 1708); obwieszczenie Ministra Zdrowia z 17 lipca 2007 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu (Dz. Urz. MZ nr 12, poz. 65); obwieszczenie Ministra Zdrowia z 14 stycznia 2008 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu (Dz. Urz. MZ nr 1, poz. 4); obwieszczenie Ministra Zdrowia z 14 lipca 2009 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu (Dz. Urz. MZ nr 6, poz. 35); rozporządzenie Rady Ministrów z 10 września 2019 r. w sprawie przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko (Dz. U. poz. 1839).

¹¹⁸ Ustawa z 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. 2025 poz. 1043 t.j.).

¹¹⁹ Ustawa z 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym (Dz. U. 2024 poz. 1130 t.j.).

sanatorium nakłada na organ prowadzący postępowanie w sprawie ustalenia warunków zabudowy i konieczność zbadania istnienia bądź możliwości zapewnienia w przyszłości własnego ujęcia wody. Obowiązek taki wynika z rozporządzenia Ministra Infrastruktury z 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie¹²⁰. Rozporządzenie nakłada wymóg, aby na działkach budowlanych przeznaczonych dla szpitali i sanatoriów, niezależnie od zasilania z sieci, zapewnić dodatkowo m.in. własne ujęcie wody.

Regulacje dotyczące finansowania zadań gminy uzdrowiskowej (opłata uzdrowiskowa, dotacja uzdrowiskowa)

Regulations on financing the tasks of a health resort municipality (health resort fee, health resort subsidy)

Zjawisko pobierania opłat lokalnych, z tytułu przebywania w miejscowościach turystycznych czy uzdrowiskowych, jest w Europie i na świecie od wieków znane i niemal powszechne. W Europie miejscowości turystyczne bardzo często korzystają ze swoich uprawnień w odniesieniu do pobierania podatku lokalnego, który znajduje oparcie w walorach turystycznych czy uzdrowiskowych, a czasami nawet środowiskowych. Podatek ten funkcjonuje pod różnymi nazwami i pobierany jest z różnego tytułu. Dla przykładu Szwajcarzy, Niemcy, Austriacy w uzdrowiskach pobierają tzw. kurtaksę lub podatek turystyczny przyjmujący nazwy: *Ortstaxe, Gästetaxe, Aufenthaltsabgabe, Beherbergungstaxe, Nächtigungstaxe, Kurabgabe* lub *Kurbeitrag*¹²¹. Francuzi mają tzw. takse pobytową nazywaną *taxe de séjour*, Włosi pobierają podatek zwany *tassa di soggiorno* lub *imposta di soggiorno*¹²², Hiszpania pobiera podatek turystyczny pod nazwą *tasa turística* lub *impuesto turístico*, a inne państwa – Węgry, Słowacja, Czechy, Portugalia – pobierają albo opłatę miejscową, albo podatek turystyczny¹²³. Pojawiają się też i inne nazwy tego podatku, takie jak: podatek hotelowy, podatek pokojowy, podatek od słońca (Baleary), podatek od grilla (Belgia), podatek usługowy (Indie), podatek od hoteli i pensjonatów zwany popularnie „podatkiem od gipsu” (Austria), czy podatek restauracyjny. Podatki te nakładane są albo na osoby fizyczne, albo na osoby prawne prowadzące działalność turystyczną, a przychody uzyskane z tego tytułu przeznaczane są z reguły na realizację zadań publicznych związanych z obsługą turystów.

Wśród realizowanych zadań opłacanych z podatku turystycznego wymienia się: utrzymanie parków, ogrodów, zieleni publicznej, deptaków, promenad, plaż, tężni, terenów rekreacyjnych, fontann, nieodpłatnych urządzeń rekreacyjnych i sportowych, altan, stawów, zabytkowych budowli i wielu innych. Środki uzyskane z podatków turystycznych przeznacza się także na organizację nieodpłatnych koncertów, imprez sportowych i rekreacyjnych, utrzymanie orkiestr czy zespołów muzycznych dających nieodpłatne koncerty czy widowiska. Wysokość podatku turystycznego w Europie waha się w różnych państwach między 0,5–8 euro za dobę. Najczęściej wysokość podatku uzależniona jest od standardu obiektu hotelowego, a rzadziej ustalana jest na podstawie innych atrybutów. W wielu miejscach Europy dowód opłaty podatku czy opłaty turystycznej upoważnia do skorzystania z bezpłatnych usług, a nawet do zniżek przy zakupach.

¹²⁰ Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. 2022 poz. 1225 t.j.).

¹²¹ R. Hammerl, Systematik der österreichischen Tourismusabgaben und ihre finanzverfassungsrechtlichen Grundlagen, 2012, s. 25.

¹²² L. Conti, E. Gennari, F. Quintiliani, R. Rasseu, E. Sceresini, L'imposta di soggiorno nei Comuni italiani, *Questioni di Economia e Finanza* 2018, nr 453, s. 9.

¹²³ J. Golba, Charakter prawny i istota opłaty miejscowej, LEX, Warszawa 2016, s. 82.

Do danin noszących cechy podatku turystycznego na pewno można zaliczyć opłatę lokalną, a w pewnym sensie i uzdrowiskową, które pobierane są w miejscowościach turystycznych i uzdrowiskowych. Jeżeli chodzi o opłatę uzdrowiskową, to prawo do jej pobierania wprowadzone zostało zgodnie z zapisami ustawy uzdrowiskowej i może być ona pobierana wyłącznie w uzdrowiskach, na zasadach określonych ustawą o podatkach i opłatach lokalnych.

Opłata miejscowa i uzdrowiskowa od wielu już lat traktowane są w wypowiedziach potocznych, ale też czasem i w piśmiennictwie¹²⁴, jako tzw. opłaty klimatyczne, pobierane z tytułu posiadania szczególnych walorów klimatycznych przez miejscowości, w których się je pobiera. Do ugruntowania takiego pojmowania opłaty zapewne przyczyniło się też ustawodawstwo, które w niektórych okresach wiązało te dwie opłaty ze spełnieniem przez miejscowość turystyczną lub uzdrowiskową określonych warunków, głównie w odniesieniu do posiadania klimatu korzystnie oddziałującego na organizm człowieka lub środowiska naturalnego, sprzyjającego leczeniu i wypoczynkowi.

Ustawa o podatkach i opłatach lokalnych nie wskazuje celu przeznaczenia środków z opłaty miejscowej i wpływy z niej, stanowiąc ogólny dochód gminy, przeznaczone na każdy cel publiczny. Wpływy z opłaty uzdrowiskowej mogą być przeznaczone wyłącznie na cele związane z zachowaniem funkcji leczniczych uzdrowiska.

Ustawodawca jednoznacznie stwierdził, że „gmina uzdrowiskowa w celu realizacji zadań, o których mowa w art. 46, ma prawo do pobierania opłaty uzdrowiskowej”. Jak zauważa S. Czarnecki, „stosunek ustawodawcy do kwestii określenia celu wydatkowania środków uzyskanych w wyniku pobierania obu omawianych danin jest niewątpliwie tym, co istotnie odróżnia od siebie opłaty uzdrowiskową i miejscową”¹²⁵. Zadania są bardzo szerokie i dotyczą wielu zagadnień związanych z uzdrowiskami i lecznictwem uzdrowiskowym oraz ochroną środowiska. Dotyczą też tworzenia i ulepszania infrastruktury komunalnej i technicznej przeznaczonej dla uzdrowisk lub obszarów ochrony uzdrowiskowej.

Gminy uzdrowiskowe realizują wiele zadań publicznych nieznanymi innym gminom, związanych z utrzymaniem statusu uzdrowiska i tworzeniem warunków do funkcjonowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. Dotyczą one realizacji infrastruktury uzdrowiskowej, turystycznej, rekreacyjnej i komunalnej służącej uzdrowiskom, która musi spełniać nie tylko podwyższone standardy jakościowe, ale też zaostrome normy ekologiczne i środowiskowe. Gminy uzdrowiskowe muszą posiadać i utrzymać duże obszary terenów zieleni w strefach ochrony uzdrowiskowej, urządzić i utrzymać parki zdrojowe, ogrody kwiatowe, promenady, bulwary i deptaki spacerowe, ogólnie dostępne pijalnie i ujęcia wód leczniczych i mineralnych, ścieżki zdrowia, tężnie, urządzenia rekreacyjne i obiekty małej architektury (stawy, altany, fontanny itp.). Muszą też urządzić i utrzymać rozległe tereny przestrzeni publicznej i zadbać o jej estetykę. Ponadto gminy uzdrowiskowe muszą zapewnić odpowiedni zakres usług kulturalnych (koncerty, utrzymanie orkiestr zdrojowych, bibliotek, czytelni, organizacja wystaw itp.), rekreacyjnych, sportowych.

¹²⁴ Dotyczy to zarówno publikacji prasowych, jak też piśmiennictwa naukowego, gdzie niektórzy autorzy nieostrożnie posługują się pojęciami, nazywając opłatę uzdrowiskową i miejscową „opłatą klimatyczną” lub „taksą klimatyczną”. Wywodzą z tego określone oczekiwania w stosunku do miejscowości uzdrowiskowych dotyczące posiadania leczniczego klimatu czy czystego powietrza jako atrybutu miejscowości pozwalającego na pobieranie tych opłat.

¹²⁵ S. Czarnecki, Opłaty uzdrowiskowa i miejscowa – podobieństwa i różnice, Zeszyty Naukowe WSEI 2017, nr 1–2, s. 117–127.

Budżet gmin uzdrowiskowych składa się z katalogu takich samych dochodów, jakie występują w innych gminach, a ponadto gmina pobiera od sanatoriów i szpitali uzdrowiskowych, a także urzędzeń lecznictwa uzdrowiskowego dużo niższy podatek niż od prowadzonej działalności gospodarczej. Jak wynika z ustawy o podatkach i opłatach lokalnych podatek od budynków związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej oraz od budynków mieszkalnych lub ich części zajętych na prowadzenie działalności gospodarczej nie może być wyższy niż 34 zł¹²⁶ od 1 m² powierzchni użytkowej. Natomiast podatek od budynków związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, nie może być wyższy niż 6,95 zł¹²⁷ od 1 m² powierzchni użytkowej. W gminach uzdrowiskowych występuje duża koncentracja sanatoriów i szpitali uzdrowiskowych oraz innych obiektów prowadzących działalność leczniczą, dlatego gminy te mają dużo niższe wpływy z podatku od nieruchomości niż np. gminy turystyczne. Gmina uzdrowiskowa w celu realizacji zadań ma prawo do pobierania opłaty uzdrowiskowej na zasadach określonych w przepisach odrębnych¹²⁸. Rada gminy może, ale nie musi wprowadzić opłatę uzdrowiskową na obszarze uzdrowiska. Opłatę uzdrowiskową pobiera się od osób fizycznych przebywających dłużej niż dobę w celach zdrowotnych, turystycznych, wypoczynkowych lub szkoleniowych w miejscowościach znajdujących się na obszarach, którym nadano status uzdrowiska.

Opłatę pobiera się za każdą rozpoczętą dobę pobytu. Należy jednak pamiętać, że nie każdy przypadek przebywania na terenie uzdrowiska wiąże się z koniecznością uiszczenia opłaty uzdrowiskowej. Jeśli ktoś przybywa do takiej miejscowości w innym celu (np. świadczenia pracy, handlu, biznesowo, służbowo itp.), to nie może się to wiązać z obowiązkiem uiszczenia opłaty uzdrowiskowej¹²⁹.

Rada gminy wprowadzając opłatę uzdrowiskową i określając zwolnienia, może wprowadzić nowe zwolnienia przedmiotowe. Rada gminy nie jest jednak uprawniona do wprowadzania zwolnień podmiotowych. W tym zakresie w piśmiennictwie¹³⁰ panuje raczej zgodny pogląd, choć w praktyce zdarzają się przypadki zwolnień podmiotowych. Akty prawa miejscowego mogą w szczególności określać stawki podatków i innych opłat¹³¹.

Ustawa uzdrowiskowa stanowi, że „gmina uzdrowiskowa realizująca zadania otrzymuje dotację z budżetu państwa w wysokości równej wpływom z tytułu opłaty uzdrowiskowej pobranej w uzdrowisku w roku poprzedzającym rok bazowy w rozumieniu ustawy z dnia 13 listopada 2003 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego”¹³².

Jak uważa A. Niezgoda¹³³ „zgodnie z ogólną dyrektywą wynikającą z zasady podziału zasobów publicznych odpowiednio do zadań ustawodawca, nakładając na gminy uzdrowiskowe wskazane zadania, przypisał im także dodatkowe źródło dochodów własnych w postaci opłaty uzdrowiskowej”. Niewątpliwie dochody z opłaty uzdrowiskowej i dotacji uzdrowiskowej nie wystarczają na realizację

¹²⁶ Obwieszczenie Ministra Finansów z dnia 25 lipca 2024 r. w sprawie górnych granic stawek kwotowych podatków i opłat lokalnych na rok 2025 (M.P. 2024 poz. 716).

¹²⁷ Kwota podana zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Finansów (M.P. 2024 poz. 716).

¹²⁸ Ustawa z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. 2025 poz. 707 t.j.).

¹²⁹ J. Golba, *Charakter prawny i istota opłaty miejscowej*, LEX, Warszawa 2016.

¹³⁰ A. Hanusz (red.), P. Szcześnieński, *Źródła finansowania samorządu terytorialnego*, Wyd. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2015.

¹³¹ por. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 2 kwietnia 2007 r., syg. akt SK 19/06, Dz. U. nr 69, poz. 468 oraz Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 2 kwietnia 2007 r., syg. akt SK 19/06, Dz. U. nr 69, poz. 468.

¹³² J. Golba, *Historyczne i prawne...*, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2020, s. 164.

¹³³ zob. A. Niezgoda, *Modyfikacja zakresu działania gmin uzdrowiskowych oraz posiadających status obszaru ochrony uzdrowiskowej a podział zasobów*, LEX, Warszawa 2012, s. 210.

wszystkich zadań, stąd też gminy uzdrowiskowe zabiegają o dodatkowe dochody pozabudżetowe na realizację zadań szczególnie w zakresie budowy infrastruktury uzdrowiskowej i realizację zadań z zakresu ochrony środowiska.

1.3. Charakterystyka gmin uzdrowiskowych i gmin posiadających status obszaru ochrony uzdrowiskowej

1.3. Characteristics of health resort municipalities and municipalities with health resort protection area status

Polska jest krajem bogatym w naturalne zasoby lecznicze, które od wieków wykorzystywane są do celów leczniczych i relaksacyjnych. Te naturalne surowce lecznicze to przede wszystkim gazy lecznicze, wody lecznicze, peloidy i klimat sprzyjający leczeniu. Jak określono w ustawie uzdrowiskowej „obszary uznane za uzdrowiska na podstawie dotychczas obowiązujących przepisów stają się uzdrowiskami w rozumieniu niniejszej ustawy”. Oznacza to, że gminy, które miały już utworzone na swoim obszarze uzdrowiska, na zasadach określonych w ustawie z dnia 17 czerwca 1966 r. o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym¹³⁴ oraz przepisach wykonawczych do tej ustawy, stały się gminami uzdrowiskowymi z mocy prawa. Jak wynika z praktyki wszystkie gminy, które posiadały na swoim terenie uzdrowiska, w dniu wejścia w życie przepisów ustawy, dopełniły formalności wynikających z przepisów ustawy i stały się z mocy prawa gminami uzdrowiskowymi. Ustawa uzdrowiskowa przewidziała też specjalny status dla gminy, na obszarze której ustanowiony zostanie obszar ochrony uzdrowiskowej. Nie jest on jednak tożsamy ze statusem gminy uzdrowiskowej zarówno w zakresie nałożonych obowiązków jak i przyznanych przywilejów. Na obszarze posiadającym status obszaru ochrony uzdrowiskowej nie funkcjonują zakłady lecznictwa uzdrowiskowego i urzędnienia lecznictwa uzdrowiskowego, a zatem wyznaczony zakres zadań na takim obszarze w stosunku do gminy uzdrowiskowej jest zdecydowanie uboższy.

Obecnie 44 gminy posiadają status gminy uzdrowiskowej, a 8 gmin posiada na swoim terenie obszary o statusie obszaru ochrony uzdrowiskowej. Gminy uzdrowiskowe charakteryzują się odrębnym od innych gmin statusem ustrojowym i finansowym, wynikającym z ich specyfiki, jako miejscowości realizujących zadania publiczne o szczególnym charakterze. Odrębności te dotyczą kilku istotnych zagadnień: obszaru i nazwy, zadań i opłaty uzdrowiskowej, komisji uzdrowiskowej, statutu oraz nadzoru. Odrębności te wynikają ze szczególnego charakteru tych gmin, z determinowanego występowaniem zadań publicznych związanych z prowadzeniem lecznictwa uzdrowiskowego¹³⁵. O odrębności ustrojowej gmin uzdrowiskowych decyduje przede wszystkim występowanie ponadstandardowych zadań własnych związanych z utrzymaniem funkcji leczniczych uzdrowiska¹³⁶.

Gminy uzdrowiskowe to miejscowości, które z natury charakteryzują się szczególnymi walorami klimatycznymi i przyrodolecznictwymi, wykorzystywanymi w procesie leczenia i rehabilitacji. Odgrywają one niezwykle ważną rolę w ochronie i wykorzystaniu naturalnych surowców leczniczych, promowaniu zdrowego stylu życia, organizowaniu i prowadzeniu turystyki zdrowotnej oraz ochrony

¹³⁴ Ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym (Dz. U. 1966 nr 23, poz. 150, z późn. zm.).

¹³⁵ M. Woźniak, Odrębności ustrojowe gmin uzdrowiskowych, Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny 2019, nr 4, oraz Protokół NIK: Spełnianie wymogów określonych dla uzdrowisk, 2016, nr 179.

¹³⁶ M. Woźniak, *Odrębności ustrojowe gmin...*, op. cit., s. 182.

środowiska. To gminy uzdrowiskowe posiadają na swoim obszarze tereny specjalnej ochrony¹³⁷, które nie tylko chronią środowisko naturalne i zasoby lecznicze, ale też łączą piękno natury z bogatą historią i tradycją lecznictwa uzdrowiskowego.

W literaturze przedmiotu uważa się, że uzdrowiska położone są w najpiękniejszych krajobrazowo rejonach kraju, bogatych w naturalne surowce lecznicze i klimat sprzyjający leczeniu uzdrowiskowemu oraz wypoczynkowi i rekreacji¹³⁸. Gminy uzdrowiskowe posiadające na swoim obszarze uzdrowiska nie są rozmieszczone równomiernie na mapie Polski. Najwięcej gmin uzdrowiskowych, a tym samym i uzdrowisk położonych jest na terach nizinnych i podgórskich. Uzdrowiska nizinne to: Augustów, Busko-Zdrój, Ciechocinek, Goczałkowice-Zdrój, Gołdap, Horyniec-Zdrój, Inowrocław, Konstancin-Jeziorna, Krasnobród, Nałęczów, Połczyn-Zdrój, Przerzeczyn-Zdrój, Solec-Zdrój, Supraśl, Swoszowice (Kraków), Uniejów, Wieniec-Zdrój. Jest to grupa licząca 17 uzdrowisk. Nie mniejszą grupę (16) stanowią uzdrowiska podgórskie którymi są: Cieplice (Jelenia Góra), Czarniawa-Zdrój, Długopole-Zdrój, Duszniki-Zdrój, Iwonicz-Zdrój, Kudowa-Zdrój, Latoszyn, Muszyna-Zdrój, Piwniczna-Zdrój, Polanica-Zdrój, Polańczyk, Rymanów-Zdrój, Szczawno-Zdrój, Ustroń, Wapienne, Złockie. Uzdrowiska górskie stanowią grupę 8 uzdrowisk i są to: Jedlina-Zdrój, Krynica-Zdrój, Łądek-Zdrój, Rabka-Zdrój, Szczawnica, Świeradów-Zdrój, Wysowa-Zdrój, Żegiestów-Zdrój. Natomiast uzdrowiska nadmorskie liczą 6 miejscowości którymi są: Dąbki, Kamień Pomorski, Kołobrzeg, Sopot, Świnoujście, Ustka. Natomiast w Wieliczce znajduje się sanatorium w urzędzonym wyrobisku górnictwem.

Gminy uzdrowiskowe i gminy posiadające na swoim terenie obszar ochrony uzdrowiskowej są chętnie odwiedzane w celach leczniczych, wypoczynkowych, rekreacyjnych i krajoznawczych przez mieszkańców naszego kraju i cudzoziemców¹³⁹. Posiadają dobrze rozwiniętą infrastrukturę uzdrowiskową, turystyczną, rekreacyjną, sportową i kulturalną. Służy ona doskonale zakładom lecznictwa uzdrowiskowego typu: szpitale uzdrowiskowe, sanatoria, zakłady przyrodolecznictwa, czy też urządzeniom lecznictwa uzdrowiskowego typu pijalnie wód, tężnie i inne obiekty, będąc dopełnieniem procesu leczenia uzdrowiskowego. Dzięki bogatej infrastrukturze uzdrowiskowej, turystycznej, komunalnej i środowiskowej, ale też rekreacyjnej, uzdrowiska postrzegane są jako świetnie wyposażone miejscowości oferujące szeroką i ponad standardową gamę usług zdrowotnych i turystycznych.

Rola i zadania lecznictwa uzdrowiskowego

The role and tasks of health resort treatment

Lecznictwo uzdrowiskowe to bardzo ważna dziedzina leczenia człowieka i wyrabiania nawyków prowadzenia zdrowego stylu życia, która skupia się przede wszystkim na wykorzystywaniu w procesie leczenia naturalnych surowców leczniczych, takich jak wody lecznicze, gazy, peloidy czy klimat sprzyjający leczeniu. Jego znaczenie jest ogromne, bo nie tylko wspiera zdrowie i poprawia jakość życia pacjentów, ale także przyczynia się do rozwoju turystyki zdrowotnej i lokalnej gospodarki. To także świetny sposób na relaks, regenerację organizmu i powrót do pełni sił, przy wykorzystaniu naturalnych metod i piękna otaczającej przyrody.

¹³⁷ por. A. Wasilewski, *Obszar górniczy. Zagadnienia prawne*, Warszawa 1969, T. Kurowska, *Koncepcja obszaru specjalnego a ochrona środowiska naturalnego*, [w:] *Zagadnienia prawne ochrony środowiska*, K. Podgórski (red.), Katowice 1981.

¹³⁸ D. Dryglas, J. Gołba, *Determinanty funkcjonowania i rozwoju uzdrowisk w Europie: studium przypadku Polski*, Wyd. PWN, Warszawa 2017, s. 26.

¹³⁹ J. Krupa, T. Wołowicz, *Uzdrowiska Polski Wschodniej wobec wyzwań rozwojowych – turystyka zrównoważona*, [w:] *Współczesne trendy funkcjonowania uzdrowisk – klastering*, J. Hermaniuk, J. Krupa (red.), Instytut Gospodarki Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania, Rzeszów 2010.

Lecznictwo uzdrowiskowe to przede wszystkim kontynuacja leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego, która ma pomóc pacjentowi odzyskać sprawność po chorobie lub wypadku. Leczeniu uzdrowiskowemu towarzyszą także zabiegi fizjoterapeutyczne. Pacjent, który przebywa na leczeniu uzdrowiskowym, może bezpłatnie korzystać z badań diagnostycznych, leków i wyrobów medycznych, które są konieczne do tego leczenia¹⁴⁰.

Współczesne lecznictwo uzdrowiskowe łączy w sobie tradycję i nowoczesność. Ma ono obecnie zupełnie inny charakter niż kiedyś¹⁴¹. Dawniej skupiało się głównie na naturalnych metodach leczenia, w oparciu o naturalne surowce lecznicze takich jak wody lecznicze, gazy i peloidy, w ramach kompleksowej profilaktyki i wypoczynku. Obecnie, oprócz tych sprawdzonych metod, coraz większą rolę odgrywają nowoczesne technologie i badania naukowe. Jak zauważa J. Drobniak¹⁴² „część metod nie jest już stosowana z powodu ich niewielkiej skuteczności udowodnionej w badaniach naukowych, inne metody uzyskały silne dowody naukowe, dzięki temu mogły się rozwinąć, a ich skuteczność wzrosła. wprowadzono również nowe, nieznanne i nie stosowane dotychczas metody i rozwiązania (...). Dzięki nowym rozwiązaniom zabiegi balneologiczne, a także fizjoterapeutyczne wykonywane są o wiele sprawniej i przynoszą lepsze rezultaty terapeutyczne”.

Ustawa uzdrowiskowa określa, że „lecnictwem uzdrowiskowym jest zorganizowana działalność polegająca na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, prowadzona w uzdrowisku przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego albo poza uzdrowiskiem w szpitalach i sanatoriach znajdujących się w urzędzonych podziemnych wyrobiskach górniczych, przy wykorzystaniu warunków naturalnych, takich jak właściwości naturalnych surowców leczniczych; właściwości lecznicze klimatu, w tym talasoterapia i subterraneoterapia, oraz właściwości lecznicze mikroklimatu, a także towarzyszące zabiegi z zakresu fizjoterapii”¹⁴³.

Naturalne surowce lecznicze

Natural medicinal resources

Naturalne surowce lecznicze są podstawą leczenia uzdrowiskowego w uzdrowiskach. Są one jednym z podstawowych zasobów jakie musi posiadać miejscowość czy obszar, aby otrzymać status uzdrowiska. Zgodnie z ustawą uzdrowiskową naturalne surowce lecznicze to „gazy lecznicze oraz kopaliny lecznicze, w tym wody lecznicze i peloidy, których właściwości lecznicze zostały potwierdzone na zasadach określonych w ustawie”. W naturalnym surowcem leczniczym, który jest używany w procesie leczenia uzdrowiskowego, ale samodzielnie bardzo rzadko, jest naturalny gaz leczniczy w postaci dwutlenku węgla¹⁴⁴. Dwutlenek węgla w procesie leczenia uzdrowiskowego wykorzystywany jest głównie w kąpielach kwasowęglowych mokrych oraz bardzo rzadko w karboksyterapii. W kąpielach kwasowęglowych suchych, naturalny gaz leczniczy używany jest

¹⁴⁰ Serwis Ministerstwa Zdrowia, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lecznictwo-uzdrowiskowe>, dostęp: 30.06.2025.

¹⁴¹ I. Ponikowska, Nowoczesna medycyna uzdrowiskowa, Wyd. ALUNA, Konstancin-Jeziorna 2017, s. 33.

¹⁴² J. Drobniak, Medycyna uzdrowiskowa – współczesne lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce, Family Medicine & Primary Care Review 2011, nr 13, s. 103.

¹⁴³ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecnictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. 2025 poz. 1135 t.j.).

¹⁴⁴ Pierwszymi, którzy zastosowali dwutlenek węgla w leczeniu uzdrowiskowym, byli lekarze pracujący w uzdrowisku francuskim Royat (zob. Uzdrowisko Cieplice, <https://uzdrowisko-cieplice.pl/sucha-kapiel-co2>, dostęp: 20.06.2025).

w zaledwie kilku miejscowościach na świecie, natomiast używany jest tylko w czterech uzdrowiskach (Krynica-Zdrój, Cieplice-Zdrój, Łądek-Zdrój, Długopole-Zdrój). Bardzo częstym zjawiskiem jest natomiast pozyskiwanie naturalnego gazu (CO_2) i nasykanie nim butelkowanych wód mineralnych, leczniczych, po jego uzdatnieniu.

Generalnie główną rolę w procesie leczenia uzdrowiskowego odgrywają wody lecznicze i peloidy¹⁴⁵. Zgodnie z ustawą prawo geologiczne i górnicze¹⁴⁶, wodą leczniczą nazywamy wodę podziemną, która pod względem chemicznym i mikrobiologicznym nie jest zanieczyszczona, cechuje się naturalną zmiennością cech fizycznych i chemicznych, o zawartości: rozpuszczonych składników mineralnych stałych – nie mniej niż 1000 mg/dm^3 . Wodami leczniczymi są także wody swoiste. Wody lecznicze służące leczeniu uzdrowiskowemu mogą być ze względu na skład, wodami typu: wody żelaziste, wody fluorkowe, wody jodkowe, wody siarczkowe, wody krzemowe, wody radonowe, wody kwasowęglowe i szczawy. Podobny podział wód leczniczych występuje w innych krajach europejskich w zasadzie już od momentu, kiedy to w 1911 r. na Międzynarodowym Kongresie Balneologicznym w Bad Nauheim przyjęto pierwszą definicję wody mineralnej. Woda mineralna to naturalna woda zawierająca co najmniej 1000 mg/dm^3 rozpuszczonych składników stałych w postaci jonów. Oprócz tego może zawierać rozpuszczone gazy pochodzenia naturalnego (dwutlenek węgla, siarkowodór). Najczęściej jest to woda węglbna, która sole mineralne pozyskała z rozpuszczania minerałów lub skał, przez które przepływała¹⁴⁷. Na uwagę zasługuje fakt, że pojęcie wody leczniczej i mineralnej nie zawsze idzie ze sobą w parze. Istnieje wiele wód mineralnych, które nie wykazują właściwości leczniczych, a jednocześnie nie wszystkie wody posiadające właściwości lecznicze są wodami mineralnymi ze względu na zbyt wysoką mineralizację¹⁴⁸.

Wody termalne przyjmują jako wartość minimalną ciepłotę wynoszącą 20°C . Wśród wód leczniczych wymienia się także solankę, którą jest woda podziemna o zawartości rozpuszczonych składników mineralnych stałych nie mniejszej niż 35 g/dm^3 . Natomiast przepisami nieobowiązującego już rozporządzenia Rady Ministrów z 14 lutego 2006 r.¹⁴⁹ za kopaliny lecznicze uznano 71 złóż wód podziemnych i 18 złóż torfów (borowiny)¹⁵⁰.

Ważnym naturalnym surowcem leczniczym stosowanym powszechnie w procesie leczenia w uzdrowiskach są peloidy. Peloidy (gr. pelos – błoto), to według J. Bażyńskiego i S. Turka¹⁵¹ utwory geologiczne, które po rozdrobnieniu i zmieszaniu z wodą są wykorzystywane do celów leczniczych w formie kąpeli lub okładów. Według tych autorów „do peloidów naturalnych zaliczane są borowiny, sapropel (szlamy wodne), fango (muły wulkaniczne), oraz glinki, lessy i kredy

¹⁴⁵ J. Golba, *Historyczne i prawne...*, op. cit., s. 183.

¹⁴⁶ Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. Prawo geologiczne i górnicze (Dz. U. 2024 poz. 1290 t.j.).

¹⁴⁷ J. Dowgiałło, A.S. Kleczkowski, T. Macioszczyk, A. Różkowski, *Słownik hydrogeologiczny*, Państwowy Instytut Geologiczny, Warszawa 2002, s. 288.

¹⁴⁸ J. Golba, *Determinanty funkcjonowania...*, op. cit., s. 27.

¹⁴⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z 14 lutego 2006 r. w sprawie złóż wód podziemnych zaliczonych do solanek, wód leczniczych i termalnych oraz złóż innych kopalin leczniczych, a także zaliczenia kopalin pospolitych z określonych złóż lub jednostek geologicznych do kopalin podstawowych (Dz. U. 2006 nr 32, poz. 220 ze zm.).

¹⁵⁰ Torfy lecznicze występują w takich miejscowościach jak: Bronowo i Ludzicko – gmina Połczyn-Zdrój, Bronów – gmina Czechowice-Dziedzice, Mirsk, Szklarska Poręba, Kamień Pomorski, Kołobrzeg, Majdan Wielki – gmina Krasnobród, Międzyzdroje, Niedzwica – gmina Gołdap, Podemszczyzna – gmina Horyniec-Zdrój, Podosokółda – gmina Supraśl, Świnoujście, Goczałkowice-Zdrój, Ustka, Wieniec – gmina Brześć Kujawski, Wojdał – gmina Pakość, Zabłocie – gmina Strumień.

¹⁵¹ J. Bażyński, S. Turek, *Słownik hydrogeologii i geologii inżynierskiej*, Wydawnictwa Geologiczne, Warszawa 1969.

(złożone z SiO_2 , CaCO_3 i Al_2O_3)". Peloidy określane są z reguły jako ogólna nazwa dennych osadów wód (borowin i mułów) zawierających w dużych stężeniach sole mineralne oraz znaczną ilość resztek organicznych (pochodzenia roślinnego i zwierzęcego), czasem też związków hormonalnych o charakterze estrogenów. Peloidy naturalne dzielą się po pierwsze, na osady podwodne, obejmujące abiolity, czyli osady mineralne i biolity; po drugie na powstałe z substancji organicznych, takie jak: torfy, muły, sapropel, gytia oraz po trzecie na ziemie lecznicze, tj. produkty wietrzenia minerałów, jak ility, gliny, glinki, margle, less, fango, tuf¹⁵². W krajowych uzdrowiskach jedynym peloidem, który wykorzystywany jest w procesie leczenia uzdrowiskowego, jest borowina. Natomiast w innych krajach do leczenia uzdrowiskowego wykorzystywane są peloidy typu błoto wulkaniczne, glinki, muły, tuf, fango, less.

Złoża kopalin, do których należą m.in. solanki i inne wody lecznicze oraz złoża borowinowe, zaliczone zostały do strategicznych zasobów naturalnych kraju¹⁵³. Zasoby naturalne w postaci wód leczniczych, gazów i borowin zawsze stanowią własność Skarbu Państwa i nie podlegają przekształceniom własnościowym. Poszukiwanie naturalnych surowców leczniczych może się odbywać wyłącznie na podstawie koncesji na poszukiwanie i eksploatację wód leczniczych¹⁵⁴.

Ustawa¹⁵⁵ nie wyklucza stosowania naturalnych surowców leczniczych w procesie leczenia uzdrowiskowego także z innych miejsc, gdyby takie surowce w procesie leczenia mogły być użyte. Należy podkreślić, że w procesie leczenia uzdrowiskowego mogą być użyte wyłącznie naturalne surowce lecznicze o potwierdzonych właściwościach leczniczych¹⁵⁶.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami tylko jednostki badawcze wymienione w obwieszczeniu Ministra Zdrowia mogą wydać świadectwa potwierdzające właściwości lecznicze wód i klimatu. Świadectwa potwierdzające właściwości lecznicze naturalnych surowców leczniczych i klimatu wydawane są na podstawie badań i kryteriów oceny tych właściwości, określonych w przepisach wykonawczych do ustawy¹⁵⁷. Żaden inny dokument nie jest podstawą uznania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych w procesie uzyskiwania czy też utrzymania statusu uzdrowiska.

Ustawa uzdrowiskowa, ani też żadne inne przepisy nie nakładają obowiązku pełnego wykorzystywania zasobów naturalnych surowców leczniczych znajdujących się na obszarze uzdrowiska.

¹⁵² J.W. Kochański, *Balneologia i hydroterapia*, Wyd. AWF, Wrocław 2002.

¹⁵³ Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 14 czerwca 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zachowaniu narodowego charakteru strategicznych zasobów naturalnych (Dz. U. 2018 poz. 1235).

¹⁵⁴ Prawo Geologiczne i Górnicze stanowi: „(...) wymaga uzgodnienia z wójtem (burmistrzem, prezydentem miasta) właściwym ze względu na miejsce wykonywania zamierzonej działalności; kryterium uzgodnienia jest nienaruszenie zamierzoną działalnością przeznaczenia lub sposobu korzystania z nieruchomości”.

¹⁵⁵ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. 2025 poz. 1135 t.j.).

¹⁵⁶ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 17 lipca 2007 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu (Dz. Urz. MZ nr 12, poz. 65); obwieszczenie Ministra Zdrowia z 14 stycznia 2008 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu (Dz. Urz. MZ nr 1, poz. 4); obwieszczenie Ministra Zdrowia z 14 lipca 2009 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu (Dz. Urz. MZ nr 6, poz. 35).

¹⁵⁷ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości (Dz. U. 2018 poz. 605).

Naturalne surowce lecznicze, poza wykorzystywaniem w leczeniu uzdrowiskowym na terenie danego uzdrowiska, są bardzo często podstawą do wytwarzania środków leczniczych w postaci skonfekcjonowanej i wykorzystywane w leczeniu ambulatoryjnym lub w innych uzdrowiskach, a nawet w leczeniu domowym. Występują w postaci: płynów, soli, past, plastrów borowinowych, tabletek, maści¹⁵⁸. Jeżeli chodzi o wykorzystanie borowiny, to charakter leczenia opartego na tym surowcu daje możliwość korzystania z niego także wtedy, kiedy nie pochodzi on z obszaru uzdrowiska, ale spełnia wszelkie wymogi medyczne. Surowiec ten często ma nawet lepsze parametry medyczne niż ten, który znajduje się na obszarze uzdrowiska¹⁵⁹.

Profile lecznicze uzdrowisk

Therapeutic profiles of health resorts

Profile lecznicze uzdrowisk to specyficzne rodzaje grup schorzeń, z powodu których uzdrowisko oferuje leczenie i rehabilitację. Inaczej mówiąc, to profil schorzeń, w których uzdrowisko się specjalizuje i oferuje odpowiednie zabiegi oraz metody terapeutyczne. Każde uzdrowisko ma swój profil leczniczy, który powinien być zgodny z rodzajem schorzeń osoby kierowanej do uzdrowiska. W literaturze przedmiotu zamiennie stosuje się nazwy „profile lecznicze” i „kierunki lecznicze” uzdrowisk¹⁶⁰.

Profil leczniczy uzdrowiska oznacza specjalizowanie się w leczeniu określonych grup chorobowych. Profile lecznicze ustala się dla całego uzdrowiska. Profile lecznicze zależą od naturalnych surowców leczniczych, jakie występują na obszarze danego uzdrowiska. Zakłady lecznicze znajdujące się w danym uzdrowisku mogą prowadzić działalność leczniczą tylko w zakresie ustalonych profili dla tego uzdrowiska. Lecznictwo uzdrowiskowe zajmuje się chorobami przewlekłymi, prowadząc leczenie, rehabilitację i profilaktykę tych chorób. Leczenie chorób przewlekłych w połączeniu z działalnością profilaktyczną mogą wpłynąć na poprawę zdrowotności społeczeństwa. W większości uzdrowisk – oprócz profilu głównego – wprowadzone są także profile dodatkowe¹⁶¹.

Profile lecznicze uzdrowisk, czyli określenie kierunków leczniczych dla danego uzdrowiska, ustala Minister właściwy do spraw zdrowia. Decyzja ta podejmowana jest na podstawie m.in. świadectwa potwierdzającego lecznicze właściwości naturalnych surowców i klimatu; opinii konsultanta krajowego ds. balneologii i medycyny fizykalnej; informacji o kwalifikacjach pracowników oraz rodzaju zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w danym uzdrowisku. Minister Zdrowia określa kierunek leczniczy jako rodzaj i zakres świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez zakład lecznictwa uzdrowiskowego wynikający z dostępnych naturalnych surowców leczniczych, warunków klimatycznych i posiadanych urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego¹⁶².

Ustawa uzdrowiskowa wymienia 17 kierunków leczniczych, w ramach których pacjenci mogą być kierowani na leczenie uzdrowiskowe, obejmujących praktycznie wszystkie istotne klinicznie grupy schorzeń. Wskazane w ustawie kierunki lecznicze uzdrowisk obejmują: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby układu nerwowego, choroby reumatologiczne, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby naczyń obwodowych, choroby górnych dróg oddechowych, choroby dolnych

¹⁵⁸ J. Golba, *Administracyjnoprawny status...*, op. cit., s. 80.

¹⁵⁹ J. Golba, *Historyczne i prawne...*, op. cit., s. 188.

¹⁶⁰ I. Ponikowska, *Kompendium balneologii. Kierunki i wskazania do leczenia uzdrowiskowego*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2010, s. 68–90.

¹⁶¹ I. Ponikowska, *Kompendium balneologii...*, op. cit., s. 68–90.

¹⁶² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. 2024 poz. 529 t.j.).

dróg oddechowych, choroby układu trawienia, cukrzyca, otyłość, choroby endokrynologiczne, osteoporoza, choroby skóry, choroby kobiece, choroby nerek i dróg moczowych, choroby krwi i układu krwiotwórczego, choroby oka i przydatków oka¹⁶³. Uwzględnia się również: osoby, u których wystąpiły choroby zawodowe; rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej ustalonych na podstawie kierunków leczniczych, wynikających z dostępnych naturalnych surowców leczniczych i warunków klimatycznych określa statut zakładu lecznictwa uzdrowiskowego. Każdy zakład podejmujący leczenie w zakresie odpowiedniego kierunku leczniczego powinien: posiadać naturalne surowce lecznicze; profesjonalną kadrę medyczną; prowadzić standardowe metody lecznicze niezbędne do zwalczania określonych chorób; mieć odpowiednią organizację zakładów; dysponować odpowiednim sprzętem do profilu leczenia; mieć odpowiednie warunki klimatyczne¹⁶⁴.

Profile lecznicze dla poszczególnych uzdrowisk, nadawane w procesie ustanawiania statusu uzdrowiska przedstawiają się następująco¹⁶⁵:

1. Augustów: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne, choroby naczyń obwodowych, osteoporoza.
2. Busko-Zdrój: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby układu nerwowego, choroby reumatologiczne, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, osteoporoza, choroby skóry.
3. Ciechocinek: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby układu nerwowego, choroby reumatologiczne, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby naczyń obwodowych, choroby górnych dróg oddechowych, cukrzyca, otyłość, osteoporoza, choroby kobiece.
4. Cieplice: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby układu nerwowego, choroby reumatologiczne, osteoporoza, choroby nerek i dróg moczowych, choroby oka i przydatków oka.
5. Czerniawa-Zdrój: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne, choroby dolnych dróg oddechowych, choroby górnych dróg oddechowych, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, osteoporoza, cukrzyca.
6. Dąbki: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby górnych dróg oddechowych, choroby dolnych dróg oddechowych, choroby endokrynologiczne.
7. Długopole-Zdrój: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne, choroby naczyń obwodowych, choroby układu trawienia, choroby krwi i układu krwiotwórczego, cukrzyca.
8. Duszniki-Zdrój: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby naczyń obwodowych, choroby dolnych dróg oddechowych, choroby układu trawienia, osteoporoza, choroby kobiece.
9. Goczałkowice-Zdrój: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby układu nerwowego, choroby reumatologiczne, osteoporoza.
10. Gołdap: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne, choroby dolnych dróg oddechowych, choroby układu nerwowego, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby układu trawienia, choroby kobiece.
11. Horyniec-Zdrój: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby układu nerwowego, choroby reumatologiczne, choroby skóry, osteoporoza, choroby kobiece, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, cukrzyca, otyłość.

¹⁶³ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. 2025 poz. 1135 t.j.).

¹⁶⁴ I. Ponikowska, *Kompendium balneologii...*, op. cit., s. 68–90.

¹⁶⁵ Rejestr uzdrowisk i obszarów ochrony uzdrowiskowej wraz z kierunkami leczniczymi, <https://www.gov.pl>, dostęp: 29.06.2025.

12. Inowrocław: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne, choroby układu trawienia, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby naczyń obwodowych, choroby układu nerwowego.
13. Iwonicz-Zdrój: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby układu nerwowego, choroby reumatologiczne, choroby górnych dróg oddechowych, choroby układu trawienia, otyłość, osteoporoza, choroby kobiece, choroby skóry.
14. Jedlina-Zdrój: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby dolnych dróg oddechowych, choroby górnych dróg oddechowych, choroby układu trawienia, choroby nerek i dróg moczowych.
15. Kamień Pomorski: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby neurologiczne, choroby reumatologiczne, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby dolnych dróg oddechowych.
16. Kołobrzeg: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby układu nerwowego, choroby reumatologiczne, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby dolnych dróg oddechowych, choroby górnych dróg oddechowych, choroby endokrynologiczne, cukrzyca, otyłość, osteoporoza, choroby skóry.
17. Konstancin-Jeziorna: choroby górnych dróg oddechowych, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby układu nerwowego, choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne, choroby dolnych dróg oddechowych, z przeciwwskazaniem osób chorych na astmę.
18. Krasnobród: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby układu nerwowego, choroby reumatologiczne, choroby dolnych dróg oddechowych, choroby górnych dróg oddechowych, otyłość.
19. Krynica-Zdrój: choroby układu nerwowego, choroby reumatologiczne, choroby górnych dróg oddechowych, choroby układu trawienia, choroby nerek i dróg moczowych, choroby krwi i układu krwiotwórczego, cukrzyca, choroby kobiece, choroby ortopedyczno-urazowe.
20. Kudowa-Zdrój: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby naczyń obwodowych, choroby układu trawienia, choroby endokrynologiczne, choroby krwi i układu krwiotwórczego, otyłość.
21. Latoszyn: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne, choroby układu nerwowego.
22. Łądek-Zdrój: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby układu nerwowego, choroby reumatologiczne, choroby naczyń obwodowych, osteoporoza, choroby skóry, choroby kobiece.
23. Muszyna: choroby reumatologiczne, choroby górnych dróg oddechowych, choroby układu trawienia, choroby endokrynologiczne, choroby ortopedyczno-urazowe, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby układu nerwowego, choroby dolnych dróg oddechowych, otyłość.
24. Nałęczów: choroby kardiologiczne i nadciśnienie.
25. Piwniczna-Zdrój: choroby reumatologiczne, choroby dolnych dróg oddechowych, choroby górnych dróg oddechowych, choroby układu trawienia.
26. Polanica-Zdrój: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby górnych dróg oddechowych, choroby układu trawienia.
27. Polańczyk: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby górnych dróg oddechowych, choroby reumatologiczne, choroby endokrynologiczne, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, cukrzyca, choroby układu nerwowego.
28. Połczyn-Zdrój: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby układu nerwowego, choroby reumatologiczne, otyłość, osteoporoza, choroby kobiece.
29. Przerzeczyn-Zdrój: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby układu nerwowego, choroby reumatologiczne.
30. Rabka-Zdrój: choroby dolnych dróg oddechowych, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby skóry, cukrzyca, choroby ortopedyczno-urazowe, choroby górnych dróg oddechowych, choroby reumatologiczne, otyłość.
31. Rymanów-Zdrój: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby kardiologiczne i nadciśnienie,

- choroby dolnych dróg oddechowych, choroby górnych dróg oddechowych, choroby nerek i dróg moczowych, choroby reumatologiczne, otyłość, choroby układu nerwowego.
32. Solec-Zdrój: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby układu nerwowego, choroby reumatologiczne, osteoporoza, choroby skóry.
 33. Sopot: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby dolnych dróg oddechowych, choroby układu nerwowego, osteoporoza, choroby górnych dróg oddechowych, otyłość, choroby skóry.
 34. Supraśl: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby dolnych dróg oddechowych, choroby górnych dróg oddechowych.
 35. Swoszowice: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby układu nerwowego, choroby reumatologiczne, osteoporoza, choroby skóry.
 36. Szczawnica: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne, choroby dolnych dróg oddechowych, choroby górnych dróg oddechowych, otyłość.
 37. Szczawnino-Zdrój: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne, choroby dolnych dróg oddechowych, choroby górnych dróg oddechowych, choroby układu trawienia, choroby nerek i dróg moczowych, cukrzyca, otyłość, osteoporoza.
 38. Świeradów-Zdrój: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby układu nerwowego, choroby reumatologiczne, choroby dolnych dróg oddechowych, choroby górnych dróg oddechowych, choroby naczyń obwodowych, choroby skóry, osteoporoza, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, cukrzyca, choroby kobiece.
 39. Świnoujście: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby układu nerwowego, choroby reumatologiczne, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby dolnych dróg oddechowych, choroby górnych dróg oddechowych, otyłość, choroby endokrynologiczne, osteoporoza, choroby skóry, choroby kobiece.
 40. Uniejów: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby układu nerwowego, choroby reumatologiczne, choroby naczyń, obwodowych.
 41. Ustka: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby układu nerwowego, choroby reumatologiczne, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby dolnych dróg oddechowych, choroby górnych dróg oddechowych, choroby endokrynologiczne.
 42. Ustroń: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby układu nerwowego, choroby reumatologiczne, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby naczyń obwodowych, choroby dolnych dróg oddechowych, choroby górnych dróg oddechowych, cukrzyca, otyłość, osteoporoza.
 43. Wapienne: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne.
 44. Wieniec-Zdrój: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby dolnych dróg oddechowych, choroby reumatologiczne, choroby układu nerwowego, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, osteoporoza.
 45. Wysowa-Zdrój: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby układu nerwowego, choroby reumatologiczne, choroby dolnych dróg oddechowych, choroby górnych dróg oddechowych, choroby układu trawienia, cukrzyca, otyłość, osteoporoza, choroby nerek i dróg moczowych, choroby krwi i układu krwiotwórczego, choroby naczyń obwodowych, choroby skóry.
 46. Złockie: choroby reumatologiczne, choroby górnych dróg oddechowych, choroby układu trawienia, choroby endokrynologiczne, choroby ortopedyczno-urazowe, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby układu nerwowego, choroby dolnych dróg oddechowych, otyłość.
 47. Żegiestów-Zdrój: choroby reumatologiczne, choroby układu trawienia, choroby nerek i dróg moczowych, choroby górnych dróg oddechowych, choroby dolnych dróg oddechowych, otyłość, cukrzyca, osteoporoza.
 48. Sanatorium Uzdrowiskowe w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych Kopalni Soli w Wieliczce: choroby dolnych dróg oddechowych, choroby górnych dróg oddechowych, choroby skóry.

W chwili obecnej obserwuje się tendencje do wprowadzania nowych kierunków leczniczych w uzdrowiskach, a także do poszerzania zakresu świadczonych usług. Jak wynika z danych statystycznych NFZ największe zapotrzebowanie występuje w uzdrowiskach na leczenie chorób układu krążenia, ruchu i cukrzycy.

Wprowadzenie nowego profilu do uzdrowiska odbywa się poprzez długą procedurę, która jest zbliżona do procedury związanej z uzyskaniem statusu uzdrowiska. Inicjatywa wychodzi zazwyczaj z uzdrowiska do krajowego konsultanta. Powinna być ona poparta materiałami potwierdzającymi warunki, jakimi dysponuje zakład¹⁶⁶, a także wynikami badań właściwości leczniczych surowca i klimatu. Informacje te są przekazywane do Ministra Zdrowia w formie wniosku i propozycji zmian w operacie uzdrowiskowym.

Nadzór nad lecznictwem uzdrowiskowym

Supervision of health resort treatment

Nadzór i kontrola odgrywają zasadniczą rolę w funkcjonowaniu praktycznie każdej jednostki organizacyjnej, zapewniając zgodność jej działania z prawem, efektywność działania oraz ochronę interesów. Celem kontroli jest zazwyczaj wykrywanie odchyleń, nieprawidłowości i podejmowanie działań korygujących¹⁶⁷. Nadzór jest pojęciem szerszym niż kontrola i obejmuje nie tylko ocenę stanu faktycznego, ale również możliwość ingerencji w działalność podmiotu nadzorowanego w celu usunięcia ewentualnych nieprawidłowości¹⁶⁸.

Zgodnie z zapisami ustawy uzdrowiskowej nadzór nad lecznictwem uzdrowiskowym sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia i wojewoda, a w odniesieniu do lecznictwa uzdrowiskowego prowadzonego w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej i ministra właściwego do spraw wewnętrznych, odpowiednio ci ministrowie w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia. Ponadto Wojewoda sprawuje nadzór nad lecznictwem uzdrowiskowym prowadzonym przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego na obszarze województwa przy pomocy naczelnego lekarza uzdrowiska¹⁶⁹. Ustawa uzdrowiskowa określa, że „organy sprawujące nadzór dokonują kontroli i oceny lecznictwa uzdrowiskowego prowadzonego w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego”. Ustawa uzdrowiskowa zawiera regulacje dotyczące nadzoru Ministra Zdrowia nad lecznictwem uzdrowiskowym. Należą do nich w szczególności:

1. określanie kierunków działalności uzdrowisk w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego;
2. ustalanie kierunków leczniczych dla poszczególnych uzdrowisk w oparciu o naturalne surowce o potwierdzonych właściwościach leczniczych i klimat;
3. monitorowanie zachowania warunków leczniczych i środowiskowych warunkujących przyznanie i utrzymanie statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej,
4. określanie wymagań, jakim powinny sprostać zakłady lecznictwa uzdrowiskowego i urzędzenia lecznictwa uzdrowiskowego;
5. potwierdzenie spełnienia warunków koniecznych do nadania danemu obszarowi statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej albo utrzymania tego statusu na podstawie operatu uzdrowiskowego;

¹⁶⁶ I. Ponikowska, *Kompendium balneologii...*, op. cit., s. 68–90.

¹⁶⁷ L. F. Korzeniowski, *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wyd. Difin, Warszawa 2011, s. 304.

¹⁶⁸ J. Boć (red.), *Prawo administracyjne*, Wyd. Kolonia Limited, Wrocław 2002, s. 236.

¹⁶⁹ P. Jakimowicz-Jankowska, *Nadzór nad lecznictwem uzdrowiskowym ze szczególnym uwzględnieniem czynności kontrolno-nadzorczych nad zakładami lecznictwa uzdrowiskowego*, *Studia Prawa Publicznego* 2021, nr 3, s. 12–13.

6. opracowanie wzorcowego statutu uzdrowiska i wzorcowego statutu obszaru ochrony uzdrowiskowej;
7. występowanie do Prezesa Rady Ministrów o nadanie danemu obszarowi statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej lub pozbawianie danego obszaru takiego statusu;
8. ustalanie zasad kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego;
9. rozpatrywanie odwołań od decyzji wojewody¹⁷⁰.

Ustalanie kierunków rozwoju to proces decydowania o tym, w jakim obszarze miejscowość, gmina czy jednostka organizacyjna chce się rozwijać i jak chce to osiągnąć. To zadanie należy do gmin uzdrowiskowych¹⁷¹, gdzie burmistrz występuje o uzgodnienie z ministrem właściwym do spraw zdrowia w zakresie zagospodarowania obszarów ochrony uzdrowiskowej. Przepisy dają ministrowi prawo określenia wymagań, kryteriów czy zasad dla uzdrowisk i lecznictwa uzdrowiskowego, które będą przedmiotem nadzoru i kontroli.

Minister Zdrowia określa w drodze rozporządzenia wymagania, jakim powinny odpowiadać zakłady i urzędnicy lecznictwa uzdrowiskowego, kierując się bezpieczeństwem pacjenta i koniecznością zachowania standardów świadczeń opieki zdrowotnej, a także wskazaniami nauki i praktyki¹⁷². Dodatkowo określa sposób kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, w tym przeciwwskazania do leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej¹⁷³.

Ustawodawca nie wprowadził w ustawie uzdrowiskowej legalnej definicji nadzoru, ani też nie przesądził wprost o jego kryteriach¹⁷⁴. Ustawa uzdrowiskowa wprowadza nadzór nad uzdrowiskami i lecznictwem uzdrowiskowym wyłącznie do kryterium zgodności z prawem (legalności z obowiązującymi powszechnie przepisami, z przyjętymi aktami wewnętrznymi, wyrokami, decyzjami administracyjnymi i zawartymi umowami) oraz do kryterium medycznego.

Ustawa uzdrowiskowa określa, że „organy nadzoru mogą wkraczać w działalność gminną tylko w przypadkach określonych ustawami”. W praktyce, nadzór wojewody nad samorządem gminnym obejmuje m.in. badanie zgodności uchwał i zarządzeń organów gminy z prawem, kontrolę gospodarki finansowej oraz przestrzeganie procedur administracyjnych. Regionalne izby obrachunkowe sprawują nadzór nad finansami gminy, badając m.in. gospodarkę budżetową, plan finansowy i sprawozdania finansowe.

Specyfika uzdrowiska sprawia, że wojewoda sprawuje nadzór nad lecznictwem uzdrowiskowym prowadzonym przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego na obszarze województwa przy pomocy naczelnego lekarza uzdrowiska. Naczelnik lekarz uzdrowiska uprawniony jest wyłącznie do nadzoru nad jakością świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego¹⁷⁵.

¹⁷⁰ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. 2025 poz. 1135 t.j.).

¹⁷¹ Ustawa z dnia 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym (Dz. U. 2024 poz. 1130 t.j.).

¹⁷² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urzędnicy lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. 2020 poz. 1838).

¹⁷³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. 2012 poz. 14).

¹⁷⁴ P. Jakimowicz-Jankowska, *Nadzór nad lecznictwem...*, op. cit., s. 85–86.

¹⁷⁵ P. Jakimowicz-Jankowska, *Nadzór nad lecznictwem...*, op. cit., s. 15–20.

Minister Zdrowia, kierując się koniecznością zapewnienia prawidłowego nadzoru nad zakładami lecznictwa uzdrowiskowego, określił w drodze rozporządzenia z dnia 29 lipca 2011 r. w sprawie naczelnego lekarza uzdrowiska¹⁷⁶ szczegółowy zakres obowiązków i uprawnień naczelnego lekarza uzdrowiska. Obejmuje to nadzór nad jakością świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, przez kontrolę i ocenę: zgodności rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej z rodzajem i zakresem świadczeń opieki zdrowotnej określonymi w statucie; zgodności udzielanych świadczeń zdrowotnych ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej; kwalifikacji osób udzielających świadczeń zdrowotnych; ponadto przez rozpatrywanie skarg i wniosków pacjentów korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego; kontrolę wyposażenia zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w aparaturę lub sprzęt medyczny służące do udzielania świadczeń zdrowotnych, odpowiednio do rodzaju i zakresu świadczeń opieki zdrowotnej określonych w statucie, oraz sprawdzanie dokumentacji dotyczącej terminów konserwacji, działań serwisowych, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa aparatury lub sprzętu medycznego; kontrolę warunków zakwaterowania i wyżywienia pacjentów w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

Minister właściwy do spraw zdrowia ma prawo przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych pod względem: zgodności z prawem i medycznym. Minister Zdrowia w szczególności jest uprawniony do: wizytacji pomieszczeń, obserwowania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w sposób nienaruszający praw pacjenta, oceny uzyskanej dokumentacji medycznej, oceny informacji i dokumentacji innej niż dokumentacja medyczna, oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym w zakresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym, oceny gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi.

Czynności w zakresie: udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób nienaruszający praw pacjenta; oceny uzyskanej dokumentacji medycznej, a także oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym w zakresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, mogą być realizowane wyłącznie przez osobę wykonującą zawód medyczny¹⁷⁷.

Minister Zdrowia może zlecić przeprowadzenie kontroli: wojewodom, konsultantom krajowym¹⁷⁸, jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym przez tego ministra. Poza tym Minister Zdrowia może zlecić odpłatne przeprowadzenie jednorazowej kontroli dotyczącej obserwowania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w sposób nienaruszający praw pacjenta: organom samorządów zawodów medycznych, medycznym towarzystwom naukowym, uczelniom medycznym, instytutom badawczym, specjalistom z poszczególnych dziedzin medycyny.

Odrębny tryb prowadzenia kontroli w uzdrowisku dotyczy kontroli wewnętrznej i zarządczej, których celem jest zapewnienie prawidłowej realizacji zadań w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego i racjonalne gospodarowanie posiadanymi zasobami. Ze względu na stosowanie celu standardów kontroli zarządczej, kontrola ta ma szerszy zakres niż wewnętrzna, gdyż znacznie wychodzi poza działania mające na celu ustalenie stanu faktycznego realizacji zadań statutowych¹⁷⁹.

¹⁷⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2011 r. w sprawie naczelnego lekarza uzdrowiska (Dz. U. 2011 nr 161 poz. 976).

¹⁷⁷ Osoba wykonująca zawód medyczny to osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

¹⁷⁸ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. 2025 poz. 254 t.j.).

¹⁷⁹ P. Jakimowicz-Jankowska, *Nadzór nad lecznictwem...*, op. cit., s. 108–109.

Nadzór i kontrola w uzdrowiskach i zakładach lecznictwa uzdrowiskowego ma ogromne znaczenie dla zachowania właściwych walorów leczniczych naturalnych surowców leczniczych, stanu środowiska naturalnego, standardu obiektów zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego, standardu usług leczniczych i hotelowych, standardu infrastruktury uzdrowiskowej, czy też przestrzegania procedur leczniczych.

1.4. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego

1.4. Health resort facilities

Zakład lecznictwa uzdrowiskowego jest zakładem leczniczym, który w odróżnieniu od innych zakładów leczniczych wyróżnia się pewną specyfiką, bowiem funkcjonuje on wyłącznie w gminie, której obszarowi lub jego części został nadany status uzdrowiska.

Ustawodawca wprowadził definicję zakładu lecznictwa uzdrowiskowego. Według tej definicji, zakład lecznictwa uzdrowiskowego to „zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, działający na obszarze uzdrowiska, utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, w ramach kierunków leczniczych i przeciwwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska, w szczególności wykorzystujących warunki naturalne uzdrowiska przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych”. Zakład lecznictwa uzdrowiskowego może być usytuowany wyłącznie w strefie ochrony uzdrowiskowej „A”. Istotą funkcjonowania zakładu lecznictwa uzdrowiskowego jest oparcie leczenia na naturalnych surowcach leczniczych uzdrowiska (wody, peloidy) i przy wykorzystaniu innych warunków naturalnych uzdrowiska (klimat sprzyjający leczeniu) przy udzielaniu świadczeń.

P. Jachimowicz-Jankowska¹⁸⁰ zwraca uwagę, że na funkcjonowanie zakładów lecznictwa uzdrowiskowego działających w systemie ochrony zdrowia wpływa wiele czynników, w tym: „formy organizacyjnoprawne i tworzenie zakładów lecznictwa uzdrowiskowego; realizacja przez te podmioty lecznicze ustawowych zadań i prowadzona przez nie działalność lecznicza; rozbudowana infrastruktura komunalna i zdrowotna, określone wymagania dotyczące poszczególnych rodzajów tych zakładów; wykorzystywanie naturalnych warunków środowiskowych ustalanych dla danego uzdrowiska i ich właściwości leczniczych przy udzielaniu pacjentom świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego”.

Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego mogą być prowadzone zarówno przez publiczne jak i prywatne podmioty lecznicze. Przepisy stanowią, że podmiotami leczniczymi są¹⁸¹:

1. przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców¹⁸² we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej;
2. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej;
3. jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra

¹⁸⁰ P. Jachimowicz-Jankowska, Zakład lecznictwa uzdrowiskowego. Część 2. Status prawny organów zakładowych podmiotu leczniczego i personel uzdrowiskowy zakładu, Studia Prawa Publicznego 2021, nr 1, s. 76.

¹⁸¹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2025 poz. 450 t.j.).

¹⁸² Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. 2024 r. poz. 236 t.j.).

Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. 2022 r. poz. 2527 oraz 2024 r. poz. 1897);

4. instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. 2024 r. poz. 534);
5. fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej;
6. posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń;
7. osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania;
8. jednostki wojskowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Publiczny zakład opieki zdrowotnej funkcjonujący jako zakład lecznictwa uzdrowiskowego, udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub pełną odpłatnością. Publiczny zakład opieki zdrowotnej prowadzony jest w formie samodzielnego zakładu, pokrywającego z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i zobowiązań. Osoby fizyczne mogą prowadzić zakład lecznictwa uzdrowiskowego w formie podmiotu lecznictwa po dokonaniu wpisu działalności do ewidencji działalności gospodarczej i dokonaniu wpisu podmiotu do rejestru wojewody. Pozostałe jednostki organizacyjne, rozpoczynają działalność po dokonaniu wpisu działalności do Krajowego Rejestru Sądowego i dokonania wpisu podmiotu do rejestru wojewody.

Rejestr zakładów lecznictwa uzdrowiskowego działających jako publiczne lub niepubliczne podmioty lecznicze prowadzi właściwy miejscowo wojewoda, który dokonuje wpisu zakładu do rejestru. Działalność lecznicza jest działalnością regulowaną w rozumieniu ustawy prawo przedsiębiorców, chyba że jest prowadzona w formie: jednostki budżetowej, jednostki wojskowej lub wykonywana jako działalność pożytku publicznego w rozumieniu ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie¹⁸³, albo jako działalność charytatywno-opiekuńcza, jeżeli przepisy odrębne przewidują prowadzenie takiej działalności. Podmiot leczniczy jest obowiązany spełniać następujące warunki: posiadać pomieszczenia lub urządzenia; używać i utrzymywać wyroby medyczne, wyposażenie wyrobów medycznych, wyroby medyczne do diagnostyki in vitro, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, aktywne wyroby medyczne do implantacji oraz systemy lub zestawy zabiegowe zgodnie z wymaganiami ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2024 r. poz. 1620); zapewniać udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne; zawrzeć umowę ubezpieczenia.

W odniesieniu do zakładów i urzędzeń lecznictwa uzdrowiskowego ustawodawca stwierdził, że wymagania eksploatacyjne, funkcjonalne i techniczne, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego określi minister właściwy do spraw zdrowia. W rozporządzeniu z dnia 30 września 2024 r.¹⁸⁴ w sprawie określenia wymagań dla zakładów lecznictwa uzdrowiskowego

¹⁸³ Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. 2024 r. poz. 1491 t.j.).

¹⁸⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2024 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. 2024 poz. 1476).

określił wymagania, które odnoszą się do następujących zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego: szpitala uzdrowiskowego, sanatorium uzdrowiskowego, przychodni uzdrowiskowej, zakładu przyrodoleczniczego, pijalni uzdrowiskowej, parku uzdrowiskowego, urządzonego odcinka wybrzeża morskiego, leczniczego basenu uzdrowiskowego, rehabilitacyjnego basenu uzdrowiskowego oraz urządzonych podziemnych wyrobisk górniczych.

Ustawa uzdrowiskowa określa zamknięty katalog zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, do którego aktualnie należą: szpitale uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, szpitale uzdrowiskowe dla dzieci i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci, przychodnie uzdrowiskowe, zakłady przyrodolecznicze, szpitale i sanatoria w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych.

Szpitala uzdrowiskowe

Health resort hospitals

Według definicji ustawy o działalności leczniczej, szpital to „zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne”. Świadczenie szpitalne to „wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin”. Z kolei świadczenie zdrowotne to „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”.

Do zadań szpitala uzdrowiskowego należy zapewnienie pacjentowi, którego skierowano na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową: całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych; całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa przewidzianych programem leczenia zabiegów; korzystania z naturalnych surowców leczniczych oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego; edukacji zdrowotnej.

Kwestie wymagań eksploatacyjnych, funkcjonalnych i technicznych, jakim powinien odpowiadać obiekt szpitala uzdrowiskowego, zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Obejmują one:

1. Oddział szpitalny składa się z zespołu pomieszczeń pielęgnacyjnych i ogólnych, przy czym pomieszczenia ogólne mogą być wspólne dla całego szpitala uzdrowiskowego.
2. W skład zespołu pomieszczeń pielęgnacyjnych wchodzi co najmniej:
 - a. pokoje łóżkowe wyposażone dodatkowo w system sygnalizacji przywoławczej; wymaganie dotyczące umywalki uważa się za spełnione w przypadku, gdy przy pokoju jest zlokalizowane pomieszczenie higieniczno-sanitarne;
 - b. pomieszczenia higieniczno-sanitarne przy pokojach łóżkowych lub pomieszczenia higieniczno-sanitarne zbiorowe przeznaczone dla pacjentów, wyposażone w natrysk;
 - c. gabinet lekarski;
 - d. punkt pielęgniarski z dostępem do umywalki wyposażonej w baterię z ciepłą i zimną wodą, dozownik z płynem na mydło, dozownik ze środkiem dezynfekującym, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użytku i pojemnik na zużyte ręczniki;
 - e. gabinet diagnostyczno-zabiegowy.

3. W skład pomieszczeń ogólnych wchodzi co najmniej:
 - a. pokój dla osób wykonujących zawód medyczny i pracowników administracyjnych;
 - b. pomieszczenie higieniczno-sanitarne przeznaczone dla osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób zatrudnionych w szpitalu;
 - c. pomieszczenie porządkowe;
 - d. jadalnia i pomieszczenia przeznaczone do przygotowania lub dystrybucji posiłków i napojów.
4. W szpitalu uzdrowiskowym, w którym są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w ramach kierunku leczniczego choroby kardiologiczne i nadciśnienie, znajduje się stanowisko wzmoczonego nadzoru kardiologicznego, zlokalizowane w wydrebnionym pomieszczeniu, w którym zapewnia się możliwość prowadzenia stałego nadzoru kardiologicznego, wyposażone co najmniej w:
 - a. antystatyczne łóżko do intensywnej terapii, dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych;
 - b. kardiomonitor przy każdym łóżku;
 - c. aparat EKG;
 - d. instalacje gazów medycznych lub butle z tlenem;
 - e. zestaw do reanimacji, w skład którego wchodzi co najmniej defibrylator oraz zestaw do intubacji i wentylacji (worek samorozprężalny);
 - f. elektryczne urządzenie do ssania.
5. W przypadku gdy różne zakłady lecznictwa uzdrowiskowego są zlokalizowane w jednym budynku albo w zespole budynków, gabinety lekarskie, punkty pielęgniarskie i gabinety diagnostyczno-zabiegowe oraz pomieszczenia ogólne mogą być wspólne dla tych zakładów.
6. W budynkach szpitala uzdrowiskowego nie mogą być stosowane zsypy.

Na szpitale uzdrowiskowe nałożony został bezwzględny obowiązek korzystania z naturalnych surowców leczniczych oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego. Ustawa nie stanowi, czy muszą to być naturalne surowce lecznicze pochodzące z uzdrowiska, na którym położony jest szpital czy też mogą korzystać z surowców leczniczych pochodzących spoza uzdrowiska. Te wątpliwości co prawda rozwiewa zarządzenie Prezesa NFZ¹⁸⁵, w którym stwierdza się, że „świadczeniodawca realizujący umowę prowadzi proces leczenia uzdrowiskowego w oparciu o naturalne surowce lecznicze wydobywane z obszaru, dla którego sporządzono operat uzdrowiskowy gminy, w której świadczeniodawca udziela świadczeń lub przy użyciu naturalnych surowców leczniczych pochodzących z terenu innych uzdrowisk, których właściwości lecznicze zostały potwierdzone w decyzjach Ministra Zdrowia”. Jak wynika z danych Głównego Urzędu Statystycznego¹⁸⁶ w końcu 2024 r. działalność prowadziło 41 szpitali uzdrowiskowych (w tym 3 dla dzieci).

¹⁸⁵ Zarządzenie nr 63/2016/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe (NFZ 2018 poz. 13 t.j.).

¹⁸⁶ GUS: Działalność lecznicza zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej w 2024 r., dostęp: 07.07.2025.

Sanatoria uzdrowiskowe

Health resort sanatoriums

Według ogólnej definicji sanatorium to „zakład lecznictwa uzdrowiskowego wykorzystujący walory rekreacyjne, przyrodnicze i naturalne, takie jak: wody mineralne, wody termalne, borowina, ozon, radon, sole mineralne oraz inne czynniki biofizyczne środowiska wywierające korzystny wpływ na organizm człowieka. Sanatorium zlokalizowane jest w miejscowości uzdrowiskowej o specyficznym klimacie i szczególnych walorach przyrodolecznicych, przeznaczonych dla osób przewlekle chorych i rekonwalescentów, wymagających rehabilitacji lub utrwalenia wyników leczenia szpitalnego”¹⁸⁷. W zasadzie definicja ta, poza pewnymi drobnymi nieścisłościami, oddaje istotę funkcjonowania sanatorium uzdrowiskowego. Podstawą leczenia sanatoryjnego w sanatorium uzdrowiskowym są naturalne surowce lecznicze i klimat sprzyjający leczeniu lub niewpływający negatywnie na proces tego leczenia. Do zadań należą m.in. prowadzenie całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych; opieki lekarskiej i całodobowej opieki pielęgniarskiej przewidzianych programem leczenia zabiegów; świadczeń profilaktycznych; edukacji zdrowotnej.

Ustawodawca określił, że świadczenia dotyczące całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych obejmują związane z leczeniem uzdrowiskowym albo rehabilitacją uzdrowiskową świadczenia zdrowotne rzeczowe¹⁸⁸. Są to świadczenie zdrowotne rzeczowe, związane z procesem leczenia leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne. Podobnie jak w przypadku szpitala uzdrowiskowego, kwestie wymagań eksploatacyjnych, funkcjonalnych i technicznych, jakim powinien odpowiadać obiekt sanatorium uzdrowiskowego, zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2024 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego.

Jak wynika z danych GUS¹⁸⁹ na koniec 2024 r. funkcjonowały 194 sanatoria uzdrowiskowe (w tym 2 dla dzieci i 1 sanatorium w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym).

Szpitala uzdrowiskowe dla dzieci i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci

Health resort hospitals for children and health resort sanatoriums for children

Szpitala uzdrowiskowe dla dzieci i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci to specyficzne zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, które pełnią funkcję leczenia i rehabilitacji uzdrowiskowej dzieci, w tym kontynuacji leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego oraz profilaktyki, z wykorzystaniem naturalnych zasobów leczniczych uzdrowiska. Zakłady te zapewniają całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską, zabiegi lecznicze, a także świadczenia opiekuńcze i profilaktyczne. Szpitala uzdrowiskowe i sanatoria dla dzieci muszą zapewnić efektywne i bezpieczne leczenie oraz rehabilitację z uwzględnieniem potrzeb zakwaterowania dzieci, a ponadto muszą odpowiadać dodatkowo następującym wymaganiom:

1. W obiekcie wyodrębnia się co najmniej następujące pomieszczenia:
 - a. świetlica (pokój zabaw) dla dzieci z wyposażeniem;
 - b. sala szkolna;

¹⁸⁷ Wikipedia, <https://pl.wikipedia.org>, dostęp: 07.07.2025.

¹⁸⁸ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2024 poz. 146 t.j.).

¹⁸⁹ GUS: Działalność lecznicza zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej w 2024 r., dostęp: 07.07.2025.

- c. pokój do samodzielnej pracy dla dzieci;
 - d. pokój dla nauczycieli.
2. Zapewnia się pokoje łóżkowe wydzielone ze względu na przedział wiekowy i płeć dzieci.
 3. Wyposażenie, w szczególności gniazda wtykowe elektryczne, okna, krany z gorącą wodą i poręcze są odpowiednio zabezpieczone.
 4. Zapewnia się pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla rodziców lub opiekunów dziecka.
 5. Układ funkcjonalny szpitala zapewnia możliwość izolowania poszczególnych oddziałów.
 6. Wydziela się ogrodzony teren do zajęć ruchowych.

W sanatorium uzdrowiskowym dla dzieci nie ma obowiązku podziału pomieszczeń na ogólne i pielęgniacyjne. Według rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych¹⁹⁰ z leczenia w sanatorium dla dzieci lub szpitalu uzdrowiskowy dla dzieci, mogą korzystać dzieci i młodzież w wieku od 3 do 18 lat. Dzieci w wieku 3–6 lat korzystają z leczenia uzdrowiskowego sanatoryjnego pod opieką rodzica lub innego opiekuna prawnego, a czas leczenia wynosi 21 dni, w trakcie którego odbywają się co najmniej 54 zabiegi fizjoterapeutyczne. Uzdrowiskowe leczenie szpitalne dla dzieci w wieku od 3 do 18 lat trwa 27 dni i obejmuje co najmniej 66 zabiegów fizjoterapeutycznych, udzielanych od poniedziałku do soboty. Dzieci przebywające w szpitalach uzdrowiskowych dla dzieci oraz w sanatoriach uzdrowiskowych dla dzieci objęte są obowiązkiem szkolnym ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe¹⁹¹.

Coraz mniej dzieci jest kierowanych do sanatoriów, a wiele ośrodków zamyka swoje podwoje ze względu na spadek zainteresowania i trudności finansowe w utrzymaniu zakładów leczniczych dla dzieci. Jeszcze w 2018 r. ze świadczeń w uzdrowiskach, stacjonarnych i ambulatoryjnych, korzystało blisko 16 tys. dzieci i młodzieży, tymczasem w 2024 r. było to już tylko niecałe 7 tys. Zgodnie z informacją GUS¹⁹² w 2024 r. działalność uzdrowiskową w szpitalach uzdrowiskowych dla dzieci prowadziły zaledwie 3 szpitale uzdrowiskowe i 2 uzdrowiskowe sanatoria dziecięce.

Przychodnie uzdrowiskowe

Outpatient health resort units

Przychodnia uzdrowiskowa to zakład leczniczy, który znajduje się na terenie uzdrowiska i świadczy usługi zdrowotne w zakresie leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej. Działalność ta jest prowadzona w formie ambulatoryjnej lub stacjonarnej. Do zadań przychodni uzdrowiskowej należy zapewnienie pacjentowi ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych, z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych zleconych przez lekarza oraz edukacji zdrowotnej. Według regulacji „w skład przychodni uzdrowiskowej wchodzi co najmniej następujące pomieszczenia: gabinet lekarski; gabinet diagnostyczno-zabiegowy oraz pomieszczenie higieniczno-sanitarne zbiorowe, przy czym przynajmniej jedno pomieszczenie powinno być dostępne dla osób z niepełnosprawnościami, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich”. W przypadku gdy przychodnia uzdrowiskowa jest zlokalizowana w budynku albo zespole budynków, w których są zlokalizowane inne zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, gabinety lekarskie i gabinety diagnostyczno-zabiegowe oraz pomieszczenia ogólne mogą być wspólne.

¹⁹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. 2024 poz. 529 t.j.).

¹⁹¹ Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. 2024 poz. 737 t.j.).

¹⁹² GUS: Działalność lecznicza zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej w 2024 r., dostęp: 09.07.2025.

Zakłady przyrodolecznicze

Natural healing centres

Do 2011 r.¹⁹³ pojęcie to oznaczało jednostkę organizacyjną zakładu lecznictwa uzdrowiskowego, którego zadaniem było udzielanie świadczeń zdrowotnych przy wykorzystaniu naturalnych surowców leczniczych. Obecnie zakład przyrodoleczniczy może funkcjonować jako jednostka organizacyjna zakładu lecznictwa uzdrowiskowego (szpital uzdrowiskowy, sanatorium, przychodnia), która zajmuje się udzielaniem zabiegów z zakresu fizjoterapii, wykorzystując naturalne surowce lecznicze lub jako samodzielny zakład leczniczy. Ustawa uzdrowiskowa stwierdza, że do zadań zakładu przyrodoleczniczego należy udzielanie zabiegów z zakresu fizjoterapii. Fizjoterapia jest szeroką dziedziną, która ma na celu poprawę jakości życia pacjentów poprzez przywracanie i utrzymywanie ich sprawności fizycznej i funkcjonalnej. W doktrynie¹⁹⁴ występuje wiele definicji fizjoterapii, ale większość z nich określa fizjoterapię jako dziedzinę medycyny zajmującą się przywracaniem, rozwijaniem i utrzymywaniem sprawności ruchowej oraz funkcjonalnej człowieka. Wykorzystuje naturalne metody leczenia, takie jak ruch, bodźce fizyczne (ciepło, zimno, prąd, światło, masaż) oraz terapię manualną, aby pomóc pacjentom w powrocie do zdrowia po urazach, chorobach czy w przypadku niepełnosprawności. Fizjoterapia jest określana jako „świadczenie usług, które pozwalają jednostkom i populacjom na rozwój, utrzymanie lub powrót do maksymalnej sprawności ruchowej i funkcjonowania w całym okresie życia”¹⁹⁵. Zakłady przyrodolecznicze odgrywają także ważną rolę w rehabilitacji po przebytych chorobach, urazach czy wypadkach, pomagając pacjentom odzyskać sprawność i funkcje ruchowe. W uzdrowiskach, od zarania ich powstania, fizjoterapia odgrywa podstawową rolę w poprawie i przywracaniu oraz utrzymywaniu sprawności fizycznej i funkcjonalnej pacjentów. Zakład przyrodoleczniczy musi między innymi odpowiadać następującym wymaganiom:

1. Posiada działy zabiegowe, pomieszczenia i wyposażenie odpowiednie do prowadzonego w nim kierunku leczniczego.
2. W skład zakładu przyrodoleczniczego wchodzi co najmniej:
 - a. gabinet diagnostyczno-zabiegowy;
 - b. punkt pielęgniarski z dostępem do umywalki wyposażonej w baterię z ciepłą i zimną wodą, dozownik z płynem na mydło, dozownik ze środkiem dezynfekującym, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użytku i pojemnik na zużyte ręczniki;
 - c. Dział balneoterapii lub peloidoterapii, który w zależności od prowadzonego kierunku leczniczego oraz dostępnych naturalnych surowców leczniczych jest wyposażony w:
 - wanny do kąpeli leczniczych lub
 - basen leczniczy lub
 - inhalatoria do inhalacji z leczniczych wód mineralnych lub
 - urządzenia do wykorzystywania gazów leczniczych lub
 - wanny do kąpeli peloidowych lub
 - stanowiska do zawijań lub okładów lub fasonów peloidowych.

¹⁹³ Art. 7 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym (Dz. U. 2012 r. poz. 651), uchylony Ustawą z dnia 4 marca 2011 r. o zmianie ustawy (Dz. U. 2011 r. nr 73, poz. 390).

¹⁹⁴ A. Straburzyńska-Lupa, G. Straburzyński, Fizjoterapia z elementami klinicznymi, Wyd. PZWL, Warszawa 2008; M. Łuczak, Wkład prof. Eugeniusza Piaseckiego w rozwój polskiej fizjoterapii, *Ortopedia Traumatologia, Rehabilitacja* 2018, nr 2, s. 103–112.

¹⁹⁵ Z. Śliwiński, A. Sieroń (red.), *Wielka Fizjoterapia*, Wyd. Edra Urban & Partner, Wrocław 2014, s. 7.

3. W przypadku, gdy zakład przyrodolecznicy jest zlokalizowany w budynku albo w zespole budynków, w których są zlokalizowane różne zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, to gabinety lekarskie, punkty pielęgniarskie i gabinety diagnostyczno-zabiegowe oraz pomieszczenia ogólne mogą być wspólne dla tych zakładów.

W zależności od prowadzonego kierunku leczniczego i zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w zakładzie przyrodolecznicy znajdują się:

1. Dział hydroterapii wyposażony w:
 - a. wanny lub
 - b. natryski lub
 - c. basen rehabilitacyjny.
2. Dział kinezyterapii wyposażony co najmniej w:
 - a. drabinki rehabilitacyjne;
 - b. maty lub materace do ćwiczeń;
 - c. rotory do ćwiczeń kończyn górnych i kończyn dolnych;
 - d. cykloergometr lub bieżnię rehabilitacyjną;
 - e. uniwersalny gabinet usprawniania leczniczego (UGUL) lub inny system spełniający jego rolę;
 - f. stół rehabilitacyjny;
 - g. stół lub tablicę do ćwiczeń manualnych.
3. Dział termoterapii wyposażony w:
 - a. zestaw do kriostymulacji parami ciekłego azotu lub dwutlenkiem węgla (CO₂) lub nadmuchem zimnego powietrza lub
 - b. urządzenie do niskotemperaturowej krioterapii ogólnoustrojowej z zakresem uzyskiwanych temperatur od -120 °C do -160 °C i z możliwością obserwacji pacjenta w trakcie zabiegu.
4. Dział światłolecznictwa wyposażony w:
 - a. lampę do naświetlań promieniowaniem podczerwonym lub ultrafioletowym, lub
 - b. zestaw do laseroterapii.
5. Dział fizykoterapii wyposażony w:
 - a. zestaw do elektroterapii z osprzętem lub
 - b. zestaw do magnetoterapii lub
 - c. zestaw do ultradźwięków, z wyłączeniem zakładu przyrodolecznicy dla dzieci do ukończenia 18. roku życia.
6. Dział masażu leczniczego.

Pozostałe przepisy bardzo szczegółowo regulują kwestię wyposażenia stanowisk pracy, ich wyposażenia, wymogów technicznych i usytuowania gabinetów zabiegowych. Niewątpliwie zakłady przyrodolecznice ze względu na swoje zadania i funkcje odgrywają główną rolę w procesie leczenia uzdrowiskowego w uzdrowiskach.

Szpitala i sanatoria w urzędzonych podziemnych wyrobiskach górniczych

Hospitals and sanatoriums in developed underground mining excavations

Ustawa uzdrowiskowa w jednym jedynym przypadku dopuszcza prowadzenie leczenia uzdrowiskowego także poza uzdrowiskiem, tzn. w szpitalach i sanatoriach znajdujących się w urzędzonych podziemnych wyrobiskach górniczych. Chodzi tu szczególnie o urzędzone wyrobiska górnicze pozostałe po kopalniach soli, gdzie występuje specyficzny mikroklimat służący inhalacji pacjentów chorych na choroby układu oddechowego, w tym astmę, alergię, przewlekłe zapalenie oskrzeli oraz schorzenia układu ruchu, jak reumatoidalne zapalenie stawów czy stany pourazowe. Jest to jedyny przypadek, gdzie uzdrowiskowa działalność lecznicza jest prowadzona poza uzdrowiskiem, a zakład leczniczy nie tylko nie znajduje się w strefie ochrony uzdrowiskowej „A”, ale usytuowany jest poza uzdrowiskiem.

Ustawa uzdrowiskowa dopuszcza prowadzenie w wyrobiskach górniczych, zakładów leczniczych zarówno w formie szpitali jak też sanatoriów. W zakresie zadań ogólnych odpowiadają one wymaganiom jakie są stawiane pozostałym szpitalom uzdrowiskowym w uzdrowisku. Szpital uzdrowiskowy w urzędzonym podziemnym wyrobisku górniczym musi odpowiadać następującym wymaganiom: po pierwsze znajduje się w wyodrębnionym urzędzonym podziemnym wyrobisku górniczym oraz w obiektach naziemnych zlokalizowanych bezpośrednio w pobliżu wlotu do wyrobiska górniczego. Po drugie zapewnia dostęp do podziemnej komory leczniczej przeznaczonej do zabiegów fizjoterapii, w której mikroklimat odznacza się obecnością aerozoli mineralnych, korzystną jonizacją powietrza oraz stabilnymi i optymalnymi dla zdrowia warunkami termicznymi i poziomem wilgotności. W skład zespołu pomieszczeń zlokalizowanych w podziemnym wyrobisku górniczym wchodzi co najmniej: wydzielone miejsca łóżkowe w podziemnej komorze leczniczej, pomieszczenie higieniczno-sanitarne w podziemnej komorze leczniczej, przy czym przynajmniej jedno pomieszczenie dostępne dla osób z niepełnosprawnościami, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich oraz gabinet diagnostyczno-zabiegowy, pokój osób wykonujących zawód medyczny, pomieszczenie porządkowe, a także jadalnia i pomieszczenia przeznaczone do przygotowania lub dystrybucji posiłków i napojów.

W szpitalu uzdrowiskowym w urzędzonym podziemnym wyrobisku górniczym udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej musi być zorganizowane w sposób uniemożliwiający samowolne przemieszczanie się pacjentów do wyrobisk górniczych, w których nie są udzielane te świadczenia.

Ustawodawca dopuścił także tworzenie sanatoriów w urzędzonych wyrobiskach górniczych, przy czym nie nałożył na prowadzącego takie sanatorium obowiązku korzystania z naturalnych surowców leczniczych pochodzących z wyrobiska. Oznacza to, że sposobem leczenia jest specyficzny mikroklimat środowiska. Funkcjonuje tylko jedno sanatorium urzędzone w podziemnym wyrobisku górniczym, na głębokości 135 m pod ziemią. Sanatorium to znajduje się w Wieliczce. Sanatorium świadczy usługi medyczne o profilu pulmonologicznym, laryngologicznym oraz alergologicznym, zarówno dla dorosłych jak i dzieci. Specjalizuje się w leczeniu astmy oskrzelowej o różnej etiologii, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc z towarzyszącym rozstrzeniem oskrzeli oraz wszelkich nawracających, przewlekłych chorób górnych i dolnych dróg oddechowych, na tle alergologicznym, a także zapalnym. Poza tym sanatorium prowadzi rehabilitację innych towarzyszących dolegliwości, takich jak zaburzenia emisji głosu czy schorzenia ściany klatki piersiowej i kręgosłupa oraz chorób nerwowo-mięśniowych. Jak wynika z danych Kopalni Soli w Wieliczce¹⁹⁶, w 2024 r. sanatorium przyjęło na leczenie 4,2 tys. kuracjuszy.

¹⁹⁶ Kopalnia Soli w Wieliczce, <https://www.kopalnia.pl/kopalnia-wiedzy>, dostęp: 09.07.2025.

1.5. Urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego

1.5. Health resort treatment equipment

Urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego odgrywają rolę pomocniczą w procesie leczenia uzdrowiskowego. Urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego mają służyć wsparciu leczenia uzdrowiskowego poprzez wykorzystanie naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu w pijalniach uzdrowiskowych, tężniach, basenach leczniczych i rehabilitacyjnych, urządzonych wyrobiskach górniczych, wybrzeża morskiego czy ścieżkach ruchowych. Zasada działania urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego opiera się na oddziaływaniu bodźców termicznych, chemicznych i mechanicznych na organizm, co prowadzi do zmniejszenia dolegliwości, poprawy kondycji fizycznej i psychicznej. Urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego muszą spełniać określone wymogi techniczne, technologiczne czy sanitarne, a surowce które są używane do ich funkcjonowania (baseny, tężnie), muszą posiadać określone właściwości lecznicze. Wśród urządzeń leczniczych na czoło ważności wysuwają się na pewno pijalnie uzdrowiskowe.

Pijalnie uzdrowiskowe

Health resort pump rooms

Pijalnie uzdrowiskowe to miejsca, gdzie kuracjusze i inni goście korzystają z wód mających właściwości lecznicze, które są charakterystyczne dla danego uzdrowiska odbywając proces kuracji nazywany krenoterapią (z greckiego *krenos* – źródło)¹⁹⁷. Krenoterapia to leczenie uzdrowiskowe polegające na picciu wód mineralnych według wskazań lekarza, które mają w określony sposób oddziaływać na organizm pacjenta. Wykorzystuje się w niej naturalne wody zdrojowe o różnych składach chemicznych, a kuracja ma na celu wykorzystanie ich właściwości leczniczych. Krenoterapia, to jedna z najstarszych form leczenia uzdrowiskowego. W krenoterapii wykorzystuje się głównie wody wodorowęglanowe, szczawowe, wody chlorkowo-sodowe (słone), a także wody siarczkowo-siarkowodorowe. Krenoterapia jest powszechnie stosowana zarówno w pijalniach uzdrowiskowych, jak też w sanatoriach uzdrowiskowych czy szpitalach uzdrowiskowych¹⁹⁸. Ze względu na postęp technologiczny w ostatnich latach pacjenci coraz częściej kontynuują terapię w warunkach domowych, korzystając z butelkowanych wód leczniczych. Są one dostępne w aptekach, specjalistycznych sklepach medycznych, a także w popularnych sieciach handlowych. Krenoterapia jest niewątpliwie ważnym elementem leczenia uzdrowiskowego, który pozwala na wykorzystanie naturalnych zasobów wód leczniczych dla poprawy zdrowia i samopoczucia. Właściwie dobrana i przeprowadzona kuracja pitna wodą leczniczą, może przynieść wiele korzyści dla organizmu, regulując poziom elektrolitów, wspomagając trawienie i uzupełniając niedobory minerałów¹⁹⁹.

Pijalnia jest wtedy pijalnią uzdrowiskową, jeżeli znajduje się w strefie „A” ochrony uzdrowiskowej i jest pijalnią całoroczną. A zatem sam atrybut posiadania wody leczniczej w pijalni i zachowanie reżimu sanitarnego przy jej eksploatacji, nie wystarcza do zaliczenia pijalni do pijalni typu uzdrowiskowego.

¹⁹⁷ A. Fajarczuk-Mękal, D. Masłowiec. Znaczenie krenoterapii w regulacji procesów przemiany Materii i pracy układu pokarmowego, *Żywność. Nauka. Technologia. Jakość* 2025, nr. 1, s. 1–16.

¹⁹⁸ zob. J. Drobniak, M. Malcewicz, P. Józefowski, D. Kurpas, A. Steciwko, *Medycyna uzdrowiskowa – współczesne lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce*, *Family Medicine* 2011, nr 1, s. 13; L. Poprawski, I. Józefko, *Wody lecznicze uzdrowiska Szczawnica: Charakterystyka źródeł, Współczesne problemy hydrogeologii* 1995, a także I. Ponikowska, *Sympodium balneologii. Kierunki i wskazania do leczenia uzdrowiskowego*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2010.

¹⁹⁹ zob. *Polskie Wody Lecznicze*, <https://woda-lecznicza.pl/blog>, dostęp: 07.07.2025.

Pijalnia uzdrowiskowa musi być wyposażona w instalacje do wydawania wody leczniczej pacjentom, spełniające wymagania sanitarne i techniczne, instalacje do podgrzewania wody do temperatury zalecanej przez lekarza. Musi też posiadać salę spacerową o wielkości dostosowanej do liczby kuracjuszy korzystających z krenoterapii i co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne zbiorowe dostosowane do osób z niepełnosprawnościami, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich.

Jakość wód leczniczych w trakcie pobierania z ujęcia, przesyłania za pomocą instalacji do pijalni uzdrowiskowej oraz dystrybucji nie może ulec zmianom pod względem sanitarnohigienicznym oraz wartości terapeutycznej. Pijalnie często też pełnią funkcje społeczne, stanowiąc miejsce koncertów, wystaw, spotkań i integracji.

Tężnie

Graduation towers

Tężnia to konstrukcja budowlana zbudowana z drewna, zazwyczaj z dębu, wypełniona gałązkami tarniny lub brzozy. Naturalnym surowcem leczniczym, który jest wykorzystywany w tężni w procesie leczenia jest solanka. Solanka, zgodnie z ustawą prawo geologiczne i górnicze²⁰⁰, to woda o wysokiej zawartości rozpuszczonych soli mineralnych, nie mniejszej niż 35 g/dm³. Głównymi składnikami solanek są jony chlorkowe, sodowe i wapniowe, ale często solanka zawiera też cenne pierwiastki jak jod, brom, magnez, potas i lit. Solanki wykorzystywane są w lecznictwie, np. do kąpeli solankowych, inhalacji. Solanka, w obiegu zamkniętym, jest pompowana na szczyt tężni i spływa po gałązkach, odparowując i tworząc aerzol bogaty w mikroelementy, takie jak jod, brom, magnez i wapń. Tężnie wykorzystując proces parowania solanki, wytwarzają mikroklimat bogaty w mikroelementy i aerzol solny, co ma działanie lecznicze, zwłaszcza w schorzeniach układu oddechowego²⁰¹. Inhalacje w tężniach nazywane haloterapią²⁰² pomagają w oczyszczaniu dróg oddechowych, łagodzą stany zapalne zatok, nieżyt nosa, kaszel oraz mogą wspomagać leczenie astmy i alergii. Dodatkowo, przebywanie w otoczeniu tężni sprzyja ogólnemu wzmocnieniu odporności, relaksowi i redukcji stresu. Tężnia musi być zlokalizowana w strefie „A” ochrony uzdrowiskowej i działa na podstawie instrukcji funkcjonalnej określającej sposób wytwarzania aerzolu, zakres i częstotliwość monitorowania warunków sanitarnohigienicznych i funkcjonalnych, w tym jakości używanej wody i stan techniczny urządzeń.

W ostatnich latach budowana jest ogromna liczba obiektów, które potocznie określane są mianem tężni. Są to zarówno duże jak i małe obiekty, budowane na wzór tężni uzdrowiskowych, gdzie wykorzystuje się solankę do wytworzenia swoistego mikroklimatu. Według orędowników takich tężni, mają one przyczynić się do poprawy stanu zdrowia i dostarczać organizmowi określoną ilość pierwiastków wpływających pozytywnie na organizm. Przeciwnicy takich tężni podnoszą, że tego typu obiekty nie spełniają wymogów jakie są stawiane tężniom uzdrowiskowym i tężniami być nie mogą, bo nie jest tam zachowany reżim sanitarnohigieniczny, a takie obiekty są wręcz nosicielami

²⁰⁰ Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. prawo geologiczne i górnicze (Dz. U. 2024 poz. 1290).

²⁰¹ zob. T. Sibora, „Solanki” wczoraj i dziś. Zarys dziejów uzdrowiska 1875–2015, Wyd. Pozkał, Inowrocław 2015; I. Ponikowska, D. Ferson, Nowoczesna medycyna uzdrowiskowa, Wyd. Medi Press, Warszawa 2009; A. Burkowska-But, Tężnie jako czynnik kształtujący mikrobiologiczną jakość powietrza w uzdrowisku, Wyd. Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2016; R. Faracik, Tężnie w Polsce. Geneza, stan i przyszłość zjawiska, Prace Geograficzne 2020, nr 161.

²⁰² Haloterapia, wywodzi się od greckiego słowa *halos*, oznaczającego sól (<https://pl.wikipedia.org>, dostęp: 11.07.2025), zob. M. Kamińska, B. Krusiec-Świdergoł, Wykorzystanie terapeutycznych właściwości soli w profilaktyce i leczeniu chorób układu oddechowego, Państwo i Społeczeństwo 2023, nr 1.

zarazków²⁰³. Naukowcy podnoszą, że w tego typu obiektach nie jest też realizowany monitoring bakteriologiczny. W niektórych obiektach tego typu wykorzystywana jest rodzima solanka, ale większość z tych obiektów opiera swoją działalność o solanki dostarczane z różnych miejsc kraju. Solanki te niekoniecznie posiadają właściwości lecznicze. Tego typu obiekty jako nie spełniające przepisów ustawy uzdrowskiej i przepisów wykonawczych, nie są zatem urządzeniami lecznictwa uzdrowskiego i nie mogą być wykorzystywane w procesie leczenia uzdrowskiego. Są co najwyżej specyficznymi miejscami rekreacji, które jednak nie mają nic wspólnego z procesem leczenia.

Przepisy Ministra Zdrowia stwierdzają, że do wytwarzania aerozolu leczniczego w tężni wykorzystuje się wodę uznaną za leczniczą. Aeroszol o określonych właściwościach leczniczych uzyskuje się poprzez zastosowanie właściwego surowca (solanki) i rozwiązań konstrukcyjno-budowlanych, które są określone w instrukcji techniczno-funkcjonalnej opracowanej dla każdej tężni. Wśród wymogów zawarty jest obowiązek wybudowania wzdłuż tężni traktów spacerowych z ławkami, dostosowanych także do potrzeb osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich. Przepis ten wymaga również, aby w pobliżu tężni znajdowało się co najmniej jedno ogólnodostępne pomieszczenie higieniczno-sanitarne dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. Generalnie tężnie są nieodłącznym elementem uzdrowsk, które w procesie leczenia wykorzystują solankę, zarówno do zabiegów (kąpeli) leczniczych jak też do inhalacji. Ze względu na długie tradycje wykorzystywania tężni w lecznictwie uzdrowskim Polska i Niemcy należą do światowej czołówki na rynku haloterapii z użyciem mokrego aerozolu solnego. Firmy polskie i niemieckie są także europejskimi potentatami w zakresie projektowania i budowy tężni²⁰⁴. Według stanu na 2019 r. wymienia się aż 89 tężni solankowych. Obecnie ta liczba jest szacowana na kilkaset. Jednak do danych dotyczących liczby tężni należy podchodzić bardzo ostrożnie, bowiem jak wcześniej wspomniano około 90% obiektów nazywanych tężniami nie można zaliczyć do kategorii tężni uzdrowskich.

Parki Parks

Wśród urządzeń lecznictwa uzdrowskiego służących wspieraniu leczenia uzdrowskiego ustawa uzdrowska wymienia parki. W nazewnictwie potocznym, ale też piśmiennictwie naukowym²⁰⁵ parki, o których mowa w cytowanym przepisie ustawy, nazywa się parkami zdrojowymi lub uzdrowskimi. Ustawa uzdrowska nie zawiera legalnej definicji parku zdrojowego. Trudno jej też szukać w innych przepisach. Definicja encyklopedyczna²⁰⁶ parkiem zdrojowym określa „publiczny park spacerowy należący do zakładu uzdrowskiego, urządzany od 2. poł. XVIII w.; związany z metodami wodolecznictwa (konieczność częstych i długich spacerów); miał formę parku krajobrazowo-geometrycznego z okazałą budowlą tzw. domu zdrojowego, z pawilonami źródeł leczniczych, łazienkami, altanami, kioskami dla orkiestry, letnimi teatrami. Od poł. XIX w. z coraz większymi ogrodami zimowymi i krytymi galeriami do spacerów w czasie niepogody, cukierniami i czytelniami; miejsce popisowych realizacji modnych detali ogrodowych (np. kwietniki dywanowe w Ciechocinku, zegary kwiatowe). Parki zdrojowe zakładano często w atrakcyjnym krajobrazie górskim, rozprzestrzeniały się one na otoczenie, promenady łączyły uzdrowsko z miasteczkiem,

²⁰³ A. Rybak, Popularne tężnie solankowe niebezpieczne dla zdrowia – groźne bakterie, grzyby, promieniowce i gronkowce wykryte w wodzie solankowej i problem braku norm czystości „leczniczej mgiełki”, <https://www.infor.pl>, dostęp: 26.07.2025.

²⁰⁴ R. Faracik, Tężnie w Polsce. Geneza, stan i przyszłość zjawiska, *Prace Geograficzne* 2020, nr 161, s. 48 i 58.

²⁰⁵ O. Płachta, Uzdrowskowska przestrzeń publiczna w wybranych miejscowościach Dolnego Śląska, *Studia Miejskie* 2014, nr 16, s. 75–85.

²⁰⁶ Encyklopedia PWN, <https://encyklopedia.pwn.pl>, dostęp: 11.07.2025.

aleje prowadziły do miejsc pamiątek hist. i punktów widokowych". E. Węclawowicz-Bilska²⁰⁷, tak charakteryzuje wzorzec miejscowości uzdrowiskowej: „(...) podstawowym elementem w kompozycji układów przestrzennych zdrojowisk jest zespół przyrodolecniczy, dominujący w założeniu. Ważność funkcjonalną i kompozycyjną centrum uzdrowiska podkreśla reprezentacyjny charakter zarówno występujących tu okazałych budowli, jak i towarzyszących im zazwyczaj reprezentacyjnych układów zieleni, parków, rozbudowanych alei, promenad, skwerów, zieleńców, ogrodów. W najbliższym sąsiedztwie głównego założenia rozciągają się zwykle duże tereny parkowe lub parkowo-leśne uzdrowiska. W piśmiennictwie specjalistycznym zwraca się uwagę, że „uzdrowiska lokalizowane są zwykle na terenach bogatych w walory krajobrazowe, a zieleń uzdrowisk zawsze tworzyła mocno działający na zmysły odbiorcy obraz, a estetyka otoczenia wpływała na standard wypoczynku. Stan oraz jakość terenów zieleni odgrywała i ciągle odgrywa istotną rolę w rozwoju uzdrowisk”²⁰⁸. Nie ma wątpliwości, że parki zdrojowe pełniły i pełnią funkcję instrumentu psychofizycznego, harmonizując przy tym wizerunek miejscowości uzdrowiskowych²⁰⁹. Parkiem zdrojowym określa się wydzielone tereny zieleni w miejscowościach uzdrowiskowych, które stanowią ważny element kompozycji centrum uzdrowiska, który wpływa na komfort leczenia i wzmacnia oddziaływanie terapeutyczne. Parki z reguły posiadają deptaki lub promenady spacerowe, alejki, ścieżki i tereny ruchowe, siłownie plenerowe, ogrody, rabaty kwiatowe i wyposażone są w elementy architektury ogrodowej typu altany, fontanny, stawy, a nawet pijalnie wód. Są one projektowane z myślą o rekreacji i wypoczynku, ale też o psychoterapeutycznym oddziaływaniu na kuracjusza. Obecnie parki zdrojowe nie pełnią tylko funkcji rekreacyjnych i terapeutycznych w oparciu o układy kompozycyjne zieleni, ale są także miejscem różnego rodzaju plenerowych imprez kulturalnych, artystycznych czy też rekreacyjnych²¹⁰.

Generalnie parki zdrojowe odróżniają się od podobnych istniejących założeń ogrodowych jak: parków miejskich, skwerów, plant czy ogrodów botanicznych swoim układem kompozycyjnym i reprezentacyjnością²¹¹. Dzisiaj, w wielu uzdrowiskach, parki zdrojowe to bardzo wysublimowane formy monumentalnej kompozycji przestrzeni zielonej w uzdrowisku, które zapewniają nie tylko doznania psychofizyczne, ale dają możliwość obcowania z naturą na wyjątkowo wysokim poziomie estetycznym. Parki zdrojowe muszą być zlokalizowane w strefie „A” ochrony uzdrowiskowej, a powierzchnia parku, jego usytuowanie i rodzaj roślinności mają zapewnić kształtowanie korzystnych warunków środowiskowych uzdrowiska. Przepisy dopuszczają możliwość wyznaczenia utwardzonych ścieżek rowerowych, umożliwiających poruszanie się po nich osób z niepełnosprawnościami, w tym osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. W parku muszą znajdować się pojemniki na odpady, a także odpowiednie oświetlenie. W parku mogą występować oznakowane ścieżki ruchowe i można lokalizować siłownie plenerowe, które są oznakowane; dodatkowo w obrębie siłowni plenerowych zamieszcza się informacje określające sposób, w jaki się z nich korzysta. Na terenie lub w pobliżu parku muszą znajdować się pomieszczenia higieniczno-sanitarne zbiorowe, w tym co najmniej jedno pomieszczenie dla osób z niepełnosprawnościami, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. Każdy park musi posiadać przy wejściu regulamin porządkowy określający sposób korzystania z parku. Dzisiaj parki zdrojowe to gigantyczne tereny, liczące od kilku

²⁰⁷ E. Węclawowicz-Bilska, *Uzdrowiska polskie. Zagadnienia programowo-przestrzenne*, Wyd. Politechniki Krakowskiej, Kraków 2008, s. 21.

²⁰⁸ J. Gancarz-Żebracka, *Park zdrojowy w kompozycji miasta Iwnicz-Zdrój*, *Architektura* 2012, nr 19, s. 291–298.

²⁰⁹ M.K. Leniarek, *Rewitalizacja Parków Zdrojowych zagrożeniem dla sfery materialnej i znaczeniowej miejscowości uzdrowiskowych na przykładzie Uzdrowisk Ziemi Kłodzkiej*, *Przestrzeń Urbanistyka Architektura* 2015, nr 1, s. 73–89.

²¹⁰ K. Kasprzak, *Polskie uzdrowiska jako atrakcja dla turystyki kulturowej*, *Turystyka Kulturowa* 2016, nr 1, s. 131.

²¹¹ K. Łakomy, *Ogrody w krajobrazach miast (cz. 2, od. XVIII do XX w.)*, *Architektura Czasopismo Techniczne* 2012, nr 2, s. 23–24.

do kilkudziesięciu hektarów powierzchni, o dobrze urządzonej przestrzeni funkcjonalnej przyciągającej kuracjusza czy turystę swoimi atrakcjami. Niestety w niektórych parkach zdrojowych daje się zauważyć deprecjonowanie ich funkcji uzdrowiskowych na rzecz funkcji gospodarczych. O ile jedne cechują się doskonale dobranym ładem urbanistyczno-przestrzennym, dużymi obszarami zieleni, terenów spacerowych czy rekreacyjnych służących poprawie kondycji i zdrowia, o tyle inne stają się molochami gospodarczymi, w których przewagę posiadają tereny handlowe, krzykliwe parki rozrywki (karuzele, gokarty, hulajnogi, zjeżdżalnie stałe i tzw. dmuchańce) czy tereny gastronomiczne. Jeszcze w innych króluje budki handlowe, kramiki, stoiska handlowe. Nie ma wątpliwości, że tego typu parki nie stanowią żadnego wsparcia dla leczenia uzdrowiskowego i nie mogą być nazwane parkami zdrojowymi. Na ten problem zwraca dziś uwagę wiele osób zajmujących się tą problematyką²¹².

Ścieżki ruchowe

Movement paths

Ścieżki ruchowe to specjalnie wyznaczone, urządzone i oznakowane trasy, przeznaczone do aktywności fizycznej na spacer, bieganie, jazdę na rowerze czy wrotkach. Ścieżki ruchowe mogą też być wyposażone w system urządzeń do ćwiczeń na świeżym powietrzu. Zasadniczym celem ścieżek ruchowych jest aktywne spędzanie czasu oraz promowanie aktywności fizycznej i rekreacji na świeżym powietrzu w otoczeniu przyrody. Bardzo często ścieżki ruchowe znajdują się w parkach, przy promenadach spacerowych, wybrzeżach czy otoczeniu jezior. W ostatnich latach, kiedy zapanowała moda na zdrowy tryb życia i aktywny wypoczynek, ścieżki ruchowe przeżywają swoisty renesans. Są dobrze urządzone i wyposażone w wiele dodatkowych atrakcji, które mają zachęcić do aktywnego wypoczynku. Dzisiaj ścieżki ruchowe funkcjonujące jako ścieżki rowerowe ciągną się kilometrami nie tylko w obrębie uzdrowiska, ale też poza jego granicami obejmując często sąsiednie miejscowości czy nawet przekraczając granice kraju. To samo dotyczy ścieżek zdrowia czy ścieżek biegowych. Ograniczenie lokalizacji ścieżki ruchowej tylko do obszaru uzdrowiska nie jest dziś zasadne.

Urządzone odcinki wybrzeża morskiego

Developed sections of the seacoast

Ustawa uzdrowiskowa nie precyzuje co to jest urządzonego odcinek wybrzeża morskiego, ale w przepisach wykonawczych²¹³ określone zostały wymogi jakie musi spełnić taki obszar. Zgodnie z tym przepisem urządzonego odcinek wybrzeża morskiego musi być wydzielony i przygotowany do terapii ruchowej i bezpiecznego korzystania z walorów morza. W treści tego przepisu określone zostało również, aby woda morska w takim miejscu spełniała wymagania dotyczące czystości mikrobiologicznej, a piasek był wolny od zanieczyszczeń. Przepisy nie wymagają, aby urządzonego odcinek wybrzeża morskiego był ulokowany w strefie ochrony uzdrowiskowej „A”, bo takie obszary na pewno nie są w stanie zmieścić się w obrębie jednej strefy uzdrowiskowej.

Przepisy wykonawcze nakładają też na organizatora urządzonego odcinka wybrzeża morskiego obowiązki dotyczące bezpieczeństwa kąpiących się osób, tzn. jest zlokalizowany co najmniej jeden punkt dozoru zaopatrzonego w sprzęt ratowniczy. Przepisy nakładają na administratora takiego terenu obowiązek wyposażenia go w przebieralnie, pomieszczenia higieniczno-sanitarne

²¹² M.K. Leniartek, *Rewitalizacja Parków...*, op. cit., s. 73–89.

²¹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2024 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urzędnictwo uzdrowiskowego (Dz. U. 2024 poz. 1476).

zbiorowe, punkt pierwszej pomocy medycznej, pojemniki na odpady. Musi być też wyznaczony obszar wodny o głębokości ponad 1 m przeznaczony do kąpeli i wyraźnie oznaczony, a kąpielisko jest zlokalizowane tak, aby miało dogodnie ukształtowane brzeg i dno oraz dobre następczenie. Jak wynika z powyższych wymogów urządzony odcinek wybrzeża morskiego to dobrze zorganizowana plaża i kąpiele w morzu. Nie ma wątpliwości, że przebywanie na takim obszarze ma służyć poprawie stanu zdrowia pacjenta, poprzez pozytywne oddziaływanie na jego organizm morza i słońca. A zatem urządzony odcinek wybrzeża morskiego pozwala na właściwe i bezpieczne stosowanie talasoterapii²¹⁴ i helioterapii w procesie leczenia uzdrowiskowego. Określenie „talasoterapia” zostało wprowadzone przez dr. Josepha de La Bonnardiere²¹⁵. Terminem tym określił on leczenie chorób w klimacie morskim i za pomocą kąpeli w wodzie morskiej. Natomiast naukowe potwierdzenie oddziaływania wody morskiej na organizm ludzki zawdzięczamy René Quintonowi²¹⁶, który w 1897 r. udowodnił, że skład mineralny wody morskiej jest bardzo podobny do osocza ludzkiej krwi (poza różnicą w zasoleniu), co pozwala nam absorbować na drodze osmozy wszystkie cenne związki zawarte w morzu. Późniejsi badacze i lekarze uzyskali naukowe potwierdzenie, że już samo przebywanie w klimacie morskim, oddychanie nasyconą jodem bryzą, kąpiele w morzu czy chodzenie boso po piasku są rodzajem talasoterapii. Talasoterapia to niewątpliwie forma leczenia uzdrowiskowego wykorzystująca nadmorski klimat oraz czynniki terapeutyczne związane z morzem, takie jak piasek, wodę morską czy algi morskie w leczeniu wielu schorzeń. Jeżeli chodzi natomiast o leczenie słońcem, czyli helioterapię to jest to dziś uznana metoda terapeutyczna wykorzystująca światło słoneczne do poprawy zdrowia i samopoczucia. Polega ona na kontrolowanej ekspozycji na słońce, która może przynieść korzyści w leczeniu różnych dolegliwości, a także poprawić samopoczucie i ogólny stan organizmu. Liczni naukowcy dowodzą, że ekspozycja na słońce stymuluje produkcję endorfin i serotoniny, co może pomóc w walce z depresją, sezonowymi zaburzeniami nastroju i stresu. Z kolei promieniowanie ultrafioletowe pobudza produkcję witaminy D, co ma istotne znaczenie dla zdrowia kości, układu odpornościowego i ogólnego samopoczucia. A zatem przebywanie na obszarze urzonego odcinka wybrzeża morskiego i kąpeli w morzu jest nieodłącznym elementem leczenia uzdrowiskowego w uzdrowiskach nadmorskich.

Lecznice i rehabilitacyjne baseny uzdrowiskowe

Therapeutic and rehabilitation health resort pools

Wśród urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego wpływających na proces leczenia uzdrowiskowego wymienia się lecznicze i rehabilitacyjne baseny uzdrowiskowe. Basenami uzdrowiskowymi określa się urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego służące do prowadzenia (pod nadzorem) zabiegów kinezyterapeutycznych kąpielowych, połączonych ewentualnie z gimnastyką podwodną²¹⁷. Baseny uzdrowiskowe dzielą się na baseny lecznicze i rehabilitacyjne. Basen leczniczy, aby był nazwany leczniczym musi być wypełniony wodą leczniczą, która zachowuje swoje właściwości w czasie eksploatacji basenu, a woda lecznicza w basenie spełnia wymagania jakościowe pod względem mikrobiologicznym i fizykochemicznym, potwierdzone badaniami prowadzonymi

²¹⁴ Określenie „talasoterapia” pochodzi od greckich słów: *thalassa* (morze) i *therapea* (terapia, pielęgnacja, opieka), więc dosłownie można je przetłumaczyć jako „terapię morzem”, por. M. Kwaśniak, M. Litwińska, Talasoterapia, jako kuracja wykorzystująca dary morza, Promocja Zdrowia i Ekologia 2018, nr 1–2.

²¹⁵ por. A. Namal, Narodziny talasoterapii w Europie i jej historia w Turcji, [w:] Rola czynników środowiskowych w genezie i działalności uzdrowisk europejskich, B. Płonka-Syroka (red.), Wyd. Quaestio, Wrocław 2024, s. 147–159.

²¹⁶ Portal o zdrowiu, medycynie i zdrowym stylu życia, <https://enel.pl/enelzdrowie/zdrowie>, dostęp: 03.09.2025.

²¹⁷ Definicja wg nieobowiązującej normy branżowej: Uzdrowiskowe baseny lecznicze i rehabilitacyjne, wymagania podstawowe BN-90/9568-02.

zgodnie z przepisami na podstawie ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. 2023 r. poz. 714). W myśl przepisów tego rozporządzenia basen leczniczy może działać w jednym z systemów albo w systemie otwartym, który polega na stałym dopływie wody z ujęcia i odpływie wody z basenu, albo częściowo zamkniętym, który polega na określonym dopływie wody z ujęcia, uzdatnianiu jej metodami fizycznymi i chemicznymi poza basenem i ponownym wprowadzaniu jej do basenu. Niecka basenowa jest napełniana wodą na głębokość od 0,6 m do 1,6 m, w zależności od wieku i wzrostu osób kwalifikowanych do korzystania z basenu. Basen musi też być wyposażony w sprzęt do ćwiczeń; w szczególności na brzegach niecki umieszcza się uchwyty do ćwiczeń, a korzystanie z basenu odbywa się pod nadzorem fizjoterapeuty. Jeżeli chodzi o basen rehabilitacyjny to w jego przypadku powinien on spełniać wymogi takie jak są określone dla basenu leczniczego poza tym, że nie musi on być wypełniany wodą leczniczą lecz wodą spełniającą wymagania jakościowe pod względem mikrobiologicznym i fizykochemicznym. Natomiast od basenu leczniczego odróżnia go jeszcze to, że jest wyposażony w sprzęt do ćwiczeń, bowiem na brzegach niecki umieszcza się uchwyty do ćwiczeń; poręcze do ćwiczeń rehabilitacyjnych, które powinny zajmować minimum 50% obwodu basenu, przy czym mogą one stanowić oddzielny element konstrukcyjny, jak też stanowić stałe części niecki basenowej.

Urządzone podziemne wyrobiska górnicze

Developed underground mining excavations

W urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych lokalizowane są podziemne szpitale uzdrowskowie i podziemne sanatoria. Ta specyficzna lokalizacja zakładów lecznictwa uzdrowskiego pod ziemią wymaga też zapewnienia wyjątkowych wymogów bezpieczeństwa. Przepisy wymagają, aby stropy i ociosy wyrobiska były zabezpieczone odpowiednią obudową zapewniającą bezpieczeństwo. Ponadto stropy i ociosy wyrobiska oraz stan techniczny i stateczności obudowy podlegają stałej kontroli w celu zachowania bezpieczeństwa. Przy urządzaniu wyrobiska musi być zapewniony stały i niezmienny dopływ powietrza przewietrzającego rejon komór. Celem uzyskania optymalnych warunków skuteczności leczenia odpowiednie przepisy określają parametry dla urządzonego podziemnego wyrobiska górniczego, jakie powinien posiadać mikroklimat w komorach leczniczych; dotyczy to przede wszystkim prędkości przepływu, temperatury, wilgotności oraz składu chemicznego i stopnia jonizacji powietrza. Miejsce to musi posiadać rezerwowe chodniki awaryjne pozwalające na ewakuację z pomieszczeń, które są zagospodarowane do celów leczniczych, na powierzchnię, a na drogach komunikacyjnych zakłada się rezerwowe stanowiska pomiarowe. Jakikolwiek prace zabezpieczające prowadzone w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym są wykonywane na podstawie: pomiarów zamontowanych rozwarstwieniomierzy, pomiarów konwergencji pionowej i poziomej, okresowych pomiarów niwelacyjnych, badań próbek pobranych z miejsc, w których są wykonywane iniekcje skał. Ponadto komory są urządzone i wyposażone w sposób zapewniający bezpieczeństwo pacjentów i personelu, w tym wyposażone w system łączności, a komunikacja w komorach leczniczych jest dostosowana do poruszania się osób z niepełnosprawnościami, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. W komorach zapewnia się stałe zasilanie w energię elektryczną; oświetlenie pomieszczeń odbywa się w sposób ciągły, a w odpowiedniej odległości od urządzonego podziemnego wyrobiska górniczego znajdują się pomieszczenia higieniczno-sanitarne zbiorowe. Określenie tak rygorystycznych wymogów w podziemnych wyrobiskach górniczych, gdzie prowadzone jest leczenie uzdrowskowie, wcale nie dziwi, bo podyktowane jest ono przede wszystkim względami bezpieczeństwa pacjentów.

Jak widać z przedstawionego materiału, liczba różnorodnych urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego zlokalizowanych w uzdrowisku, jest niezwykle przydatna w procesie leczenia uzdrowiskowego w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego. Niektóre z nich stanowią bardzo specyficzny rodzaj produktu leczniczego np. baseny lecznicze, pijalnie, tężnie, urządzone wyrobiska górnicze, a inne ze względu na swoją powszechną i uniwersalną rolę np. parki, urządzone odcinki wybrzeża morskiego, ścieżki ruchowe, są dziś powszechnym elementem krajobrazu uzdrowisk.

1.6. Zasady finansowania i korzystania z lecznictwa uzdrowiskowego

1.6. Principles of financing and using health resort treatment

W Europie i na świecie istnieją różne systemy finansowania lecznictwa uzdrowiskowego, które są w zasadzie odzwierciedleniem polityki Państwa w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony zdrowia obywateli. W Europie można wyróżnić w zasadzie dwa główne systemy finansowania ochrony zdrowia tzw. ubezpieczeniowy i usługowy²¹⁸. System ubezpieczeniowy opiera się na obowiązkowym ubezpieczeniu zdrowotnym obywateli, a usługowy²¹⁹ jest oparty na finansowaniu opieki zdrowotnej z podatków ogólnych. Istnieje także system mieszany, oparty zarówno na obowiązkowym ubezpieczeniu zdrowotnym, jak też na pokrywaniu części świadczeń z podatków ogólnych. Niemal w każdym systemie występuje też dobrowolne uiszczanie składek celem korzystania z systemu ochrony zdrowia.

System opieki zdrowotnej opiera się na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Obowiązkowa składka zdrowotna w wysokości 9% osiągniętych wynagrodzeń odprowadzana jest poprzez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) do NFZ. Osoby objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym (tzw. świadczeniobiorcy) mają prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie; świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane²²⁰.

System opieki zdrowotnej od czasów reform przeprowadzonych u progu XXI w. bazuje na ubezpieczeniowo-budżetowym modelu finansowania. Wśród głównych zasad jego funkcjonowania znajduje się solidaryzm społeczny, związany ściśle z mechanizmem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz równym dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez publicznego płatnika²²¹.

Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zasady i tryb finansowania świadczeń, zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych, zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń, zasady powszechnego – obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, podstawy instytucjonalno-proceduralne dotyczące stosowania przepisów i zasady funkcjonowania, organizację i zadania NFZ reguluje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

²¹⁸ M. Resiak-Urbanowicz, Analiza porównawcza systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach europejskich w kontekście turystyki uzdrowiskowej, Zeszyty Naukowe 2012, nr 225, s. 136.

²¹⁹ J. Brożyniak, J. Iłżecka, M.J. Jarosz, Z. Orzeł, V. Siwińska, Modele systemów opieki zdrowotnej w Polsce i w wybranych państwach europejskich, Zdrowie Publiczne 2008, nr 118, s. 358–367.

²²⁰ A. Piechota, Miejsce i rola ubezpieczeń w systemie ochrony zdrowia, Studia Ekonomiczne 2014, nr 198, s. 207.

²²¹ J. Suchecka, Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej, Wyd. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2016, s. 37–41.

Świadczenia uzdrowiskowe na rynku publicznym w części lub całości finansowane są przez NFZ, ZUS, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). Ostatni z wymienionych płatników współfinansuje turnusy rehabilitacyjne w uzdrowiskach osobom niepełnosprawnym oraz ich opiekunom. ZUS oraz KRUS finansują ubezpieczonym świadczenia uzdrowiskowe w formie rehabilitacji leczniczej, prowadzonej w ramach tzw. prewencji rentowej. Dominującym płatnikiem publicznym usług uzdrowiskowych pozostaje NFZ (ok. $\frac{3}{4}$ rynku publicznego), finansujący świadczenia z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego²²². Pacjenci korzystający z leczenia uzdrowiskowego na NFZ zazwyczaj pokrywają niewielką część kosztów zakwaterowania i wyżywienia, natomiast leczenie jest w pełni refundowane przez NFZ. Świadczeniobiorca ponosi koszty przejazdu na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową i z leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej oraz częściową odpłatność za wyżywienie i zakwaterowanie w sanatorium uzdrowiskowym. Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych pokrywa do wysokości określonej w umowie NFZ z sanatorium uzdrowiskowym różnicę kosztów wyżywienia i zakwaterowania ubezpieczonego. Przepisy określają, że „dzieci i młodzież do ukończenia lat 18, a jeżeli kształcą się dalej – do ukończenia lat 26, dzieci niepełnosprawne w znacznym stopniu – bez ograniczenia wieku, a także dzieci uprawnione do renty rodzinnej nie ponoszą odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania w szpitalu uzdrowiskowym dla dzieci, sanatorium uzdrowiskowym dla dzieci i sanatorium uzdrowiskowym”.

Zasady odpłatności pacjenta za zakwaterowanie i wyżywienie są określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia²²³. Ich wysokość zależy od standardu (pokój jednoosobowy, dwuosobowy lub wieloosobowy) oraz terminu pobytu w zakładzie leczniczym (maj–wrzesień lub październik–kwiecień). Dla przykładu w 2025 r. wyższe stawki nalicza się za pokój jednoosobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym (37,4 zł – 40,9 zł) oraz pobyt w sezonie tzw. wysokim (od 1 maja do 30 września), a niższe za pokój wieloosobowy lub pozbawiony pełnego węzła higieniczno-sanitarnego (11,9 zł – 33,2 zł).

Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych²²⁴ stwierdza, że do zakresu działania ZUS należy także prowadzenie prewencji rentowej, obejmującej, po pierwsze rehabilitację leczniczą ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy, osób uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego, a także osób pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy, po drugie badania i analizy przyczyn niezdolności do pracy, a także inne działania prewencyjne. Kwestie leczenia w ramach rehabilitacji leczniczej oraz zasad kierowania pacjentów na to leczenie, jak również zawierania umów z podmiotami leczniczymi reguluje rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne²²⁵.

Orzeczenie w sprawie rehabilitacji wydaje lekarz orzecznik ZUS po przeprowadzeniu badania lub na podstawie zgromadzonej dokumentacji z leczenia. Rehabilitacja trwa 24 dni, ale ordynator ośrodka rehabilitacyjnego może ją wydłużyć albo skrócić po uprzedniej zgodzie ZUS. Po zakończonej rehabilitacji

²²² J. Suchecka, R. Jaworska, Finansowanie publiczne i realizacja świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce w latach 2003–2014, Problemy zarządzania 2015, nr 2, s. 216–230.

²²³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. 2024 poz. 529 t.j.).

²²⁴ Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. 2025 poz. 350 t.j.).

²²⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz. U. 2019 poz. 277 t.j.).

w ośrodku pacjent otrzymuje dokument „Informacja o przebytej rehabilitacji” z najistotniejszymi informacjami o jej przebiegu i stanie zdrowia²²⁶. ZUS pokrywa koszty rehabilitacji: leczenia, zakwaterowania i wyżywienia. ZUS pokrywa też koszty dojazdu najtańszym środkiem komunikacji publicznej z miejsca zamieszkania do ośrodka rehabilitacyjnego i koszty powrotu z tego ośrodka. Pacjent może być skierowany na rehabilitację w systemie: stacjonarnym (pobyt całodobowy w ośrodku rehabilitacyjnym) w przypadku schorzeń: narządu ruchu, narządu ruchu po wypadku (wczesna rehabilitacja powypadkowa), układu krążenia, układu oddechowego, psychosomatycznych, onkologicznych po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego, narządu głosu, ośrodkowego układu nerwowego, albo ambulatoryjnym w przypadku schorzeń: narządu ruchu, układu krążenia, w tym monitorowanego telemedycznie. ZUS nie posiada własnych ośrodków rehabilitacyjnych. Zawiera umowy z ośrodkami, które muszą spełnić określone wymagania prawne, kadrowe, lokalowe i medyczne. Określone przez ZUS ośrodki zlokalizowane są na terenie całej Polski, w tym także w miejscowościach uzdrowiskowych.

Kwestie ubezpieczenia społecznego rolników i kierowania ich na rehabilitację leczniczą regulowane są ustawą z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników²²⁷. Zgodnie z ustawą KRUS „podejmuje działania na rzecz osób wykazujących całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym, ale rokujących jej odzyskanie w wyniku leczenia i rehabilitacji leczniczej, albo zagrożonych całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym, które podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy w pełnym zakresie albo podlegają ubezpieczeniu wypadkowemu, chorobowemu i macierzyńskiemu na wniosek w pełnym zakresie nieprzerwanie co najmniej przez 18 miesięcy przed złożeniem wniosku o rehabilitację leczniczą, z tym że okres ten nie jest wymagany w przypadku ubezpieczonego zagrożonego całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym wskutek wypadku przy pracy rolniczej, lub posiadają ustalone prawo do okresowej renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy i zachowały zdolność do samodzielnej egzystencji”. Działania te obejmują w szczególności kierowanie na rehabilitację leczniczą do zakładów rehabilitacyjnych oraz prowadzenie zakładów rehabilitacji leczniczej.

Z rehabilitacji leczniczej realizowanej za pośrednictwem KRUS mogą korzystać osoby zagrożone całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym albo uznane okresowo za całkowicie niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, ale rokujące odzyskanie tej zdolności w wyniku leczenia i rehabilitacji. Na turnusy rehabilitacyjne kierowane są osoby, które spełniają jeden z następujących warunków: podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy w pełnym zakresie; podlegają ubezpieczeniu wypadkowemu, chorobowemu i macierzyńskiemu na wniosek w pełnym zakresie nieprzerwanie co najmniej 18 miesięcy przed złożeniem wniosku o rehabilitację leczniczą; mają ustalone prawo do okresowej renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy i zachowali zdolność do samodzielnej egzystencji.

Jeżeli na rehabilitację leczniczą jest kierowane dziecko wymagające opieki ze względu na wiek lub stan zdrowia, pobyt w zakładzie rehabilitacji leczniczej zapewnia się również opiekunowi prawnemu tego dziecka. Według rozporządzenia Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 19 grudnia 2022 r. w sprawie rehabilitacji leczniczej i turnusów regeneracyjnych²²⁸, opiekun prawny dziecka, o którym mowa w art. 64 ust. 4 ustawy, ponosi odpłatność za pobyt w zakładzie rehabilitacji leczniczej według stawki za rehabilitację pomniejszoną o koszty leczenia w tym zakładzie, chyba że został skierowany na rehabilitację leczniczą w tym samym zakładzie rehabilitacji leczniczej.

²²⁶ Rehabilitacja lecznicza ZUS, <https://www.zus.pl>, dostęp: 19.07.2025.

²²⁷ Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. 2025 poz. 197 t.j.).

²²⁸ Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 19 grudnia 2022 r. w sprawie rehabilitacji leczniczej i turnusów regeneracyjnych (Dz. U. 2022 poz. 2757).

W odniesieniu do skierowań na rehabilitację KRUS stosuje zasadę, że pierwszeństwo w skierowaniu na rehabilitację leczniczą mają osoby, dla których potrzeba rehabilitacji jest uzasadniona następstwem wypadku przy pracy rolniczej. Głównym celem prowadzonej rehabilitacji jest zapobieganie inwalidztwu lub ograniczenie go do poziomu umożliwiającego ubezpieczonemu dalsze wykonywanie pracy w gospodarstwie rolnym, a w przypadku osób, które zdolność do pracy utraciły – jej przywrócenie, o ile jest to możliwe w wyniku leczenia i rehabilitacji.

Osoba, która chce skorzystać z rehabilitacji organizowanej przez KRUS, musi spełniać określone wymagania²²⁹. Poddanie się rehabilitacji jest całkowicie dobrowolne i w niczym nie ogranicza prawa rolnika do świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego rolników z wyjątkiem prawa do zasiłku chorobowego za okres przebywania w zakładzie rehabilitacji leczniczej. Rehabilitacja jest organizowana w formie 21-dniowych turnusów prowadzonych we własnych Centrach Rehabilitacji Rolników KRUS lub jednostkach wybranych w drodze konkursu. Każdorazowo świadczenie rehabilitacyjne przyznawane jest na wniosek lekarza ustalającego wskazania do odbycia rehabilitacji leczniczej. Wypełniony wniosek, który swą ważność zachowuje 6 miesięcy, należy złożyć (osobiście lub wysłać pocztą) we właściwym oddziale regionalnym lub placówce terenowej KRUS. Wnioski podlegają rejestracji, sprawdzeniu pod względem formalnym i ocenie merytorycznej. Po akceptacji lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego KRUS, rolnicy otrzymują propozycję wyjazdu. W przypadku gdy rolnik wyrazi zgodę na proponowany termin i miejsce rehabilitacji leczniczej, otrzymuje skierowanie.

Jak wynika z rozporządzenia, z rehabilitacji leczniczej można korzystać nie częściej niż co 12 miesięcy. Natomiast osobom, które mają ustalone prawo do zasiłku chorobowego z tytułu czasowej niezdolności do pracy trwającej ponad 180 dni, a także osobom mającym ustalone prawo do okresowej renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym – świadczenie rehabilitacyjne można przyznać po upływie 6 miesięcy od dnia zakończenia poprzedniej rehabilitacji. W przypadku uzasadnionych potrzeb zdrowotnych pacjenta, okres oczekiwania na ponowne skierowanie może zostać skrócony, a sam pobyt przedłużony.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami pobyt na turnusie KRUS dla tej grupy pacjentów jest bezpłatny, a zakład rehabilitacji leczniczej zwraca osobie skierowanej koszty przejazdu do placówki rehabilitacyjnej w wysokości odpowiadającej cenie biletu najtańszego dostępnego środka transportu zbiorowego. Każdego roku z rehabilitacji leczniczej za pośrednictwem KRUS korzysta około 14 tys. osób. KRUS posiada 6 Centrów Rehabilitacji Rolników. Znajdują się one w miejscowościach uzdrowskich takich jak: Iwonicz-Zdrój, Kołobrzeg, Horyniec-Zdrój, Świnoujście oraz w miejscowości Jedlec i Szklarska Poręba.

O ile NFZ, ZUS i KRUS finansuje prowadzenie lecznictwa uzdrowskiego i rehabilitacji ubezpieczonych i prowadzi leczenie i rehabilitację w uzdrowskich, o tyle PFRON jako kolejna instytucja zajmująca się rehabilitacją osób niepełnosprawnych, może prowadzić takie leczenie w uzdrowskich, ale nie jest do tego zobligowana żadnymi przepisami. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych²³⁰ upoważniła Ministra Pracy i Polityki Społecznej do uregulowania kwestii organizacji turnusów rehabilitacyjnych dla niepełnosprawnych, warunków jakie powinni spełniać organizatorzy tych turnusów i ośrodki, w których odbywają się turnusy, a także rodzaje turnusów organizowanych przez PFRON. W wykonaniu postanowień ustawy Minister Pracy i Polityki Społecznej wydał rozporządzenie z dnia

²²⁹ Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Rehabilitacja lecznicza, <https://www.gov.pl>, dostęp: 20.07.2025.

²³⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2025 poz. 913 t.j.).

15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych²³¹, w którym określone zostały rodzaje turnusów rehabilitacyjnych organizowanych przy udziale środków PFRON, warunki, jakie powinny spełniać osoby niepełnosprawne ubiegające się o dofinansowanie uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych, jak też tryb składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie. W wielu uzdrowiskach są prowadzone turnusy rehabilitacyjne z dofinansowaniem PFRON. Turnusy te są przeznaczone dla osób z niepełnosprawnościami i organizowane przez podmioty posiadające wpis do rejestru organizatorów turnusów rehabilitacyjnych.

W uzdrowiskach organizowane są także turnusy leczniczo-rehabilitacyjne, dofinansowane przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) i Miejskie Ośrodki Pomocy Rodzinie (MOPR). Zasady organizacji turnusów leczniczych w uzdrowiskach przez PCPR regulowane są głównie przepisami odnoszącymi się do PFRON i obejmują kwestie wyboru organizatora, dofinansowania, terminu składania wniosków i przekazywania informacji. Osoba niepełnosprawna, po otrzymaniu dofinansowania, sama wybiera organizatora i miejsce turnusu, informując o tym PCPR. Organizatorzy turnusów muszą spełniać określone warunki i być wpisani do rejestru. PCPR może odmówić dofinansowania w przypadku niespełnienia warunków lub nieprzekazania wymaganych dokumentów.

Zgodnie z regulacjami ustawy uzdrowiskowej, osoby inne niż świadczeniobiorcy, którzy nie uzyskali skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową mogą korzystać z lecznictwa uzdrowiskowego za odpłatnością, w wysokości ustalonej przez zakład lecznictwa uzdrowiskowego, po przedstawieniu zaświadczenia o braku przeciwwskazań do korzystania z danego rodzaju świadczeń zdrowotnych w danym uzdrowisku. Korzystanie z leczenia uzdrowiskowego przez osoby, które nie uzyskały skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo które zdecydowały się opłacić swój pobyt samodzielnie mogą skorzystać z leczenia uzdrowiskowego, jeżeli zapewniono korzystanie z tego leczenia świadczeniobiorcom uprawnionym do tego leczenia. A zatem przesłanką do korzystania z leczenia uzdrowiskowego na zasadach komercyjnych jest brak przeciwwskazań do takiego leczenia oraz zapewnienie leczenia osobom uprawnionym. W praktyce oznacza to, że z leczenia uzdrowiskowego na zasadach komercyjnych można skorzystać w danym zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego (szpitalu, sanatorium), jeżeli zakład ten zapewnił leczenie dla wszystkich osób skierowanych przez NFZ do tego zakładu. Finansowanie zakładów lecznictwa uzdrowiskowego jest wieloaspektowe, obejmujące zarówno środki publiczne, jak i prywatne. Jednak kluczową rolę w ponoszeniu kosztów leczenia odgrywa NFZ.

1.7. Rodzaje pobytów (szpitalny, sanatoryjny, rehabilitacyjny)

1.7. Types of stays (hospital, sanatorium, rehabilitation)

W leczeniu uzdrowiskowym można wyróżnić dwa główne rodzaje pobytów: stacjonarne i ambulatoryjne. Pobyt stacjonarny to taki, gdzie pacjent mieszka i stołuje się w obiekcie uzdrowiskowym (szpitalu, sanatorium), korzystając jednocześnie z zabiegów. Natomiast pobyt ambulatoryjny to forma, w której pacjent przyjeżdża na zabiegi, ale mieszka i żywi się poza uzdrowiskiem. Jeżeli chodzi o pobyt rehabilitacyjny w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego to jest to zorganizowany proces leczenia, który ma na celu przywrócenie pacjentowi zdrowia lub poprawę jego sprawności, poprzez wykorzystanie naturalnych surowców leczniczych i metod rehabilitacyjnych w warunkach uzdrowiskowych. Takie pobyty odbywają się w specjalistycznych zakładach leczniczych spełniających

²³¹ Rozporządzenie z dnia 15 listopada 2007 r. Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. 2007 nr 230 poz. 1694 z późn. zm.).

określone warunki techniczne, medyczne i organizacyjne. Głównym celem pobytu rehabilitacyjnego jest poprawa stanu zdrowia pacjenta, zwiększenie jego samodzielności ruchowej i społecznej, a także profilaktyka schorzeń. W uzdrowiskach mieści się ogromna baza lecznicza funkcjonująca w postaci sanatoriów i szpitali uzdrowiskowych.

Jak wynika z danych GUS²³² w końcu 2024 r. działalność leczniczą prowadziło 41 szpitali uzdrowiskowych (w tym 3 dla dzieci). Leczenie szpitalne w uzdrowiskach, inaczej leczenie uzdrowiskowe w szpitalu, to forma rehabilitacji, która ma na celu przywrócenie pacjentom sprawności po leczeniu szpitalnym lub ambulatoryjnym, wykorzystując naturalne zasoby uzdrowiska. Pobyt w szpitalu uzdrowiskowym trwa zazwyczaj 21 dni, a w przypadku rehabilitacji uzdrowiskowej – 28 dni.

Leczenie w szpitalu uzdrowiskowym jest bezpłatne, NFZ pokrywa koszty opieki medycznej, zabiegów, zakwaterowania i żywienia. Pacjenci otrzymują minimum 3 zabiegi dziennie, 6 dni w tygodniu, dobrane indywidualnie do ich stanu zdrowia. Szpitale uzdrowiskowe są rodzajem szpitali, w których realizowane są świadczenia zdrowotne w warunkach stacjonarnych, z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych.

Leczenie uzdrowiskowe jest kontynuacją leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego. Jego zadaniem jest rehabilitacja, leczenie chorób przewlekłych oraz szeroko pojęta profilaktyka. Jak zauważa P. Jachimowicz-Jankowska²³³, „w trakcie korzystania z tej kuracji pacjenci są poddawani kompleksowym programom leczniczym. Dzięki nim umożliwia się leczenie chorób przewlekłych, które w obecnej dobie pochłaniają duże koszty na leczenie naprawcze, rehabilitację oraz opiekę socjalno-medyczną”.

Na koniec 2024 r. funkcjonowały 194 sanatoria uzdrowiskowe (w tym 2 dla dzieci i 1 sanatorium w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym), a także 7 przychodni i 21 zakładów przyrodolecznicznych obsługujących kompleksy uzdrowiskowe. Jak wynika z danych GUS w końcu 2024 r. w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych znajdowało się 46,1 tys. łóżek (o 0,4 tys. więcej niż rok wcześniej). Na leczeniu w trybie stacjonarnym przebywało w ciągu roku 798,9 tys. pacjentów (o 2,5% mniej niż w 2023 r.). Średni czas pobytu kuracjusza w opiece stacjonarnej wyniósł 16 dni.

Świadczenia zdrowotne w uzdrowiskach charakteryzują się wysoką kompleksowością, a w ich skład wchodzi usługi profilaktyczne, w tym edukacja zdrowotna oraz wykorzystujące wiele naturalnych metod leczniczych, takich jak wody mineralne, gazy i peloidy. Wzajemne uzupełnianie się tych metod potęguje uzyskiwany efekt leczniczy związany z pobylem kuracjusza w uzdrowisku²³⁴. Lecznictwo uzdrowiskowe wiąże ze sobą osiągnięcia współczesnej medycyny z metodami naturalnymi, a do pacjenta w procesie leczenia i opieki podchodzi holistycznie, dbając o jego sferę fizyczną oraz duchową. Specjaliści zajmujący się problematyką uzdrowiskową zauważają, że wśród głównych zalet tego rodzaju świadczeń wymienia się jego stosunkowo szeroką dostępność, niewielkie ryzyko skutków ubocznych, dobrą tolerancję kuracji przez pacjentów, długo utrzymujący się efekt leczniczy oraz stosunkowo niewielki koszt²³⁵. W procesie leczenia uzdrowiskowego bardzo ważne są ustalone priorytety leczenia. Priorytety zmieniają się w zależności od występujących chorób, zagrożeń chorobami, polityki zdrowotnej i ustalonej profilaktyki. I tak do 2021 r. obowiązujące

²³² GUS: Działalność lecznicza zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej w 2024 r., dostęp: 23.07.2025.

²³³ P. Jachimowicz-Jankowska, *Prawo pacjenta...*, op. cit., s. 95.

²³⁴ I. Ponikowska, D. Ferson, *Nowoczesna medycyna uzdrowiskowa*, Medi Press, Warszawa 2009, s. 41–44.

²³⁵ J. Drobniak, M. Malcewicz, P. Józefowski, D. Kurpas, A. Steciwko, *Medycyna uzdrowiskowa – współczesne leczenie uzdrowiskowe w Polsce*, *Family Medicine* 2011, nr 1.

rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych²³⁶ określało, które obszary opieki zdrowotnej powinny być traktowane jako priorytetowe. Wśród nich znajdowało się m.in. zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu: chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu, nowotworów złośliwych, przewlekłych chorób układu oddechowego, ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadków, w szczególności poprzez skuteczną rehabilitację osób poszkodowanych, zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego, rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności, poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym, przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy, ograniczanie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy i zamieszkania, zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży czy też zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych.

Dnia 30 marca 2021 r. rozporządzeniem Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025²³⁷, Rada Ministrów przyjęła Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025. W załączniku do tego rozporządzenia określony został cel strategiczny, którym jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu. Ustalono również cele operacyjne i zadania służące realizacji tych celów. Do tych celów zaliczono: profilaktykę nadwagi i otyłości, profilaktykę uzależnień, promocję zdrowia psychicznego, zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne, wyzwania demograficzne.

Rozwinięta sieć polskich uzdrowisk, w których działalność prowadzą zakłady lecznictwa uzdrowiskowego jest wielkim atutem w programie rozwoju społeczno-gospodarczego. Dlatego też ważne jest sprostanie wyzwaniu jakim jest promowanie zdrowego i aktywnego starzenia się. Jednym z największych wyzwań, a także jednym z najważniejszych celów dla współczesnej polityki społecznej i zdrowotnej jest jak najdłuższe zachowanie szeroko pojętej sprawności przez osoby starsze, zarówno fizycznej, jak i psychicznej²³⁸.

Należy zatem promować możliwość szerszego wykorzystania lecznictwa uzdrowiskowego jako elementu kompleksowej opieki i leczenia pacjenta w systemie ochrony zdrowia, także w zakresie realizacji opieki poszpitalnej (jako kontynuacji leczenia szpitalnego) oraz rehabilitacji w warunkach uzdrowiskowych.

Zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego będzie wzrastać ze względu na proces starzenia się społeczeństwa i wzrost zachorowalności na cywilizacyjne choroby przewlekłe, które mogą być skutecznie leczone w uzdrowiskach i którym w uzdrowiskach można zapobiegać.

²³⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. 2018 poz. 469).

²³⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 z dnia 30 marca 2021 r. (Dz. U. 2021 poz. 642).

²³⁸ M. Przygucka-Gawlik, M. Krysińska, H., Marczak, Raport z rekomendacjami z przebiegu debaty eksperckiej oraz badania fokusowego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2018.

Świadczeniobiorcy: kuracjusze i pacjenci

Beneficiaries: patients and visitors

W uzdrowiskach, w potocznym rozumieniu, termin kuracjusz odnosi się do osób korzystających z zakładów lecznictwa uzdrowiskowego typu sanatoria, a termin pacjent odnosi się do osób korzystających ze szpitala uzdrowiskowego. Według słownika języka polskiego²³⁹, słowo pacjent to „chory zwracający się po poradę do lekarza lub będący pod jego opieką”. Natomiast słowo kuracjusz to w potocznej definicji „osoba przebywająca na kuracji w uzdrowisku”. W praktyce pacjent to osoba, która korzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej, niezależnie od tego, czy jest chora, czy zdrowa. Może to być osoba, która zgłasza się do lekarza, pielęgniarki, dentysty lub innego pracownika służby zdrowia po pomoc lub jest pod ich opieką. Słowo „pacjent” pochodzi od łacińskiego *patiens*, co oznacza „cierpiący” lub „wytrwały”. Z kolei kuracjusz to osoba przebywająca w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego na leczeniu stacjonarnym lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych w trybie ambulatoryjnym. Inaczej mówiąc, to ktoś, kto korzysta z uzdrowiska, gdzie prowadzone jest leczenie związane z naturalnymi czynnikami leczniczymi, takimi jak wody lecznicze, gazy lecznicze, peloidy czy klimat sprzyjający leczeniu. Słowo „kuracjusz” pochodzi od łacińskiego słowa *curatio*, które oznacza leczenie, opiekę, pielęgnację lub kurację. W uzdrowiskach bardzo często używa się tych słów zamiennie nie przywiązując do ich znaczenia większej wagi, choć w praktyce częściej używa się słowa kuracjusz niż pacjent. W rzeczywistości jest to zatem pewna zbitka pojęciowa, która nie do końca oddaje specyfikę i znaczenie słów pacjent-kuracjusz. Natomiast definicję pacjenta można znaleźć w różnych źródłach, w tym w ustawodawstwie dotyczącym praw pacjenta oraz w definicjach medycznych. Według ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁴⁰, słowo pacjent oznacza „osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny”. Słowo pacjent, a nie kuracjusz, pojawia się też w wielu miejscach ustawy uzdrowiskowej szczególnie w kontekście zadań jakie wykonują zakłady lecznictwa uzdrowiskowego. Ustawodawca powszechnie używa tam zwrotu „zapewnienie pacjentowi”²⁴¹. Wydaje się, że słowo „kuracjusz” zostało utrwalone w powszechnym jego stosowaniu w uzdrowiskach w oparciu o zaszczości historyczne²⁴², gdzie operowano pojęciem „kuracjusz”. To pojęcie pojawia się też w przepisach zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 października 1991 r., gdzie słowo kuracjusz oznaczało, że jest to osoba korzystająca z leczenia uzdrowiskowego, która obowiązana jest przestrzegać zaleceń objętych programem leczenia uzdrowiskowego i stosować się do regulaminu zakładu lecznictwa uzdrowiskowego. A zatem należy uznać, że o ile słowo „pacjent” jest pojęciem prawnie zdefiniowanym, o tyle słowo „kuracjusz” jest nazewnictwem stosowanym potocznie, na skutek utrwalonej praktyki, ale w oparciu o prawne zaszczości historyczne.

Ustawa uzdrowiskowa jak też ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej nie zawiera wprost definicji legalnej świadczeniobiorcy, ale w wielu miejscach wskazuje, że świadczeniobiorca to osoba uprawniona do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz osoba, która faktycznie z tych świadczeń korzysta. Oznacza to, że świadczeniobiorcą jest zarówno osoba ubezpieczona, jak i inne osoby uprawnione do korzystania z publicznej służby zdrowia, np. osoby nieubezpieczone spełniające określone kryteria dochodowe lub wiekowe, lub też osoby, którym przysługują świadczenia na podstawie umów międzynarodowych.

²³⁹ Słownik Języka Polskiego PWN, <https://sjp.pwn.pl>, dostęp: 24.07.2025.

²⁴⁰ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2024 poz. 581 t.j.).

²⁴¹ por. K. Wojtczak, Rozważania nad pojęciem pacjenta, [w:] Jednostka w demokratycznym państwie prawa, J. Filipka (red.), Wyd. Wyższa Szkoła Administracji, Bielsko-Biała 2003, s. 744–750; D. Karkowska, Ustawa o Prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Wyd. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010, s. 76.

²⁴² Ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym (Dz. U. 1966 nr 23 poz. 150).

Uprawnionymi do określonych przepisami świadczeń zdrowotnych są ubezpieczeni podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu w NFZ, zarówno obowiązkowo jak i dobrowolnie. Do korzystania ze świadczeń na zasadach określonych w ustawie ubezpieczeniowej mają prawo ubezpieczeni, czyli osoby: podlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego; ubezpieczające się dobrowolnie; będące członkami rodzin osób podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu lub ubezpieczających się dobrowolnie, a także inne niż ubezpieczone osoby, które: posiadają obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium RP, które spełniają kryterium dochodowe określone w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej²⁴³; uprawnione do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego; posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium RP, które nie ukończyły 18. roku życia oraz kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu.

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej wynika z treści ustawy uzdrowiskowej. Zgodnie z tymi przepisami leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitacja uzdrowiskowa przysługuje świadczeniobiorcy na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie to wymaga potwierdzenia przez NFZ. Do potwierdzenia oraz odmowy potwierdzania skierowania nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.

Generalnie uprawnienia świadczeniobiorców w systemie opieki zdrowotnej obejmują prawo do korzystania ze świadczeń, potwierdzanie uprawnień, a także szczególne uprawnienia dla niektórych grup, jak kombatanci czy osoby z niepełnosprawnościami. Pacjenci mają prawo do świadczeń zdrowotnych, których celem jest profilaktyka, leczenie i rehabilitacja.

Uwagi końcowe

Concluding remarks

System lecznictwa uzdrowiskowego to zorganizowany sposób korzystania z naturalnych zasobów, takich jak wody lecznicze, gazy, peloidy (borowiny) czy też klimat sprzyjający leczeniu, w celach leczniczych i profilaktycznych. Jego głównym zadaniem jest poprawa stanu zdrowia i samopoczucia pacjentów poprzez terapię i rehabilitację, w miejscowościach posiadających naturalne surowce lecznicze. Zgodnie z ustawą uzdrowiskową, lecznictwo uzdrowiskowe jest integralną częścią systemu ochrony zdrowia. W uzdrowiskach lecznictwo uzdrowiskowe jest prowadzone w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego zlokalizowanych wyłącznie w strefie „A” ochrony uzdrowiskowej. System ten obejmuje również nadawanie obszarom gmin lub części tych obszarów statusów uzdrowisk, wprowadzanie reżimu publiczno-prawnego w uzdrowisku, celem ochrony i zachowania jego walorów leczniczych, realizację programów leczniczych oraz działalność zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego.

²⁴³ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2025 poz. 1214).

Część 2. Wyniki badań statystycznych

Part 2. Results of statistical surveys

2.1. Działalność lecznicza zakładów lecznictwa uzdrowiskowego

2.1. Therapeutic activities of health resort facilities

Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego

Health resort facilities

W 2024 r. na terenie 13 województw funkcjonowało 47 obszarów, którym nadano status uzdrowiska, oraz 1 sanatorium uzdrowiskowe w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych Kopalni Soli w Wieliczce. Najwięcej uzdrowisk znajdowało się w województwie dolnośląskim (11) oraz małopolskim (10 i 1 sanatorium utworzone w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych). Po 5 obszarów tego typu występowało w województwach podkarpackim i zachodniopomorskim, a 3 działały w województwie kujawsko-pomorskim. W województwach: lubelskim, podlaskim, pomorskim, śląskim i świętokrzyskim były zlokalizowane po 2 uzdrowiska, a w łódzkim, mazowieckim i warmińsko-mazurskim – po 1. Uzdrowisk na swoim terenie nie posiadają województwa: lubuskie, opolskie i wielkopolskie. Ponadto status obszaru ochrony uzdrowiskowej w 2024 r. miało 8 lokalizacji.

Mapa 1. Uzdrowiska w Polsce w 2024 r.

Map 1. Health resort area in Poland in 2024



Źródło: Ministerstwo Zdrowia (Rejestr uzdrowisk i obszarów ochrony uzdrowiskowej wraz z kierunkami leczniczymi).

W 2024 r. funkcjonowały 263 placówki, które udzielały świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego: 194 sanatoria uzdrowiskowe (73,8% zakładów lecznictwa uzdrowiskowego), 41 szpitali uzdrowiskowych (15,6%), 21 zakładów przyrodoleczniczych (8,0%) oraz 7 przychodni uzdrowiskowych (2,7%). Liczba szpitali uzdrowiskowych obejmuje również 3 placówki dla dzieci, a liczba sanatoriów – 2 placówki dla dzieci oraz 1 sanatorium w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych.

W porównaniu z 2023 r. liczba sanatoriów uzdrowiskowych zwiększyła się o 6 placówek, natomiast dla pozostałych rodzajów zakładów nie uległa zmianie. W stosunku do 2017 r. ogólna liczba zakładów lecznictwa uzdrowiskowego zmniejszyła się o 8 placówek, przy czym odnotowano spadek liczby szpitali i przychodni uzdrowiskowych (odpowiednio o 8 i 7) oraz wzrost liczby zakładów przyrodoleczniczych i sanatoriów (odpowiednio o 4 i 3). W końcu 2024 r. najwięcej zakładów lecznictwa uzdrowiskowego działało w województwie dolnośląskim (54). Ponad połowa wszystkich tego typu placówek znajdowała się w czterech województwach: dolnośląskim, małopolskim (43), zachodniopomorskim (41) oraz kujawsko-pomorskim (37).

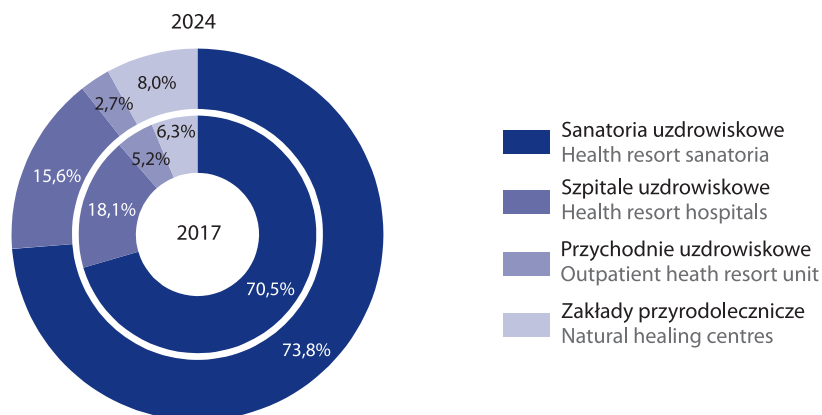
**Tablica 1. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zakładu
Stan w dniu 31 grudnia**

Table 1. Health resort facilities by type of facility
As of 31 December

Rodzaj zakładu Type of facility	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Placówki razem Health resort facilities total	271	271	271	260	258	254	257	263
Sanatoria uzdrowiskowe Health resort sanatoria	191	192	192	185	187	184	188	194
Szpitala uzdrowiskowe Health resort hospitals	49	49	49	45	41	41	41	41
Zakłady przyrodolecznicze Natural healing centres	17	19	20	20	20	23	21	21
Przychodnie uzdrowiskowe Outpatient health resort unit	14	11	10	10	10	6	7	7

Wykres 1. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zakładu Stan w dniu 31 grudnia

Chart 1. Health resort facilities by type of facilities
As of 31 December

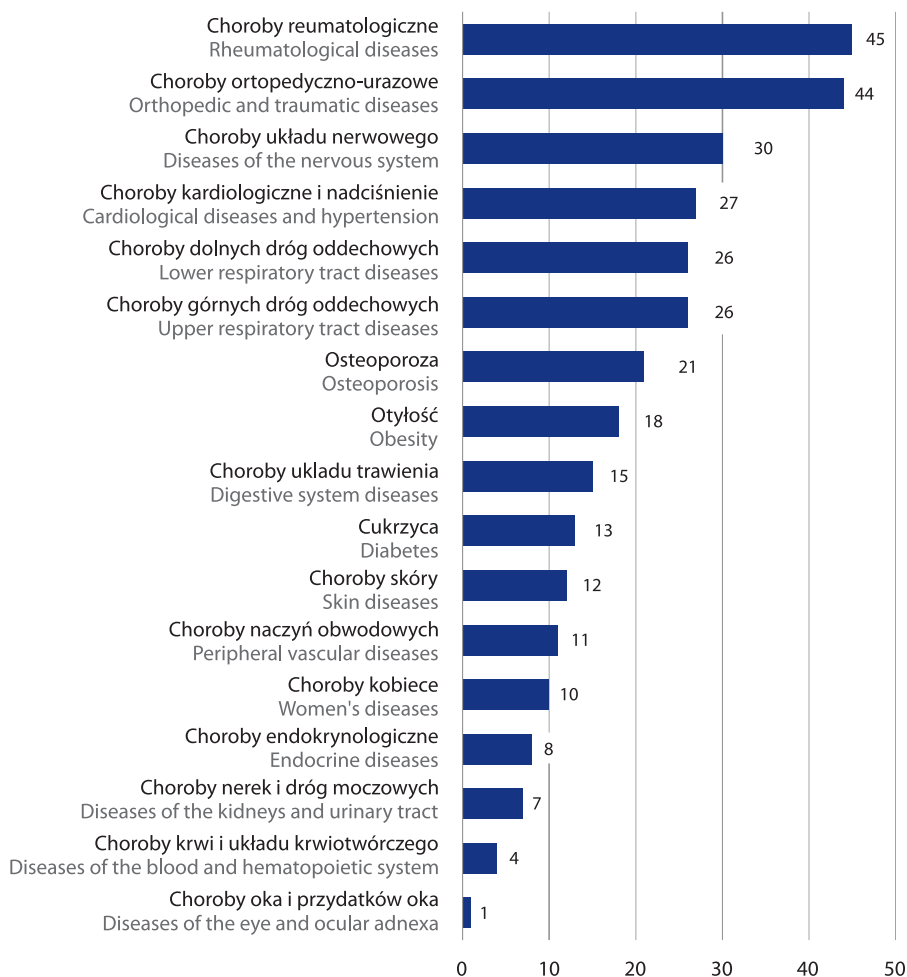


W uzdrowiskach prowadzone jest leczenie osób z następującymi schorzeniami: choroby ortopedyczno-urazowe, układu nerwowego, reumatologiczne, kardiologiczne i nadciśnienia, naczyń obwodowych, górnych i dolnych dróg oddechowych, układu trawienia, cukrzyca, otyłość, endokrynologiczne, osteoporoza, choroby skóry, kobiece, nerek i dróg moczowych, krwi i układu krwiotwórczego oraz choroby oka i przydatków oka.

Uzdrowiska, które mają ustalone więcej niż 10 kierunków leczniczych, to: Wysowa-Zdrój (13) oraz Kołobrzeg, Świeradów-Zdrój i Świnoujście (po 11). Ciechocinek i Ustroń specjalizują się w leczeniu 10 schorzeń. Większość uzdrowisk (34) posiada od 5 do 9 kierunków leczniczych. W tej grupie znajduje się jedyne uzdrowisko z kierunkiem leczenia chorób oka i przydatków oka, którym są Cieplice. Uzdrowiska, które posiadają mniej niż 5 kierunków leczniczych to: Augustów, Goczałkowice-Zdrój, Uniejów, Piwniczna-Zdrój (po 4 kierunki lecznicze), Latoszyn, Przerzeczyń-Zdrój, Wieliczka (po 3), Wapienne (2) oraz Nałęczów (1).

Zakres kierunków leczniczych uzdrowisk w 2024 r. wskazuje, że 93,8% obszarów uzdrowiskowych miało w swoim profilu leczniczym choroby reumatologiczne, a niewiele mniejszy odsetek – 91,7% – terapię chorób ortopedyczno-urazowych. Uzdrowiska specjalizowały się również w leczeniu chorób układu nerwowego (62,5%), chorób kardiologicznych i nadciśnienia (56,3%) oraz chorób dolnych i górnych dróg oddechowych (po 54,2%). W leczeniu osteoporozy specjalizowało się 43,8% uzdrowisk.

Wykres 2. Uzdrawiska według kierunków leczniczych w 2024 r.
 Chart 2. Health resorts by curative directions in 2024



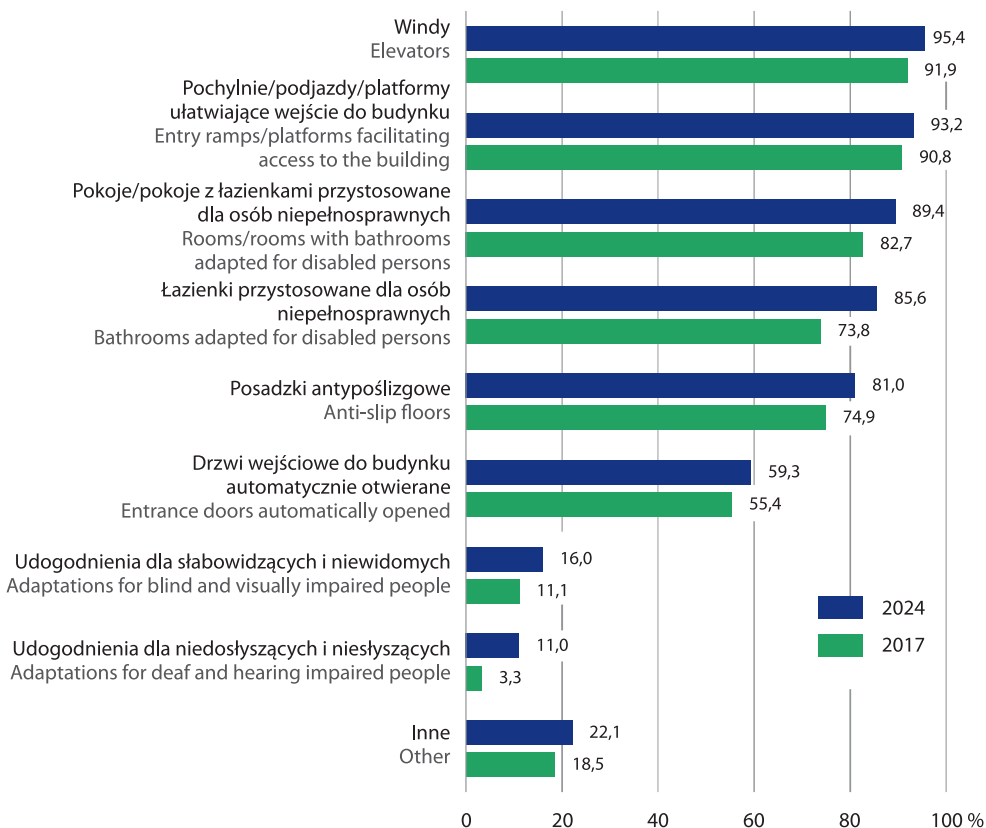
Źródło: Ministerstwo Zdrowia (Rejestr uzdrawisk i obszarów ochrony uzdrowiskowej wraz z kierunkami leczniczymi).

Jednym z istotnych elementów równego dostępu do usług zdrowotnych i rehabilitacyjnych jest dostosowanie infrastruktury uzdrowiskowej do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. W 2024 r. odnotowano wysoki stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Najwięcej (95,4%) placówek deklarowało możliwość korzystania z wind, w tym z wind adaptowanych dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich (87,8%). Większość (93,2%) zakładów była wyposażona w pochylnie, podjazdy i platformy umożliwiające dostęp do budynków. Pokojami/pokojami z łazienkami przystosowanymi do osób niepełnosprawnych dysponowało 89,4% obiektów. W 85,6% zakładów znalazły się także łazienki dostosowane dla osób niepełnosprawnych, a w 81,0% – posadzki antypoślizgowe. Automatycznie otwierane drzwi do budynku posiadało 59,3% placówek.

W porównaniu z 2017 r. największe zmiany z zakresu dostosowania obiektów do potrzeb osób niepełnosprawnych nastąpiły w odniesieniu do posiadania łazienek przystosowanych dla osób niepełnosprawnych oraz wind adaptowanych dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich (wzrost odpowiednio o 11,8 p. proc. i 11,4 p. proc.). Istotnie zmienił się również odsetek placówek posiadających udogodnienia dla niedosłyszących i niesłyszących oraz pokoje/pokoje z łazienkami przystosowane dla osób niepełnosprawnych (wzrost odpowiednio o 7,7 p. proc. i 6,7 p. proc.).

Wykres 3. Stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób niepełnosprawnych Stan w dniu 31 grudnia

Chart 3. Degree of adjustment of health resort facilities to the needs of disabled persons
As of 31 December



Baza łóżkowa

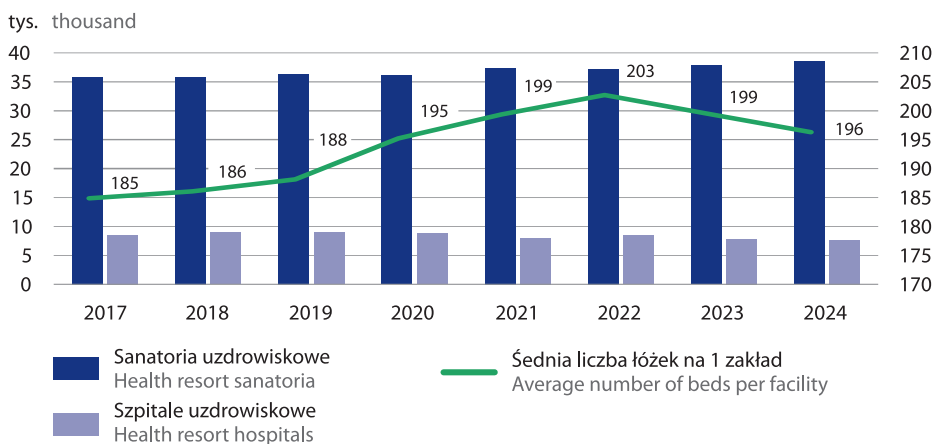
Beds

Na koniec 2024 r. w sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych dostępnych było 46,1 tys. łóżek (o ponad 0,4 tys. więcej niż rok wcześniej). W porównaniu ze stanem z 2017 r. ich baza łóżkowa powiększyła się o 1,8 tys. Większość łóżek znajdowała się w sanatoriach (83,5% w 2024 r.).

W 2024 r. na 1 stacjonarny zakład lecznictwa uzdrowiskowego przypadało średnio 196 łóżek (198 dla sanatoriów, 186 dla szpitali). W stosunku do 2017 r. wartość tego wskaźnika zwiększyła się o 11 łóżek.

Wykres 4. Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego Stan w dniu 31 grudnia

Chart 4. Beds in health resort facilities
As of 31 December



W 2024 r. 69,1% (31,9 tys.) łóżek znajdowało się w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego zlokalizowanych na terenie czterech województw: zachodniopomorskiego, kujawsko-pomorskiego, dolnośląskiego i małopolskiego.

Tablica 2. Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw Stan w dniu 31 grudnia

Table 2. Beds in health resort facilities by voivodships
As of 31 December

Wyszczególnienie Specification	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	Polska=100		Poland=100					
Dolnośląskie	13,6	13,3	13,4	13,2	12,9	12,4	12,6	13,5
Kujawsko-pomorskie	17,5	17,7	17,6	18,1	18,6	18,9	19,4	19,0
Lubelskie	3,2	3,1	3,1	3,1	3,0	2,9	3,1	3,0
Łódzkie	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Małopolskie	13,3	13,7	13,4	13,3	12,8	13,0	12,6	12,7
Mazowieckie	0,3	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5
Podkarpackie	8,8	8,9	8,8	9,1	9,4	9,2	9,1	8,9
Podlaskie	0,6	0,8	0,8	0,8	1,0	1,0	1,0	1,0
Pomorskie	5,1	4,4	4,4	4,6	4,5	4,4	2,9	2,9
Śląskie	5,6	5,6	5,8	5,7	5,7	5,6	5,6	5,8
Świętokrzyskie	7,1	7,0	6,7	6,7	6,7	6,9	7,3	7,5
Warmińsko-mazurskie	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,0
Zachodniopomorskie	23,5	23,7	24,3	23,6	23,5	23,8	24,5	23,9

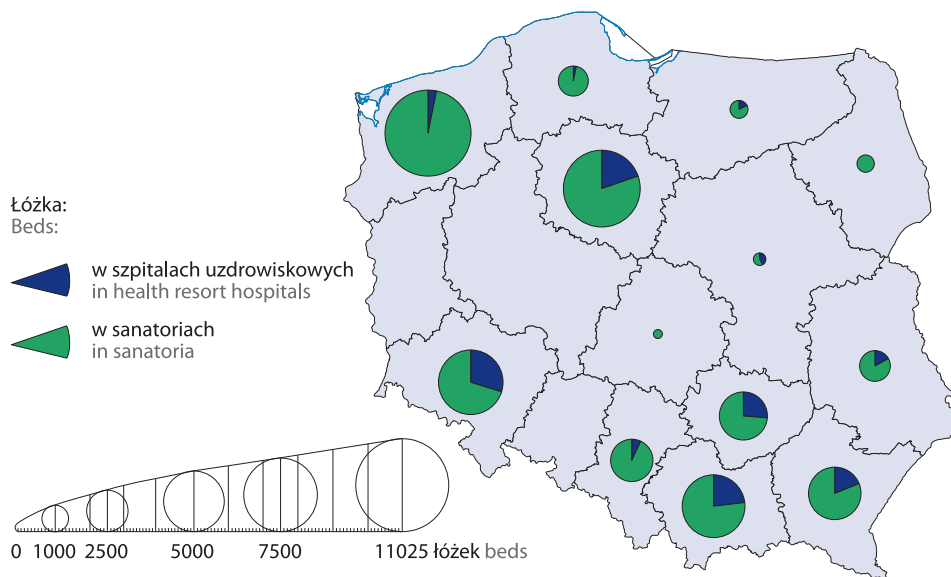
**Tablica 2. Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw (dok.)
Stan w dniu 31 grudnia**

Table 2. Beds in health resort facilities by voivodships (cont.)
As of 31 December

Wyszczególnienie Specification	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Rok poprzedni=100 Previous year=100								
Polska Poland	100,7	101,1	101,1	99,0	101,2	100,3	100,1	101,0
Dolnośląskie	97,7	98,6	101,7	97,5	99,4	96,7	101,2	108,0
Kujawsko-pomorskie	105,3	102,3	100,6	102,1	103,8	101,7	102,8	99,4
Lubelskie	104,5	99,2	100,1	100,0	98,6	97,9	104,6	100,0
Łódzkie	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Małopolskie	103,4	103,9	99,3	98,3	97,6	101,8	97,1	101,7
Mazowieckie	100,0	198,4	88,3	113,7	100,0	92,4	101,3	100,0
Podkarpackie	97,9	101,8	99,8	102,2	105,3	97,9	99,5	98,4
Podlaskie	398,6	124,4	104,7	100,0	126,3	100,0	103,8	95,7
Pomorskie	100,0	85,9	101,6	103,4	99,1	97,6	66,3	101,5
Śląskie	95,4	100,2	105,2	96,8	101,1	99,0	100,3	104,2
Świętokrzyskie	99,7	99,5	96,7	98,5	101,2	104,0	106,3	102,6
Warmińsko-mazurskie	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Zachodniopomorskie	98,0	102,2	103,3	96,3	100,9	101,8	103,1	98,4

**Mapa 2. Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw w 2024 r.
Stan w dniu 31 grudnia**

Map 2. Beds in health resort facilities in 2024
As of 31 December



Do uzdrowisk z liczbą łóżek powyżej 2 tys. na koniec 2024 r. należały: Kołobrzeg (6,3 tys.), Ciechocinek (5,5 tys.), Busko-Zdrój (3,3 tys.), Krynica-Zdrój (2,7 tys.), Ustroń (2,2 tys.) oraz Inowrocław (2,1 tys.). Baza łóżkowa zakładów lecznictwa uzdrowiskowego działających na terenie 6 wymienionych gmin uzdrowiskowych stanowiła prawie połowę (47,8%) wszystkich łóżek.

Tablica 3. Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w wybranych gminach uzdrowiskowych
Stan w dniu 31 grudnia

Table 3. Beds in health resort facilities in selected health resort gm municipalities
As of 31 December

Gminy uzdrowiskowe Health resort gminas	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
w tys. in thousand								
Busko-Zdrój	2,7	3,0	2,9	2,8	2,8	3,0	3,2	3,3
Ciechocinek	4,9	5,0	5,1	5,1	5,2	5,4	5,5	5,5
Inowrocław	2,0	2,0	2,0	1,9	2,1	2,1	2,2	2,1
Kołobrzeg	5,9	6,3	6,3	6,3	6,2	6,2	6,5	6,3
Krynica-Zdrój	2,8	2,8	2,8	2,8	2,7	2,7	2,6	2,7
Ustroń	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,2
Polska=100 Poland=100								
Busko-Zdrój	6,2	6,6	6,3	6,3	6,3	6,5	6,9	7,1
Ciechocinek	11,1	11,2	11,2	11,3	11,4	11,8	11,9	11,9
Inowrocław	4,5	4,5	4,5	4,3	4,7	4,5	4,7	4,5
Kołobrzeg	13,3	14,1	13,8	13,9	13,6	13,7	14,2	13,7
Krynica-Zdrój	6,3	6,3	6,2	6,2	5,9	6,0	5,8	5,9
Ustroń	4,6	4,5	4,7	4,6	4,6	4,5	4,5	4,8

Kuracjusze

Patients

W 2024 r. zakłady lecznictwa uzdrowiskowego przyjęły 884,2 tys. kuracjuszy stacjonarnych i ambulatoryjnych. Ponad 90% z nich (798,9 tys.) przebywało na leczeniu stacjonarnym w sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych. Z leczenia w trybie ambulatoryjnym skorzystało 85,3 tys. osób (9,6% kuracjuszy).

Pośród wszystkich zakładów lecznictwa uzdrowiskowego 81,0% kuracjuszy przyjęły sanatoria uzdrowiskowe, a szpitale 13,0%. Zakłady działające w trybie ambulatoryjnym (przychodnie uzdrowiskowe i zakłady przyrodolecznicze) gościły 53,1 tys. osób, co stanowiło 6,0% ogółu kuracjuszy i 62,3% leczonych ambulatoryjnie.

Tablica 4. Kuracjusze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w 2024 r.

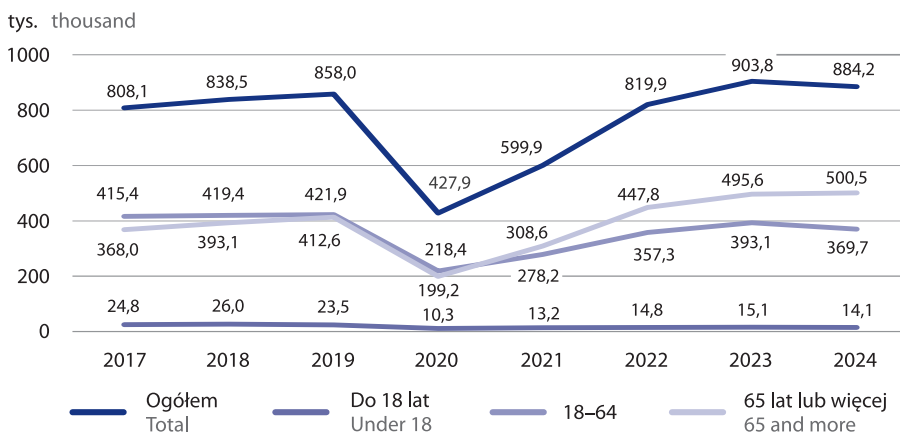
Table 4. Patients in health resort facilities in 2024

Wyszczególnienie Specification	Ogółem w tys. Total in thousand	Z liczby ogółem w % Of total number in %		
		kobiety women	do 18 lat under 18	65 lat lub więcej 65 and more
Kuracjusze ogółem Patients total	884,2	59,8	1,6	56,6
W szpitalach uzdrowiskowych In health resort hospitals	114,7	58,8	3,2	56,9
leczeni stacjonarnie inpatients	111,0	58,7	2,5	57,9
leczeni ambulatoryjnie outpatients	3,7	61,1	24,6	26,9
W sanatoriach uzdrowiskowych In health resort sanatoria	716,3	60,4	1,4	57,4
leczeni stacjonarnie inpatients	687,9	60,3	1,2	58,1
leczeni ambulatoryjnie outpatients	28,4	61,8	6,1	39,3
W przychodnich uzdrowiskowych In outpatient health resort units	14,6	60,3	0,8	51,8
W zakładach przyrodolecznicych In natural healing centres	38,5	52,8	1,3	42,9

Wśród kuracjuszy lecznictwa uzdrowiskowego przeważały kobiety – prawie 60% (529,1 tys.) leczonych w 2024 r. Osoby w wieku 65 lat lub więcej stanowiły 56,6% (500,5 tys.) kuracjuszy, natomiast dzieci i młodzież do 18 lat – 1,6% (14,1 tys.).

Wykres 5. Kuracjusze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według wieku

Chart 5. Patient in health resort facilities by age



W porównaniu z 2023 r. liczba kuracjuszy zmniejszyła się o 19,6 tys. (2,2%), przy czym spadek dotyczył leczonych stacjonarnie – o 20,3 tys. (2,5%). Natomiast liczba leczonych ambulatoryjnie wzrosła o 0,7 tys. (0,9%). W odniesieniu do 2017 r. zanotowano wzrost leczonych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego o 76,1 tys. (9,4%), który obejmował zarówno kuracjuszy stacjonarnych, jak i ambulatoryjnych – odpowiednio o 64,5 tys. i 11,6 tys. (8,8% i 15,8%). W latach 2017–2024 wyraźnie wzrosła liczba kuracjuszy w wieku 65 lat lub więcej – o 132,5 tys. (36,0%).

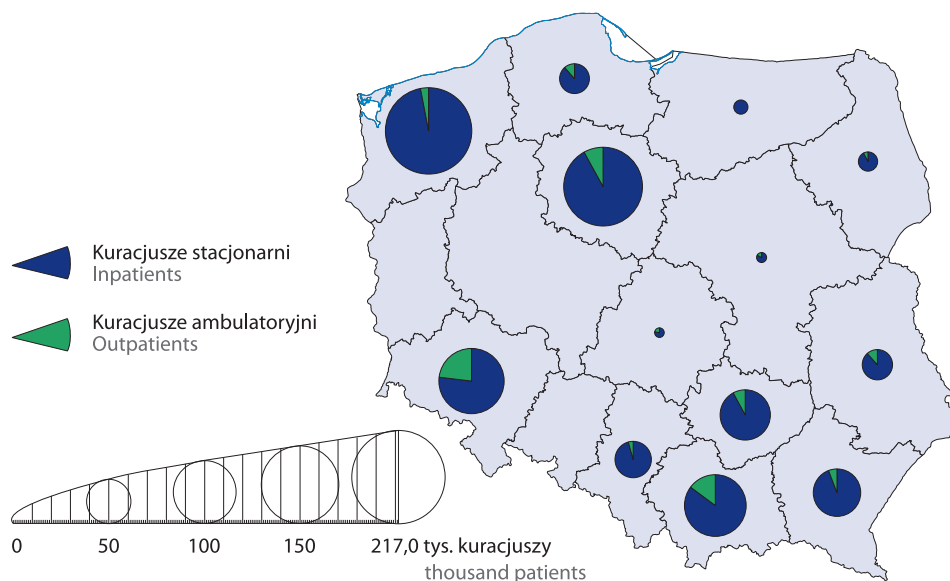
W związku z wystąpieniem stanu epidemii COVID-19 w latach 2020–2021 wprowadzono czasowe ograniczenia wykonywania działalności leczniczej polegające na zaprzestaniu udzielania świadczeń w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego oraz rehabilitacji leczniczej (od 14 marca do 14 czerwca 2020 r. oraz od 24 października 2020 r. do 10 marca 2021 r.). Zmieniono również zasady pobytu pacjentów w uzdrowiskach – warunkiem rozpoczęcia leczenia był negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 albo zaszczepienie pacjenta przeciwko COVID-19. Okoliczności te miały wpływ na prowadzenie działalności leczniczej w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego i zmniejszenie liczby kuracjuszy przebywających w tego typu placówkach w latach 2020–2021.

W 2024 r. najwięcej kuracjuszy korzystało z lecznictwa uzdrowiskowego w uzdrowiskach województwa zachodniopomorskiego (217,0 tys.). Kolejnymi województwami pod względem liczby leczonych w uzdrowiskach były: kujawsko-pomorskie (180,5 tys.), dolnośląskie (123,8 tys.), małopolskie (110,7 tys.), świętokrzyskie (73,5 tys.) i podkarpackie (65,4 tys.). W pozostałych województwach liczba kuracjuszy nie przekroczyła 40 tys. osób.

Spośród uzdrowisk najwięcej kuracjuszy w 2024 r. przebywało w Kołobrzegu (134,0 tys.). Ponad 100 tys. osób korzystało z lecznictwa uzdrowiskowego także w Ciechocinku (107,2 tys.). Dominującymi uzdrowiskami pod względem liczby kuracjuszy były również gminy: Busko-Zdrój (64,9 tys.), Krynica-Zdrój (47,5 tys.) oraz Inowrocław (42,7 tys.).

Mapa 3. Kuracjusze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw w 2024 r.

Map 3. Patients in health resort facilities by voivodships in 2024



Tablica 5. Kuracjusze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw
 Table 5. Patients in health resort facilities by voivodships

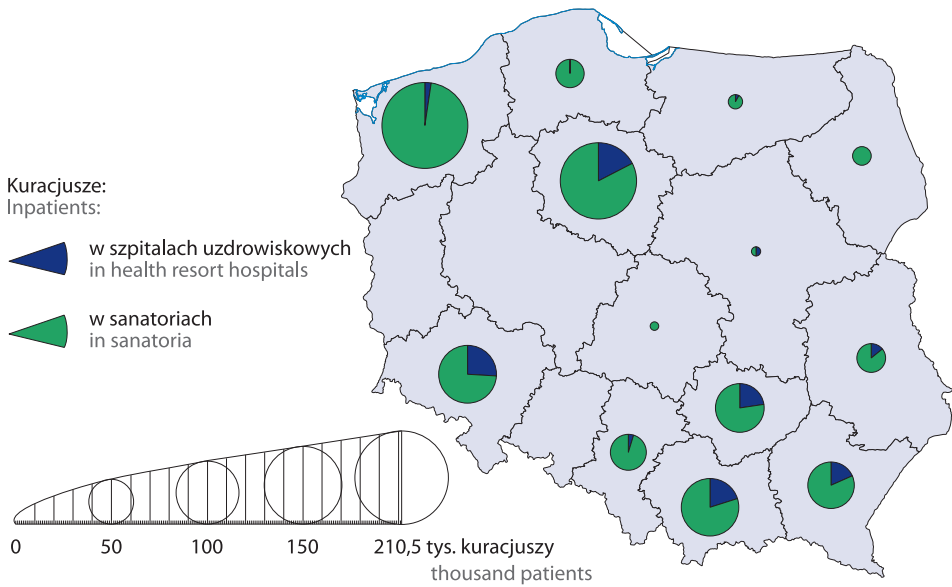
Wyszczególnienie Specification	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
		Polska=100		Poland=100					
Dolnośląskie	13,8	13,2	13,8	13,3	12,8	14,6	14,1	14,0	
Kujawsko-pomorskie	20,0	19,9	19,9	20,0	19,2	20,5	20,5	20,4	
Lubelskie	3,2	3,6	3,8	2,7	2,7	3,1	2,9	3,0	
Łódzkie	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,2	0,3	
Małopolskie	11,4	11,9	11,9	11,7	11,8	12,7	12,0	12,5	
Mazowieckie	0,1	0,5	0,6	0,5	0,4	0,3	0,3	0,3	
Podkarpackie	7,5	7,9	7,7	7,6	7,3	7,6	7,5	7,4	
Podlaskie	0,4	0,9	1,1	1,3	1,1	1,1	1,2	1,2	
Pomorskie	3,4	2,7	2,9	3,5	6,0	3,6	2,9	2,9	
Śląskie	5,3	4,7	5,0	4,0	4,2	4,5	4,4	4,4	
Świętokrzyskie	9,1	9,0	8,7	7,6	8,7	8,4	7,8	8,3	
Warmińsko-mazurskie	0,9	0,9	0,8	0,8	0,7	0,7	0,6	0,7	
Zachodniopomorskie	24,5	24,5	23,4	26,5	24,8	22,7	25,6	24,5	
		Rok poprzedni=100		Previous year=100					
Polska Poland	99,5	103,8	102,3	49,9	140,2	136,7	110,2	97,8	
Dolnośląskie	97,0	99,4	107,0	48,1	135,2	155,2	106,5	97,2	
Kujawsko-pomorskie	102,3	102,8	102,5	50,3	134,1	146,2	110,1	97,5	
Lubelskie	85,1	118,8	107,1	36,1	140,1	152,4	106,3	100,4	
Łódzkie	129,3	82,1	119,2	54,0	100,8	160,3	81,5	135,6	
Małopolskie	98,7	108,2	102,1	49,0	140,9	147,5	104,2	102,1	
Mazowieckie	81,2	448,6	118,3	39,4	120,1	119,7	106,2	97,1	
Podkarpackie	97,5	108,9	100,4	49,0	134,6	142,4	108,5	96,8	
Podlaskie	118,1	216,4	126,1	58,8	111,1	141,4	118,9	101,2	
Pomorskie	101,0	83,5	109,8	60,8	239,8	82,1	86,9	100,0	
Śląskie	103,8	92,3	109,1	39,8	147,4	145,3	109,1	96,4	
Świętokrzyskie	103,7	102,4	98,6	43,7	160,6	131,3	102,6	104,2	
Warmińsko-mazurskie	105,5	107,8	92,9	50,1	123,8	124,8	107,9	100,6	
Zachodniopomorskie	98,8	103,6	97,9	56,4	131,3	125,0	124,1	94,0	

W 2024 r. w sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych z leczenia uzdrowiskowego w trybie stacjonarnym skorzystało 798,9 tys. osób, czyli 90,4% wszystkich kuracjuszy w kraju (w 2017 r. odpowiednio 734,4 tys. i 90,9%). Większość z nich (687,9 tys., 86,1% leczonych stacjonarnie) przebywała w sanatoriach uzdrowiskowych.

Podobnie jak w przypadku ogólnej liczby kuracjuszy w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, większość korzystających z leczenia w trybie stacjonarnym przebywała w uzdrowiskach 6 województw: zachodniopomorskiego, kujawsko-pomorskiego, dolnośląskiego, małopolskiego, świętokrzyskiego i podkarpackiego (87,0% leczonych stacjonarnie w kraju w 2024 r., w 2017 r. – 85,7%). Połowa (50,8%) kuracjuszy stacjonarnych leczonych w ciągu roku gościła w 6 uzdrowiskach dominujących pod względem liczby łóżek: Kołobrzegu (132,0 tys.), Ciechocinku (101,7 tys.), Busku-Zdroju (59,4 tys.), Krynicy-Zdroju (46,3 tys.), Inowrocławiu (36,5 tys.) oraz Ustroniu (29,9 tys.).

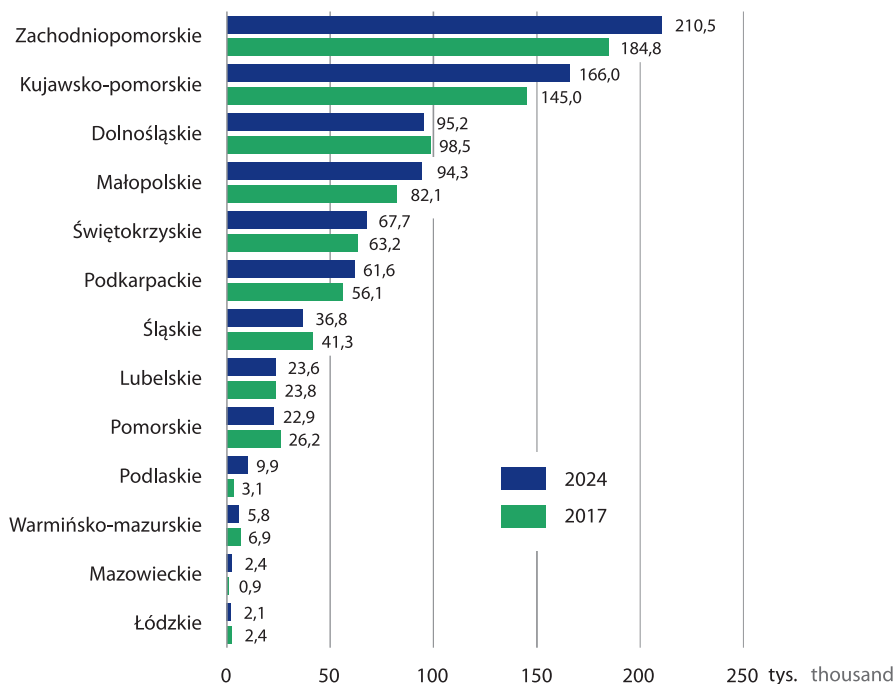
Mapa 4. Kuracjusze leczeni stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw w 2024 r.

Map 4. Inpatients in health resort facilities by voivodships in 2024



Wykres 6. Kuracjusze leczenia stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw

Chart 6. Inpatients in health resort facilities by voivodships



Tablica 6. Kuracjusze leczenia stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w wybranych gminach uzdrowiskowych

Table 6. Inpatients in health resort facilities in selected health resort municipalities

Gminy uzdrowiskowe Health resort gminas	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
w tys. in thousand								
Busko-Zdrój	54,6	55,4	54,2	24,4	37,5	48,0	55,9	59,4
Ciechocinek	95,8	99,0	102,7	46,4	64,7	91,6	104,0	101,7
Inowrocław	37,4	36,2	36,5	18,8	27,3	35,9	38,1	36,5
Kołobrzeg	109,3	118,1	117,4	74,6	91,3	113,1	145,8	132,0
Krynica-Zdrój	42,6	44,3	46,3	20,9	29,6	44,7	45,4	46,3
Ustroń	33,7	30,7	34,0	15,0	19,4	29,3	32,3	29,9
Polska=100 Poland=100								
Busko-Zdrój	7,4	7,3	6,9	6,2	7,1	6,5	6,8	7,4
Ciechocinek	13,0	13,0	13,1	11,9	12,2	12,3	12,7	12,7
Inowrocław	5,1	4,8	4,7	4,8	5,2	4,8	4,6	4,6
Kołobrzeg	14,9	15,5	15,0	19,1	17,2	15,2	17,8	16,5
Krynica-Zdrój	5,8	5,8	5,9	5,3	5,6	6,0	5,5	5,8
Ustroń	4,6	4,0	4,3	3,8	3,7	4,0	3,9	3,7

Średni czas pobytu kuracjuszy stacjonarnych w 2024 r. wyniósł 16,0 dnia (18,6 dnia w szpitalach i 15,6 dnia w sanatoriach). Dzieci i młodzież do lat 18 leczyli się średnio 17,3 dnia, natomiast osoby w wieku 65 lat lub więcej nieco krócej – 16,8 dnia. Najdłuższy średni czas pobytu odnotowano w przypadku leczonych w wieku do 18 lat w szpitalach uzdrowiskowych, który wyniósł 24,1 dnia.

Tablica 7. Średni czas pobytu w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w 2024 r.

Table 7. Average length of stay in health resort facilities in 2024

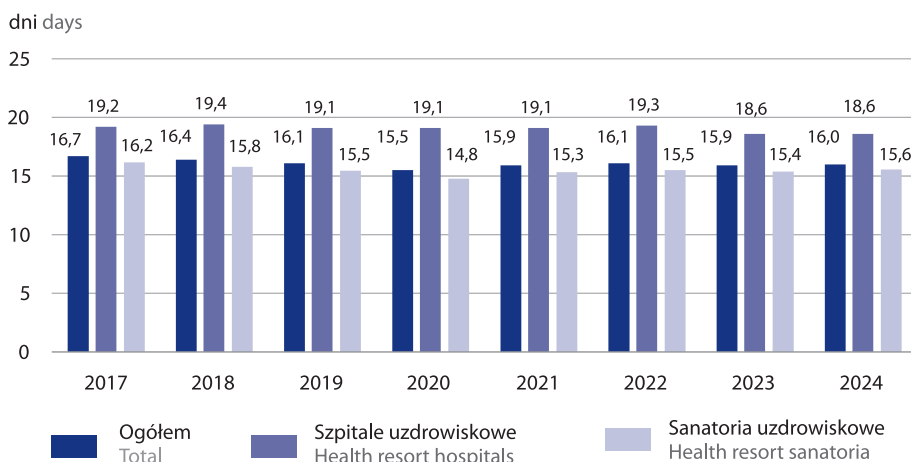
Rodzaj zakładu Type of facility	Ogółem w tys. Total in thousand	Z liczby ogółem w % Of total number in %	
		do 18 lat under 18	65 lat lub więcej 65 and more
Ogółem Total	16,0	17,3	16,8
Szpitale uzdrowiskowe Health resort hospitals	18,6	24,1	19,0
Sanatoria uzdrowiskowe Health resort sanatoria	15,6	14,9	16,5

W latach 2017–2024 średni czas pobytu w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego nie zmienił się znacząco i utrzymywał się na poziomie około 16 dni. W szpitalach uzdrowiskowych był on średnio o 3,6 dnia dłuższy niż w sanatoriach uzdrowiskowych.

Najdłużej w 2024 r. przebywali na leczeniu uzdrowiskowym kuracjusze w uzdrowiskach w województwach warmińsko-mazurskim i mazowieckim – ponad 20 dni, a najkrócej w zachodniopomorskim i podlaskim – około 14 dni.

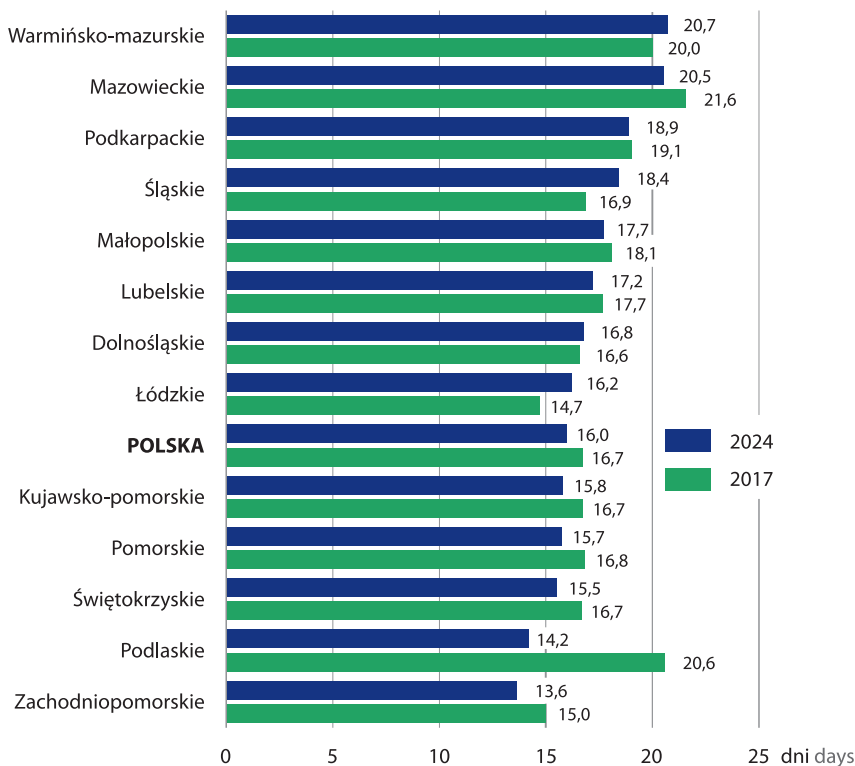
Wykres 7. Średni czas pobytu w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego

Chart 7. Average length of stay in health resort facilities



Wykres 8. Średni czas pobytu w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw

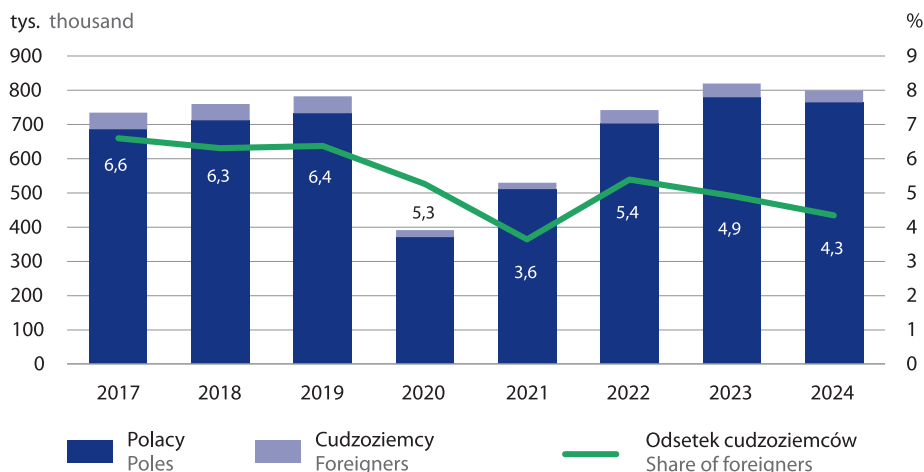
Chart 8. Average length of stay in health resort facilities by voivodships



Oprócz polskich kuracjuszy z leczenia w trybie stacjonarnym korzystają również cudzoziemcy, którzy w 2024 r. stanowili 4,3% leczonych stacjonarnie w uzdrowiskach. W porównaniu z 2023 r. ich liczba spadła o 5,5 tys. i wyniosła 34,7 tys. Podobnie jak w latach poprzednich, zdecydowana większość (94,8%) kuracjuszy-cudzoziemców w 2024 r. przebywała w uzdrowiskach dwóch granicznych województw zachodniej części Polski: zachodniopomorskim (25,1 tys. osób) i dolnośląskim (7,8 tys. osób). W województwie zachodniopomorskim 95,1% z nich korzystało z usług sanatoriów na terenie dwóch uzdrowisk – Kołobrzegu (14,8 tys. osób) oraz Świnoujścia (9,0 tys. osób). W województwie dolnośląskim 84,8% zagranicznych kuracjuszy leczyła się na terenie uzdrowiska Świeradów-Zdrój (6,6 tys. osób).

Wykres 9. Kuracjusze polscy i zagraniczni leczeni stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego

Chart 9. Polish and foreign inpatients in health resort facilities

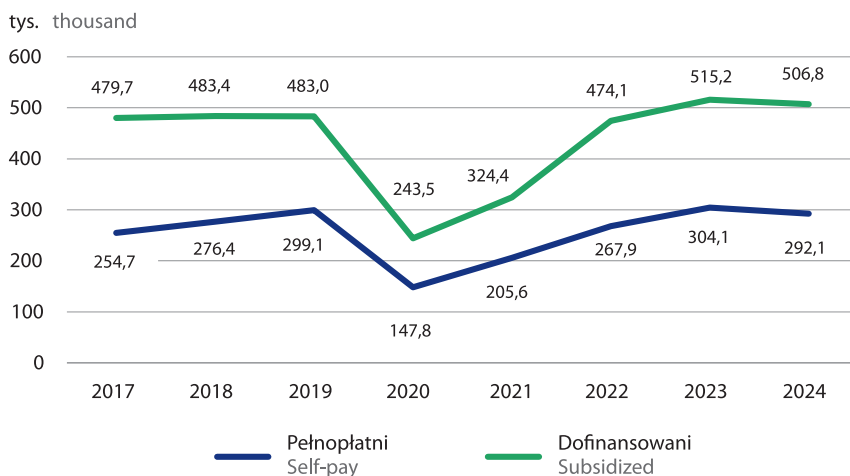


Kuracjusze przebywający na leczeniu stacjonarnym w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego mogą korzystać z różnych form dofinansowania do pobytu w szpitalu i sanatorium uzdrowiskowym lub sfinansować go w całości. Dofinansowanie obejmuje świadczenia przyznawane na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej, systemie ubezpieczeń społecznych, w tym ubezpieczeniu społecznym rolników, a także w przypadku osób niepełnosprawnych i ich opiekunów, na podstawie przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

W latach 2017–2024 około $\frac{2}{3}$ kuracjuszy przebywających w uzdrowisku skorzystało z różnych rodzajów dofinansowań do pobytu. W 2024 r. było to 506,8 tys. osób, o 1,6% mniej niż rok wcześniej, a w porównaniu z 2017 r. – o 5,7% więcej. W 2024 r. ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia zostało dofinansowane leczenie 458,7 tys. kuracjuszy (o 2,3% mniej niż w 2023 r. i o 12,8% więcej niż w 2017 r.). W ramach programów rehabilitacji leczniczej, finansowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, dofinansowanie otrzymało 26,2 tys. osób (o 15,2% więcej niż w roku poprzednim i o 46,5% mniej w stosunku do 2017 r.). Około 13,0 tys. kuracjuszy przebywało w ramach turnusów rehabilitacyjnych PFRON (o 10,8% więcej niż rok wcześniej i o 18,5% więcej niż w 2017 r.). Z dofinansowania ze środków KRUS skorzystało 5,0 tys. osób (mniej o 35,5% niż w roku poprzednim i o 39,8% w porównaniu z 2017 r.). Z innych instytucji dofinansowanie uzyskało 4,0 tys. osób (o 20,8% więcej niż rok wcześniej, natomiast mniej o 18,6% w stosunku do 2017 r.). Pobyt w sanatorium lub szpitalu uzdrowiskowym opłaciło w całości 292,1 tys. kuracjuszy, o 3,9% mniej niż rok wcześniej, natomiast w porównaniu z 2017 r. – o 14,7% więcej. W stosunku do 2017 r. zasadnicze zmiany struktury sposobu finansowania pobytu w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego obejmują wzrost udziału kuracjuszy, którzy otrzymali dofinansowanie ze środków NFZ, oraz pełnopłatnych (odpowiednio o 2,0 p. proc. i 1,9 p. proc.) oraz zmniejszenie liczby pobytów dofinansowanych przez ZUS (o 3,4 p. proc.).

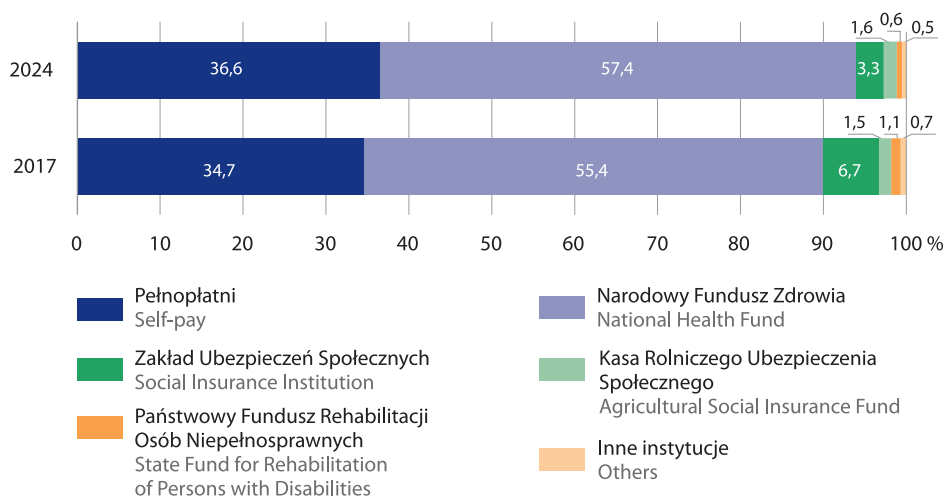
Wykres 10. Kuracjusze pełnopłatni i dofinansowani w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego

Chart 10. Inpatients in health resort facilities by type of financing



Wykres 11. Kuracjusze leczeni stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według sposobu finansowania pobytu

Chart 11. Inpatients in health resort facilities by type of financing

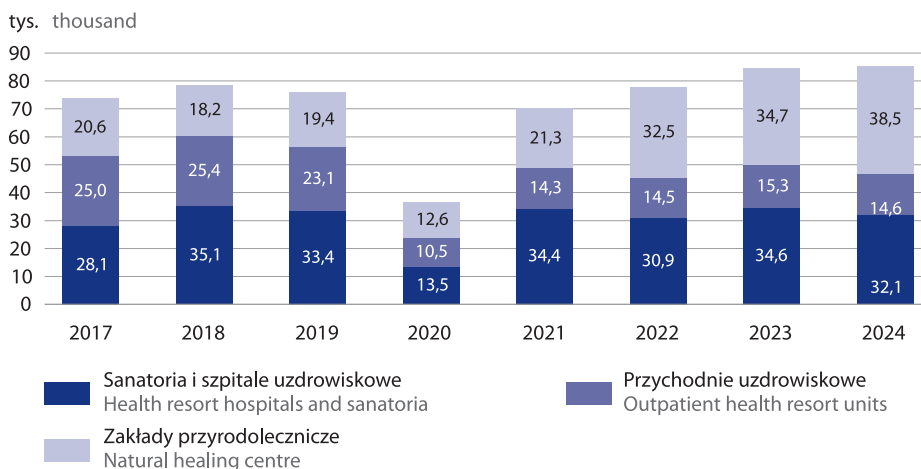


Leczeniem w trybie ambulatoryjnym w 2024 r. objęto 85,3 tys. osób (9,6% kuracjuszy lecznictwa uzdrowiskowego). W porównaniu z poprzednim rokiem odnotowano wzrost o 0,7 tys. (0,9%) pacjentów, natomiast w odniesieniu do 2017 r. – wzrost o 11,6 tys. (15,8%). Ponad 62,3% kuracjuszy ambulatoryjnych było leczonych w przychodniach uzdrowiskowych i zakładach przyrodolecznictwa (odpowiednio 14,6 tys. i 38,5 tys.). W sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych z leczenia w trybie ambulatoryjnym skorzystało 32,1 tys. kuracjuszy.

W 2024 r. najwięcej kuracjuszy korzystało z leczenia uzdrowiskowego w trybie ambulatoryjnym w uzdrowiskach województwa dolnośląskiego (28,6 tys.). Kolejnymi województwami pod tym względem były: małopolskie (16,4 tys.), kujawsko-pomorskie (14,4 tys.), zachodniopomorskie (6,5 tys.) oraz świętokrzyskie (5,8 tys.). W pozostałych województwach liczba kuracjuszy ambulatoryjnych nie przekroczyła 4 tys. osób.

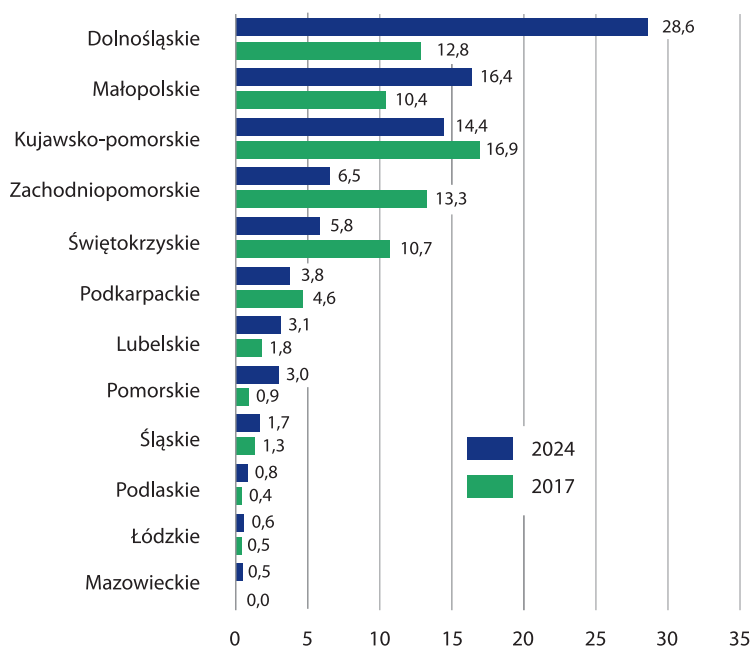
Wykres 12. Kuracjusze ambulatoryjni w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego

Chart 12. Outpatients in health resort facilities



Wykres 13. Kuracjusze leczenia ambulatoryjnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw

Chart 13. Outpatients in health resort facilities by voivodships



Zabiegi lecznicze

Health resort treatments

W 2024 r. w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wykonano 37,5 mln zabiegów leczniczych. W porównaniu z rokiem poprzednim było to o 1,4% mniej, a w stosunku do 2017 r. o 2,6% więcej. W sanatoriach uzdrowiskowych przeprowadzono 73,3% (27,5 mln) zabiegów, w szpitalach uzdrowiskowych – 14,0% (5,2 mln), w zakładach przyrodolecznictwa i przychodniach uzdrowiskowych – 12,7% (4,8 mln). Epidemia COVID-19 w latach 2020–2021 miała wpływ na spadek liczby kuracjuszy przebywających w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, a tym samym na ograniczenie liczby wykonanych zabiegów leczniczych w tym okresie. W 2024 r. 1 kuracjuszowi w trakcie leczenia uzdrowiskowego udzielono średnio 42 zabiegów leczniczych, podobnie jak rok wcześniej. W 2017 r. na 1 kuracjusza przypadało przeciętnie 45 zabiegów.

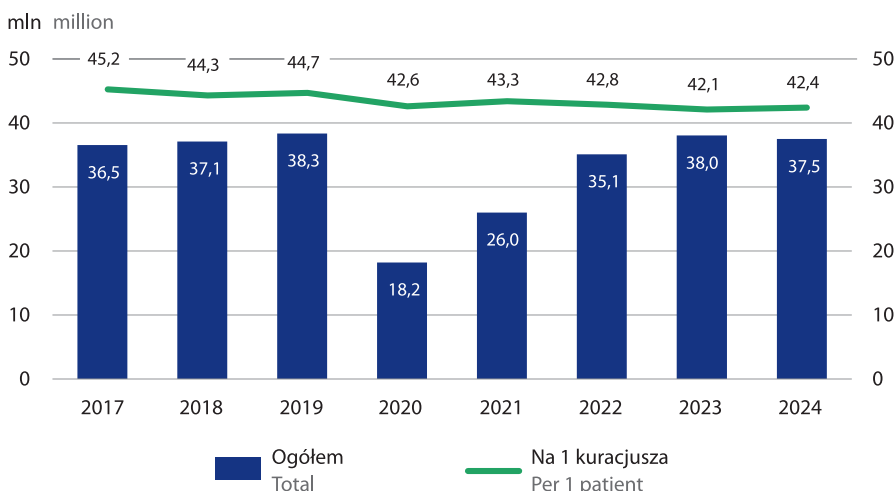
Tablica 8. Zabiegi lecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego

Table 8. Health resort treatments in health resort facilities

Rodzaj zakładu Type of facility	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	w tys. in thousand							
Placówki razem Health resort facilities total	36525,7	37108,6	38338,8	18213,3	26002,3	35088,7	38015,6	37469,0
Sanatoria uzdrowiskowe Health resort sanatoria	25261,6	25630,1	26391,0	12383,4	18128,5	24553,3	27478,0	27461,6
Szpitala uzdrowiskowe Health resort hospitals	6134,6	6282,4	6767,9	3271,3	4273,2	5619,3	5763,2	5241,4
Zakłady przyrodolecznictwa Natural healing centres	3196,5	4687,3	4672,1	2340,5	3314,0	4589,3	4365,8	4391,1
Przychodnie uzdrowiskowe Outpatient health resort unit	1933,0	508,8	507,7	218,0	286,7	326,8	408,5	374,9

Wykres 14. Zabiegi lecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego

Chart 14. Health resort treatments in health resort facilities



Najwięcej zabiegów leczniczych w 2024 r. wykonano w zakładach zlokalizowanych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego (7,4 mln, 19,7% ogółu zabiegów). Więcej niż 7 mln zabiegów wykonano także w województwie zachodniopomorskim (7,1 mln, 18,9%). Wymienione województwa dominowały pod względem liczby przeprowadzonych zabiegów leczniczych w latach 2017–2024. Natomiast w przeliczeniu na 1 kuracjusza korzystającego z zabiegów leczniczych w tych województwach udzielono w 2024 r. średnio prawie 41 zabiegów w kujawsko-pomorskim i prawie 33 w zachodniopomorskim. Najwięcej zabiegów leczniczych na 1 kuracjusza przypadało w województwie mazowieckim – ponad 68 zabiegów.

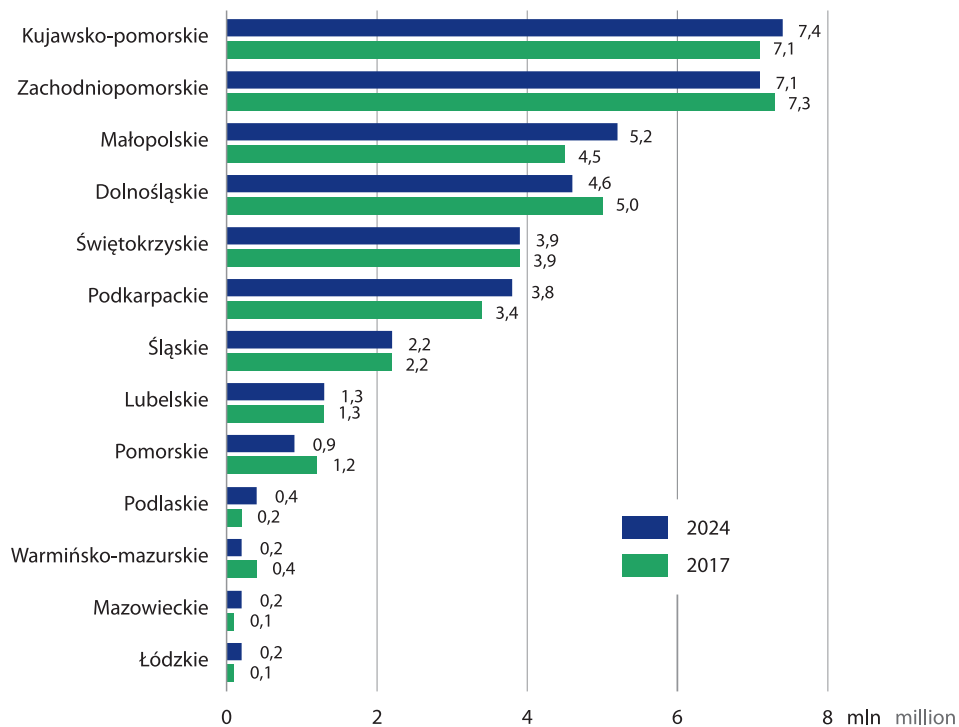
Tablica 9. Zabiegi lecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw

Table 9. Health resort treatments in health resort facilities by voivodships

Wyszczególnienie Specification	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	Polska=100		Poland=100					
Dolnośląskie	13,7	13,3	13,3	14,0	13,7	13,4	12,4	12,2
Kujawsko-pomorskie	19,5	19,8	20,1	19,0	19,2	19,5	20,3	19,7
Lubelskie	3,5	3,7	4,1	3,6	3,6	3,7	3,5	3,6
Łódzkie	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,3	0,5
Małopolskie	12,2	13,0	12,8	12,6	12,8	12,8	13,2	13,8
Mazowieckie	0,2	0,9	0,7	0,7	0,6	0,5	0,6	0,5
Podkarpackie	9,2	10,0	9,8	10,1	10,3	10,3	10,2	10,2
Podlaskie	0,5	0,6	0,8	0,8	0,7	0,6	1,1	1,2
Pomorskie	3,2	2,3	2,6	3,0	2,7	2,8	2,6	2,5
Śląskie	6,0	5,1	6,2	5,7	6,0	5,9	5,8	5,9
Świętokrzyskie	10,7	10,7	10,3	10,2	11,1	9,8	10,4	10,5
Warmińsko-mazurskie	1,0	1,0	1,0	0,9	0,7	0,7	0,5	0,5
Zachodniopomorskie	19,9	19,1	18,2	18,9	18,1	19,5	19,0	18,9
	Rok poprzedni=100		Previous year=100					
Polska Poland	99,0	101,6	103,3	47,5	142,8	134,9	108,3	98,6
Dolnośląskie	95,1	98,7	102,8	50,0	140,2	131,8	100,4	96,9
Kujawsko-pomorskie	98,8	103,1	105,0	45,0	144,4	137,1	112,7	95,5
Lubelskie	98,8	106,8	112,9	42,6	142,6	138,0	103,3	99,4
Łódzkie	111,4	106,1	97,0	70,2	107,9	128,3	88,6	146,3
Małopolskie	100,1	107,9	101,8	46,7	145,4	135,3	111,7	103,0
Mazowieckie	81,6	562,0	81,7	46,8	128,3	112,4	113,7	95,3
Podkarpackie	99,7	110,5	101,0	49,0	146,0	134,9	107,6	97,8
Podlaskie	129,1	125,0	121,1	52,3	114,3	123,2	198,7	103,2
Pomorskie	92,0	74,7	115,9	53,5	131,5	140,7	97,3	97,1
Śląskie	105,4	86,1	125,2	43,7	150,1	132,6	108,2	99,4
Świętokrzyskie	100,9	101,3	99,2	47,2	155,7	118,6	115,7	99,1
Warmińsko-mazurskie	89,8	107,7	99,5	43,7	115,3	130,0	73,5	109,2
Zachodniopomorskie	99,2	97,6	98,1	49,5	136,3	145,7	105,3	98,5

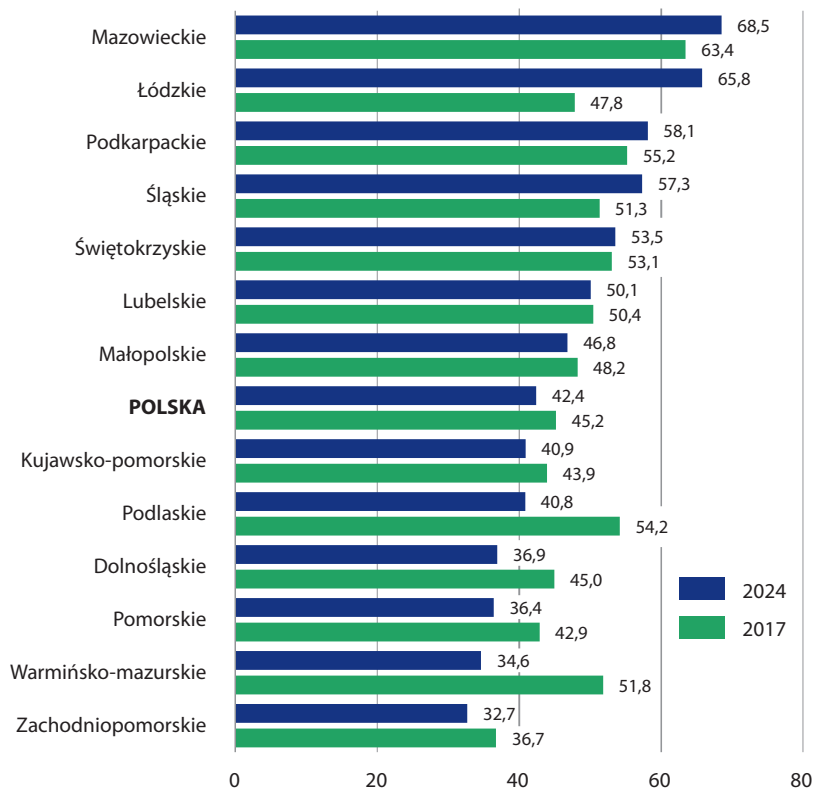
Wykres 15. Zabiegi lecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw

Chart 15. Health resort treatments in health resort facilities by voivodships



Wykres 16. Zabiegi lecznicze na 1 kuracjusza w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw

Chart 16. Health resort treatments per 1 patient in health resort facilities by voivodships



W 6 gminach uzdrowiskowych, które dominowały pod względem liczby łóżek i kuracjuszy leczonych stacjonarnie, wykonano w 2024 r. ponad 17,6 mln zabiegów leczniczych, co stanowiło 47,1% ogólnej liczby zabiegów w kraju. Najwięcej zabiegów przeprowadzono w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego na terenie gminy Ciechocinek – 4,3 mln. Liczba udzielonych zabiegów leczniczych w Kołobrzegu wyniosła 3,9 mln, Busku-Zdroju – 3,7 mln, w Krynicy-Zdroju – 2,0 mln, w Inowrocławiu – 1,9 mln, w Ustroniu – 1,8 mln.

Tablica 10. Zabiegi lecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w wybranych gminach uzdrowiskowych

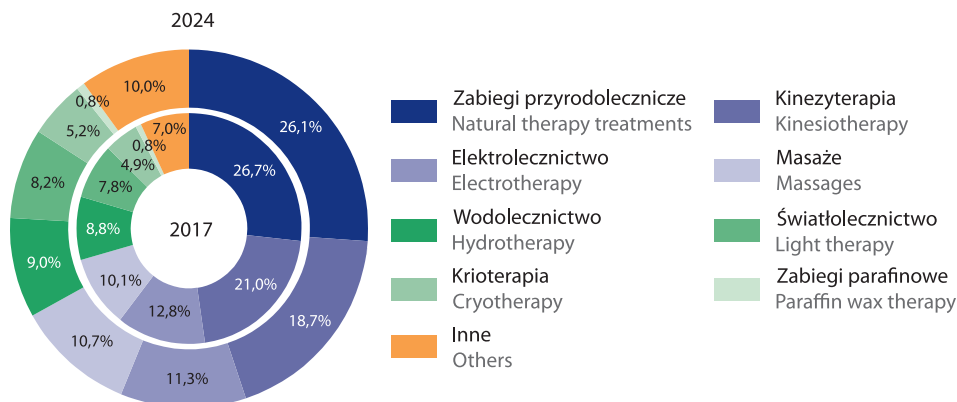
Table 10. Health resort treatments in health resort facilities in selected health resort municipalities

Gminy uzdrowiskowe Health resort gminas	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
w tys. in thousand								
Busko-Zdrój	3686,5	3722,2	3687,4	1712,3	2621,3	3314,3	3416,6	3673,4
Ciechocinek	4214,9	4207,3	4516,5	1954,3	2726,3	4003,8	4611,0	4328,3
Inowrocław	2021,3	2057,2	2073,1	1023,6	1425,5	1842,2	2016,4	1915,9
Kołobrzeg	3996,9	3900,0	3814,8	1923,0	2493,2	3774,2	4066,8	3935,5
Krynica-Zdrój	1831,3	1877,1	1855,0	845,1	1243,0	1797,6	1971,3	1973,9
Ustroń	1807,1	1515,6	1981,6	962,6	1223,8	1690,2	1796,9	1818,8
Polska=100 Poland=100								
Busko-Zdrój	10,1	10,0	9,6	9,4	10,1	9,4	9,0	9,8
Ciechocinek	11,5	11,3	11,8	10,7	10,5	11,4	12,1	11,6
Inowrocław	5,5	5,5	5,4	5,6	5,5	5,3	5,3	5,1
Kołobrzeg	10,9	10,5	10,0	10,6	9,6	10,8	10,7	10,5
Krynica-Zdrój	5,0	5,1	4,8	4,6	4,8	5,1	5,2	5,3
Ustroń	4,9	4,1	5,2	5,3	4,7	4,8	4,7	4,9

W latach 2017–2024 do popularnych zabiegów leczniczych wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego należały zabiegi przyrodolecznictwa oraz zabiegi z zakresu kinezyterapii. W 2024 r. kuracjom udzielono 9,8 mln zabiegów przyrodolecznictwa oraz 7,0 mln zabiegów kinezyterapii. W analizowanym ośmioletnim okresie ich udział w liczbie wszystkich przeprowadzonych zabiegów leczniczych mieścił się w przedziale odpowiednio od 24,7% do 27,1% oraz od 18,4% do 21,3%. W porównaniu z 2017 r. odnotowano wzrost liczby poszczególnych rodzajów zabiegów leczniczych z wyjątkiem zabiegów z zakresu elektrolecznictwa, kinezyterapii oraz zabiegów parafinowych.

Wykres 17. Zabiegi lecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zabiegu

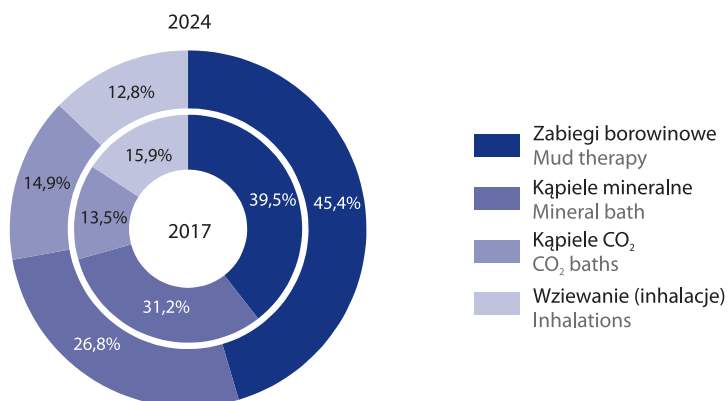
Chart 17. Health resort treatments in health resort facilities by type of therapy



W 2024 r. z zabiegów przyrodoleczniczych, obejmujących zabiegi borowinowe, kąpiele mineralne, kąpiele CO₂ i inhalacje, skorzystało 692,6 tys. osób., o 43,3 tys. mniej niż rok wcześniej i o 11,3 tys. więcej niż w 2017 r. Na 1 kuracjusza korzystającego z tego typu zabiegów przypadało średnio ponad 14 zabiegów (podobnie jak w 2017 r.). Wśród zabiegów przyrodoleczniczych dominowały zabiegi borowinowe (4,4 mln). Ponadto wykonano 2,6 mln zabiegów kąpeli mineralnych, 1,5 mln zabiegów kąpeli CO₂ oraz 1,3 mln inhalacji.

Wykres 18. Zabiegi przyrodolecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zabiegu

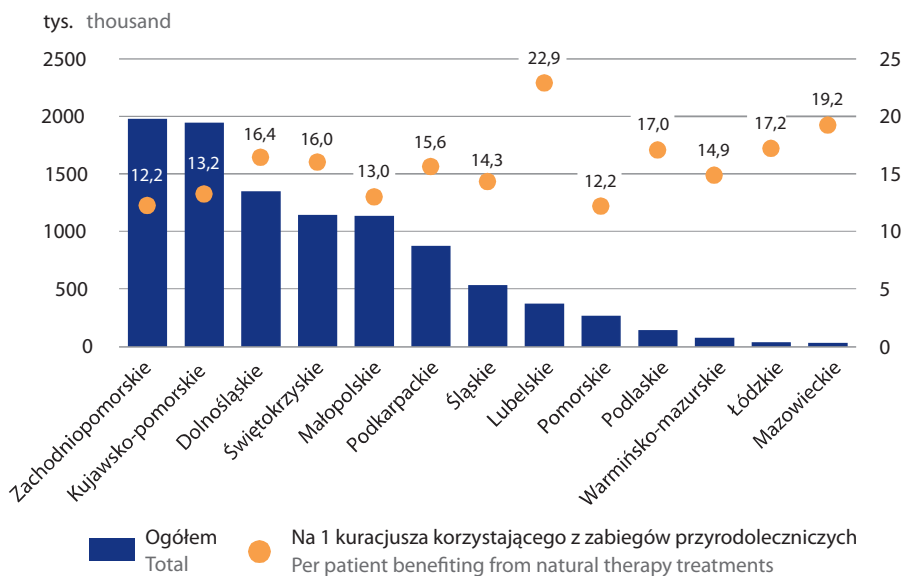
Chart 18. Natural therapy treatments in health resort facilities by type of therapy



Najwięcej (1972,2 tys.) zabiegów przyrodoleczniczych udzielono w 2024 r. w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w województwie zachodniopomorskim, a najmniej (23,1 tys.) w mazowieckim. Najwięcej tego typu zabiegów na 1 kuracjusza korzystającego z zabiegów przyrodoleczniczych przypadało w województwie lubelskim – prawie 23 zabiegi, a najmniej w pomorskim i zachodniopomorskim – około 12 zabiegów.

Wykres 19. Zabiegi przyrodolecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw w 2024 r.

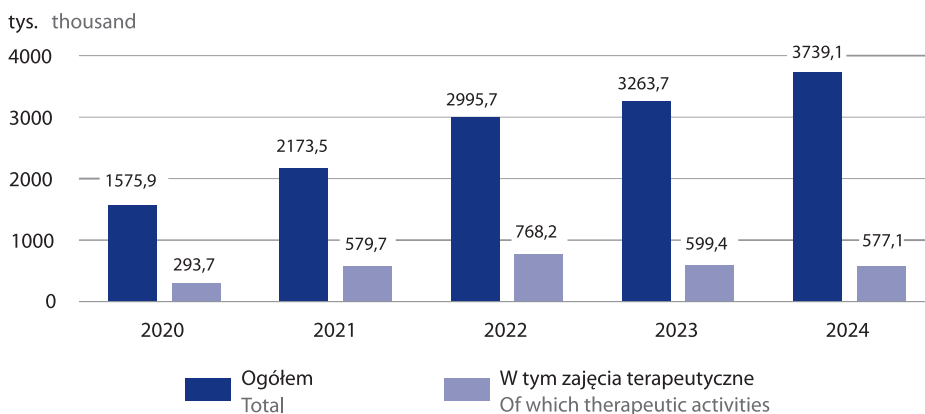
Chart 19. Natural therapy treatments in health resort facilities by voivodships in 2024



W ramach kategorii „inne zabiegi lecznicze” od 2020 r. został wyodrębniony rodzaj zabiegu, który obejmuje zajęcia terapeutyczne. Polegają one na realizacji zajęć terapeutycznych z zakresu rehabilitacji psychologicznej i społecznej m.in. takich jak: psychoedukacja, treningi relaksacyjne, psychoterapia, edukacja zdrowotna, zajęcia rozwijające zainteresowania i uzdolnienia, zajęcia niezależnego funkcjonowania z niepełnosprawnością, a także innych o charakterze psychologicznym. W 2024 r. przeprowadzono 557,1 tys. takich zabiegów, o 22,3 tys. mniej niż w roku poprzednim.

Wykres 20. Inne zabiegi lecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego

Chart 20. Other health resort treatments in health resort facilities



2.2. Turystyczne obiekty noclegowe i ich wykorzystanie w gminach uzdrowiskowych

2.2. Occupancy of tourist accommodation establishments in health resort municipalities

Gminy uzdrowiskowe pełnią istotną funkcję w krajowym sektorze turystycznym, przyciągając zarówno turystów krajowych, jak i zagranicznych. Ich wyjątkowość wynika z obecności naturalnych surowców leczniczych, rozbudowanej infrastruktury medyczno-sanatoryjnej oraz korzystnych warunków klimatycznych sprzyjających terapii uzdrowiskowej. W związku z rosnącym znaczeniem profilaktyki zdrowotnej oraz procesem starzenia się społeczeństwa, należy oczekiwać, że rola gmin uzdrowiskowych w przyszłości będzie systematycznie wzrastać. Na tym tle szczególne znaczenie zyskuje turystyka uzdrowiskowa, będąca jedną z najbardziej charakterystycznych form turystyki zdrowotnej.

Turystyka uzdrowiskowa stanowi wyspecjalizowaną formę turystyki zdrowotnej, rozumianej jako świadome i dobrowolne udanie się na określony czas poza miejsce stałego zamieszkania, w okresie wolnym od pracy, w celu regeneracji organizmu poprzez aktywny wypoczynek fizyczny i psychiczny. Jest ona ściśle powiązana z lecznictwem uzdrowiskowym i realizowana na obszarze miejscowości posiadających status uzdrowiska. Głównym motywem podejmowania tego rodzaju podróży jest odnowa sił witalnych oraz poprawa kondycji zdrowotnej, zwłaszcza w sytuacjach przemęczenia lub wyczerpania. Temu nadrzędnemu celowi podporządkowana jest organizacja i tryb pobytu w miejscowościach uzdrowiskowych. Kluczową rolę w tym procesie odgrywają zakłady lecznictwa uzdrowiskowego oraz szeroka infrastruktura towarzysząca.

Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego działające w miejscowościach uzdrowiskowych zapewniają kuracjom zakwaterowanie z wyżywieniem, zabiegi lecznicze oraz specjalistyczną opiekę lekarską. Z ich oferty korzystają nie tylko pacjenci skierowani na leczenie, lecz także turyści pragnący czerpać z walorów środowiska naturalnego, unikatowego klimatu i zasobów leczniczych surowców naturalnych. Ważnym elementem pobytu w uzdrowisku jest również możliwość korzystania z infrastruktury towarzyszącej, obejmującej m.in. pijalnię wód mineralnych, łożnice solankowe, parki zdrojowe, ścieżki ruchowe oraz baseny.

Baza noclegowa w gminach uzdrowiskowych

Accommodation establishments in health resort municipalities

W 2024 r. funkcjonowało 2477 gmin, w tym 44 posiadały status gminy uzdrowiskowej. Ponadto na terenie gminy Wieliczka funkcjonowało sanatorium uzdrowiskowe urządzone w podziemnych wyrobiskach górniczych zaliczane do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. Według wyników badania KT-1 na 31 lipca 2024 r. w kraju działały 10354 turystyczne obiekty noclegowe (dysponujące co najmniej 10 miejscami), z tego niemal co szósty zlokalizowany był na terenie gmin uzdrowiskowych²⁴⁴. Średnio na 1 gminę przypadały ponad 4 obiekty noclegowe i blisko 339 miejsc noclegowych, podczas gdy na 1 gminę uzdrowiskową przypadało przeciętnie blisko 36 obiektów i ponad 3,6 tys. miejsc noclegowych. Oznacza to, że gminy uzdrowiskowe dysponowały średnio 8,6 razy większą liczbą obiektów noclegowych oraz 10,8 razy większą liczbą miejsc noclegowych niż pozostałe gminy w kraju.

²⁴⁴ Dane dla gmin uzdrowiskowych podano łącznie z gminą Wieliczka.

Na 1 gminę w 2024 r. przypadało średnio 15,7 tys. turystów, którym udzielono 39,4 tys. noclegów. W gminach uzdrowiskowych wartości te były znacząco wyższe – przeciętnie 161,8 tys. turystów oraz 627,9 tys. noclegów. Oznacza to, że w gminach uzdrowiskowych średnio 10,3 razy więcej turystów korzystało z bazy noclegowej, a liczba udzielonych im noclegów była 15,9 razy wyższa.

W latach 2017–2024 rozwój bazy noclegowej w gminach uzdrowiskowych charakteryzował się znaczną zmiennością. Szczególnie wyraźne załamanie nastąpiło w latach 2020–2021, co było bezpośrednim skutkiem pandemii COVID-19 – restrykcyjnych ograniczeń w funkcjonowaniu obiektów turystycznych i przemieszczania się ludności. Po osiągnięciu najwyższego poziomu w 2018 r. (1682 obiekty), liczba jednostek zaczęła stopniowo maleć, osiągając minimum w 2022 r. (1501 obiektów). Dopiero w 2023 r. zaobserwowano odwrócenie tego trendu i ponowny wzrost liczby obiektów noclegowych.

Według stanu na 31 lipca 2024 r. na terenie 45 gmin uzdrowiskowych w 13 województwach działalność prowadziło 1611 turystycznych obiektów noclegowych, w tym 197 zakładów uzdrowiskowych. Łącznie oferowały one 164,9 tys. miejsc noclegowych, w tym 37,5 tys. przypadało na zakłady uzdrowiskowe. W porównaniu z 2017 r. odnotowano niewielki spadek liczby obiektów (o 0,5%) i zakładów uzdrowiskowych (o 3,4%), przy jednoczesnym wzroście liczby miejsc noclegowych ogółem (o 12,8%), jak i w zakładach uzdrowiskowych (o 4,6%).

Największa koncentracja turystycznych obiektów noclegowych w 2024 r. wystąpiła w gminach uzdrowiskowych województwa małopolskiego, gdzie funkcjonowało 539 obiektów wobec 556 w 2017 r. Pomimo spadku o 3,1% region ten wciąż skupiał około 1/3 całej bazy noclegowej zlokalizowanej w gminach uzdrowiskowych. Wynika to z faktu, że Uzdrowisko Kraków Swoszowice to jedyne w Polsce uzdrowisko i jedno z niewielu w Europie, które funkcjonuje na obszarze dużej aglomeracji miejskiej. Według stanu z końca lipca w 2024 r. w Krakowie było 309 obiektów (posiadających 10 lub więcej miejsc noclegowych). Łącznie oferowały one blisko 36 tys. miejsc, co stanowiło 21,7% dostępnych miejsc we wszystkich gminach uzdrowiskowych.

Na drugim miejscu znalazło się województwo zachodniopomorskie, gdzie liczba obiektów zmniejszyła się z 317 do 295 (spadek o 6,9%). Spadek odnotowano również w województwie pomorskim z 110 do 91 obiektów (o 17,3%). Odmienną tendencję wykazywały natomiast województwa dolnośląskie i podkarpackie: w pierwszym liczba obiektów wzrosła z 239 do 262 (o 9,6%), a w drugim – z 141 do 153 (o 8,5%). Wzrost liczby turystycznych obiektów noclegowych nastąpił również w województwie lubelskim – z 47 do 60 (o 27,7%), a także w świętokrzyskim z 30 do 34 (o 13,3%) oraz łódzkim z 10 do 15 (o 50,0%).

W 2024 r., w porównaniu z 2017 r., liczba obiektów hotelowych w gminach uzdrowiskowych zwiększyła się z 566 do 617 (o 9,0%). Największą część tej grupy obiektów stanowiły hotele, których liczba wzrosła z 350 do 375 (o 7,1%). Jeszcze większy wzrost odnotowano w przypadku innych obiektów hotelowych, gdzie odnotowano wzrost z 131 do 156 obiektów (o 19,1%). Niewielkie zmiany odnotowano w przypadku pensjonatów, których liczba zwiększyła się z 82 do 85, co odpowiada wzrostowi o 3,7%. Wśród pozostałych obiektów przeważały kwatery prywatne i pokoje gościnne – ich liczba wzrosła z 330 do 340 (wzrost o 3,0%). Na drugim miejscu znalazły się zakłady uzdrowiskowe, których liczba w 2024 r. w porównaniu z 2017 r. zmniejszyła się z 204 do 197 (spadek o 3,4%). Spośród zakładów uzdrowiskowych aż 84,8% zlokalizowanych było w pięciu województwach. Najwięcej – 41 obiektów – w województwie zachodniopomorskim (w tym 20 w Kołobrzegu). Następnie, 39 zakładów uzdrowiskowych znajdowało się w województwie dolnośląskim oraz 36 w województwie małopolskim.

Tablica 11. Turystyczne obiekty i miejsca noclegowe w gminach uzdrowiskowych według województw w 2024 r.

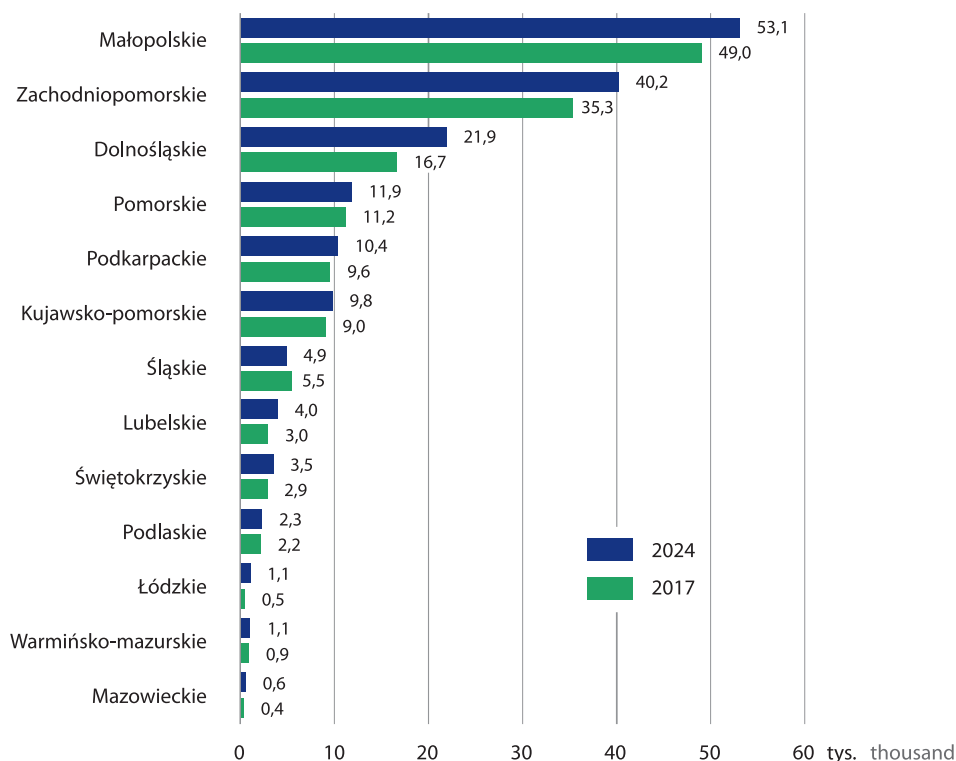
Table 11. Tourist establishments and bed places in health resort municipalities by voivodships in 2024

Wyszczególnienie Specification	Turystyczne obiekty noclegowe Tourist accommodation establishments		Miejsca noclegowe Bed places		Liczba miejsc noclegowych przypadających na 1 obiekt Number of bed places per 1 establishment	
	ogółem total	w zakładach uzdrowiskowych in health resort establishments	ogółem total	w zakładach uzdrowiskowych in health resort establishments	ogółem total	w zakładach uzdrowiskowych in health resort establishments
	w odsetkach in percentage		in percentage			
Polska Poland	100,0	100,0	100,0	100,0	102	190
Dolnośląskie	16,3	19,8	13,3	11,3	84	108
Kujawsko-pomorskie	4,3	15,2	6,0	20,5	140	256
Lubelskie	3,7	2,5	2,4	3,8	67	287
Łódzkie	0,9	0,5	0,7	0,3	74	122
Małopolskie	33,5	18,3	32,2	13,6	99	142
Mazowieckie	0,4	0,5	0,4	0,9	105	350
Podkarpackie	9,5	10,7	6,3	9,2	68	164
Podlaskie	2,2	0,5	1,4	0,8	66	282
Pomorskie	5,6	2,5	7,2	2,7	130	202
Śląskie	2,5	4,1	3,0	5,1	123	240
Świętokrzyskie	2,1	4,1	2,1	4,4	104	206
Warmińsko-mazurskie	0,7	0,5	0,7	1,1	98	394
Zachodniopomorskie	18,3	20,8	24,4	26,3	136	240

W latach 2017–2024 liczba miejsc noclegowych w obiektach zlokalizowanych na terenie gmin uzdrowiskowych systematycznie rosła, z wyjątkiem 2020 r., kiedy w następstwie wybuchu pandemii COVID-19 wystąpił ich wyraźny spadek – po osiągnięciu poziomu 155,2 tys. miejsc w 2019 r. liczba miejsc noclegowych zmniejszyła się do 145,4 tys. (spadek o 6,3%). Od 2021 r. odnotowywano ponowny, systematyczny wzrost do poziomu 164,9 tys. miejsc w 2024 r. (wzrost o 6,3% względem 2019 r. i o 13,5% względem 2020 r.).

Wykres 21. Liczba miejsc noclegowych na terenie gmin uzdrowiskowych według województw

Chart 21. Number of bed places in health resort municipalities by voivodships



Blisko 70% wszystkich miejsc noclegowych w gminach uzdrowiskowych w 2024 r. skupionych było na terenie 3 województw, odpowiednio: małopolskiego (32,2%), zachodniopomorskiego (24,4%) oraz dolnośląskiego (13,3%). W 2024 r. liczba dostępnych miejsc w turystycznych obiektach noclegowych na dzień 31 lipca była wyższa o ponad 18,8 tys. w porównaniu z 2017 r. (wzrost o 12,8%). Najwięcej miejsc noclegowych w gminach uzdrowiskowych odnotowano w województwie małopolskim, które w 2024 r. dysponowało 53,1 tys. miejsc, wobec 49,5 tys. w roku poprzednim (wzrost o 8,3%). Co istotne, aż 63,3% tych miejsc oferowały obiekty noclegowe zlokalizowane w Krakowie. Na drugim miejscu znalazło się województwo zachodniopomorskie z liczbą 40,2 tys. miejsc, co stanowiło wzrost o 14,0% (z 35,3 tys. w 2017 r.). Znacząca zmiana wystąpiła w województwie dolnośląskim, gdzie liczba miejsc zwiększyła się z 16,7 tys. w 2017 r. do 21,9 tys. w 2024 r. (o 31,7%). Wzrost liczby miejsc noclegowych odnotowano również w województwach: łódzkim – z 512 do 1106 (o 116,0%), lubelskim – z 3,0 tys. do 4,0 tys. (o 35,1%), świętokrzyskim – z 2,9 tys. do 3,5 tys. (o 22,4%) oraz podkarpackim – z 9,6 tys. do 10,4 tys. (o 8,7%). Jedynym województwem, w którym liczba miejsc noclegowych w gminach uzdrowiskowych zmniejszyła się, było województwo śląskie – z 5,5 tys. w 2017 r. do 4,9 tys. w 2024 r. (spadek o 10,5%).

Turystyczne obiekty noclegowe zlokalizowane w gminach uzdrowiskowych na koniec lipca 2024 r. dysponowały przeciętnie 102 miejscami (o 12 więcej w stosunku do 2017 r.). W skali kraju różnica pomiędzy wartością największą a najmniejszą wyniosła 74 miejsca (140 dla województwa kujawsko-pomorskiego przy 66 dla województwa podlaskiego). Powyżej średniej dla kraju znalazło się 6 z 13 analizowanych województw (kujawsko-pomorskie, zachodniopomorskie, pomorskie, śląskie, mazowieckie i świętokrzyskie). Zakłady uzdrowiskowe oferują średnio większą liczbę miejsc noclegowych w porównaniu z innymi rodzajami obiektów. W gminach uzdrowiskowych w 2024 r. na 1 zakład uzdrowiskowy przypadało przeciętnie 190 miejsc noclegowych (o 14 więcej niż w 2017 r.), przy czym poniżej średniej dla kraju znalazły się tylko 4 województwa (podkarpackie, małopolskie, łódzkie i dolnośląskie).

Obiekty hotelowe dysponowały łącznie 74,3 tys. miejsc, z czego blisko 80% zlokalizowanych było w hotelach. Większość (55,0%) dostępnych dla turystów miejsc noclegowych w gminach uzdrowiskowych znajdowała się jednak w pozostałych obiektach – 90,7 tys., a największy udział (41,3%) miały zakłady uzdrowiskowe. W porównaniu z 2017 r. wzrost liczby miejsc odnotowano zarówno w grupie obiekty hotelowe – o 29,5%, w tym w hotelach (o 30,2%) jak i w zakładach uzdrowiskowych (o 4,6%). Spośród miejsc noclegowych udostępnionych turystom w zakładach uzdrowiskowych, 70,5% zlokalizowanych było w czterech województwach: najczęściej – 9,9 tys. (26,3%) w zachodniopomorskim, a następnie 7,1 tys. (19,9%) w kujawsko-pomorskim, 4,9 tys. (13,8%) w małopolskim oraz 4,6 tys. (12,7%) w dolnośląskim.

Wskaźnik funkcji turystycznej Baretje'a-Deferta (nazywany także wskaźnikiem Baretje'a) służy do oceny znaczenia turystyki w gospodarce danej miejscowości lub regionu. Oblicza się go jako stosunek liczby miejsc noclegowych w obiektach turystycznych do liczby mieszkańców danej jednostki administracyjnej. W 2024 r. we wszystkich gminach uzdrowiskowych na 100 mieszkańców przypadało średnio 10,5 miejsc noclegowych, a w 2017 r. – 9,4. Osiem województw miało wyższy wskaźnik od średniej krajowej. Najwyższą wartość odnotowano w województwie zachodniopomorskim – 34,5 (w 2017 r. 28,1), a następnie w lubelskim – 26,5, pomorskim – 26,2 i śląskim – 21,9. Najniższą wartość wskaźnika, czyli najmniej miejsc noclegowych przypadających na mieszkańca zarejestrowano w województwie mazowieckim – 2,5, a następnie w podlaskim – 4,9.

2.3. Wykorzystanie bazy noclegowej w gminach uzdrowiskowych

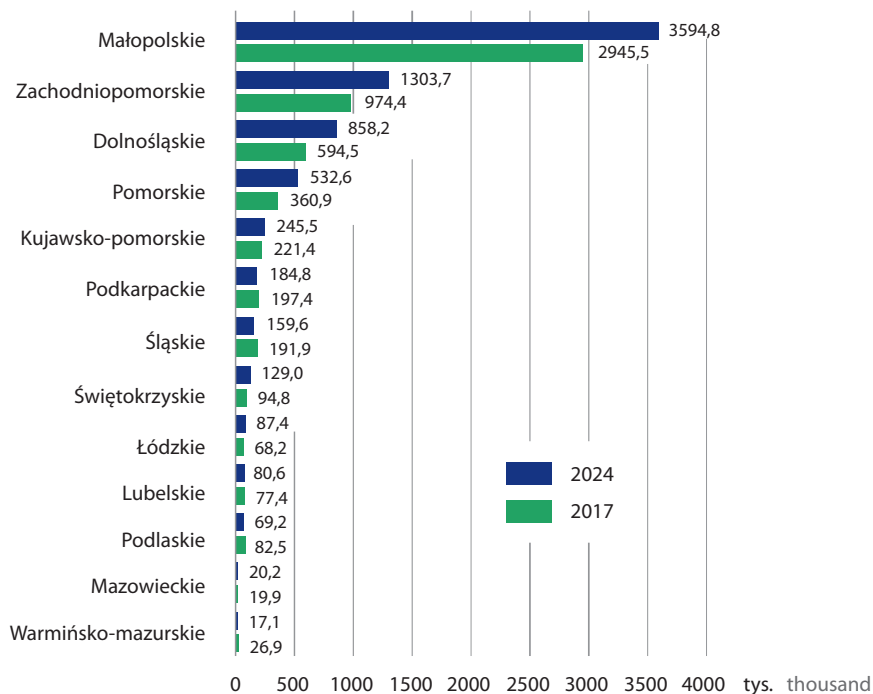
2.3. The use of accommodation establishments in health resort municipalities

Turyści korzystający z noclegów

Tourists accommodated

W latach 2017–2019 liczba turystów korzystających z obiektów noclegowych w gminach uzdrowiskowych systematycznie rosła, osiągając 6,7 mln osób w 2019 r., co oznacza wzrost o 7,3% w stosunku do 2017 r. i o 6,0% w porównaniu z 2018 r. W 2020 r. nastąpił gwałtowny spadek liczby turystów do 3,1 mln (o 53,5% mniej niż w 2019 r.), a rok później wystąpił częściowy wzrost do 3,9 mln osób (o 27,4% więcej niż w 2020 r.). Od 2022 r. liczba turystów korzystających z noclegów zaczęła się zwiększać. W 2022 r. wyniosła 6,1 mln, o 55,1% więcej niż w 2021 r. W 2023 r. liczba turystów wzrosła o 8,3% w stosunku do roku poprzedniego, a w 2024 r. osiągnęła 7,3 mln (o 19,2% więcej w porównaniu z 2022 r.), osiągając najwyższy poziom w analizowanym okresie, wyraźnie przekraczając wartości sprzed pandemii.

Wykres 22. Turyści w gminach uzdrowiskowych według województw
 Chart 22. Tourists in health resort municipalities by voivodships



W 2024 r. w obiektach noclegowych zlokalizowanych w gminach uzdrowiskowych przebywało 7,3 mln turystów, co stanowiło 18,7% ogółu korzystających z turystycznej bazy noclegowej. W porównaniu z 2017 r. liczba ta zwiększyła się o 1,4 mln osób (o 24,4%). Największy wzrost odnotowano w gminach uzdrowiskowych województwa małopolskiego, gdzie łączna liczba korzystających z noclegów w porównaniu z 2017 r. wzrosła o 649,3 tys. (o 22,0%). Znaczące przyrosty wystąpiły również w województwie zachodniopomorskim – o 329,3 tys. więcej turystów niż w 2017 r. (o 33,8%), a także w województwie dolnośląskim – o 263,7 tys. osób więcej (o 44,3%). Ponadto dużym wzrostem liczby korzystających z noclegów charakteryzowały się gminy uzdrowiskowe zlokalizowane w województwie pomorskim (o 47,6%) oraz świętokrzyskim (o 36,0%). Największy spadek liczby turystów korzystających z obiektów noclegowych w gminach uzdrowiskowych wystąpił w województwie warmińsko-mazurskim, gdzie nocowało o 36,5% mniej turystów niż w 2017 r.

Tablica 12. Wykorzystanie turystycznych obiektów noclegowych w gminach uzdrowiskowych według województw w 2024 r.

Table 12. Occupancy of tourist accommodation establishments in health resort municipalities by voivodships in 2024

Wyszczególnienie Specification	Turyści Tourists		Udzielone noclegi Nights spent		Średni czas pobytu turysty w obiekcie (liczba noclegów) Average duration of stay of tourist (number of nights spent)	
	ogółem total	turyści zagraniczni foreign tourists	ogółem total	turytom zagranicz- nym by foreign tourist	ogółem total	turyści zagraniczni foreign tourists
	w odsetkach in percentage					
Polska Poland	100,0	100,0	100,0	100,0	3,9	2,9
Dolnośląskie	11,8	3,8	12,1	4,6	4,0	3,5
Kujawsko-pomorskie	3,4	0,2	8,6	0,2	9,9	2,9
Lubelskie	1,1	0,0	1,7	0,0	6,1	4,1
Łódzkie	1,2	0,1	0,7	0,1	2,1	2,5
Małopolskie	49,4	73,1	33,2	61,2	2,6	2,4
Mazowieckie	0,3	0,0	0,3	0,0	3,8	4,0
Podkarpackie	2,5	0,0	4,8	0,1	7,3	5,7
Podlaskie	1,0	0,3	0,7	0,2	3,1	1,8
Pomorskie	7,3	2,5	6,0	2,4	3,2	2,8
Śląskie	2,2	0,4	3,5	0,4	6,1	3,0
Świętokrzyskie	1,8	0,1	2,9	0,2	6,5	6,9
Warmińsko-mazurskie	0,2	0,0	0,5	0,0	7,5	1,3
Zachodniopomorskie	17,9	19,4	24,9	30,5	5,4	4,5

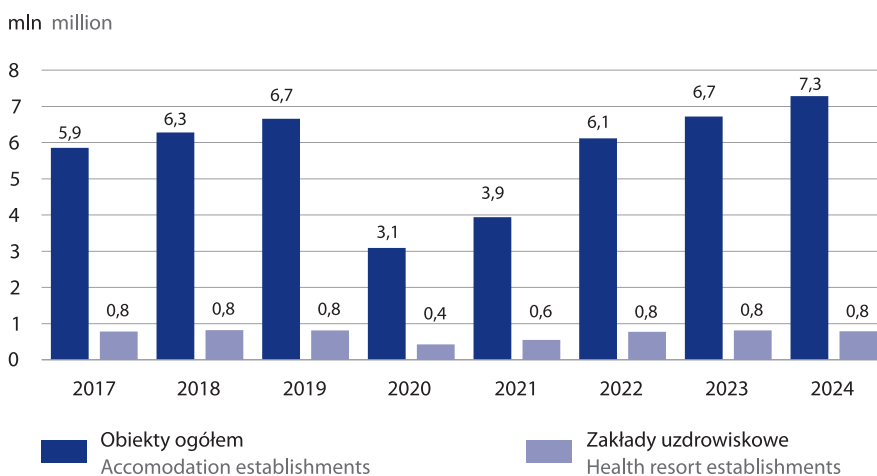
W 2024 r. wśród turystów korzystających z noclegów w obiektach zlokalizowanych w gminach uzdrowiskowych dominowali turyści krajowi (5,2 mln osób, 71,0% wszystkich turystów). Stanowili oni 16,7% ogółu turystów krajowych korzystających z bazy noclegowej w Polsce. W porównaniu z 2017 r. liczba turystów krajowych przebywających w obiektach noclegowych zlokalizowanych na terenie gmin uzdrowiskowych zwiększyła się o 1,1 mln osób (o 26,6%).

Największy wzrost liczby turystów krajowych, w porównaniu z 2017 r., odnotowano w gminach uzdrowiskowych województwa małopolskiego – o 333,4 tys. osób (o 19,4%). Znaczące wzrosty wystąpiły również w województwie zachodniopomorskim – o 283,5 tys. osób (o 46,3%) oraz dolnośląskim – o 255,3 tys. osób (o 48,8%). Wysokim wzrostem charakteryzowały się także województwa: pomorskie, gdzie liczba turystów zwiększyła się o 187,0 tys. (o 64,0%) oraz świętokrzyskie – wzrost o 34,2 tys. osób (o 36,8%). Największy spadek liczby turystów krajowych odnotowano w gminach uzdrowiskowych w województwie śląskim (o 33,7 tys. osób, o 18,2% mniej niż w 2017 r.).

Turyści krajowi w gminach uzdrowiskowych najliczniej zatrzymywali się w obiektach hotelowych, w których liczba gości zwiększyła się z 2,4 mln w 2017 r. do 3,4 mln w 2024 r. (wzrost o 40,7%). W ramach tej grupy obiektów największy wzrost odnotowano w hotelach, gdzie liczba turystów krajowych wzrosła o 818,3 tys. (o 40,2%) oraz w innych obiektach hotelowych (o 161,5 tys. więcej, o 67,0%). W 2024 r. wśród pozostałych obiektów noclegowych najwięcej turystów krajowych przebywało w zakładach uzdrowiskowych – 763,9 tys. wobec 735,4 tys. w 2017 r. (wzrost o 3,9%). Turyści więcej nocowali również w ośrodkach wczasowych, w których w 2024 r. odnotowano wzrost o 8,9% w porównaniu z 2017 r.

Wykres 23. Turyści w obiektach noclegowych na terenie gmin uzdrowiskowych

Chart 23. Tourists in accommodation establishments in health resort municipalities



W 2024 r. z noclegów w obiektach zlokalizowanych w gminach uzdrowiskowych skorzystało 2,1 mln turystów zagranicznych (29,0% wszystkich turystów). Stanowili oni 26,8% ogółu turystów zagranicznych korzystających z bazy noclegowej w Polsce. W porównaniu z 2017 r. liczba gości z zagranicy zwiększyła się o 340 tys. osób, o 19,2%.

Najwięcej turystów zagranicznych w 2024 r. odnotowano w gminach uzdrowiskowych województwa małopolskiego, gdzie ich liczba zwiększyła się w porównaniu z 2017 r. o 315,8 tys. osób (o 25,8%). Wśród gmin uzdrowiskowych województwa małopolskiego w 2024 r. największą liczbę turystów zagranicznych odnotowano w Krakowie (1,5 mln osób), co stanowiło 97,6% turystów zagranicznych korzystających z obiektów noclegowych w tych gminach. W porównaniu z 2017 r. liczba turystów zagranicznych w Krakowie wzrosła o 26,7%. Turyści zagraniczni chętnie korzystali również z obiektów w gminach uzdrowiskowych w województwie zachodniopomorskim, w których zatrzymało się 45,8 tys. osób więcej (o 12,6%) niż w 2017 r. oraz w województwie dolnośląskim (8,3 tys. osób, o 11,7% więcej). W 8 województwach nastąpił spadek liczby turystów zagranicznych. Największy odnotowano w gminach uzdrowiskowych województwa pomorskiego. W 2024 r. w porównaniu z 2017 r. liczba turystów przebywających w obiektach zlokalizowanych na terenie gmin uzdrowiskowych tego województwa spadła o 15,3 tys. osób (o 22,3%).

W 2024 r. w ogólnej liczbie turystów zagranicznych korzystających z bazy noclegowej gmin uzdrowiskowych najliczniejszą grupę stanowili turyści z Niemiec (576,8 tys.), a następnie z Wielkiej Brytanii (301,4 tys.) i Ukrainy (130,8 tys.). Turyści z tych krajów stanowili łącznie 47,8% ogółu turystów

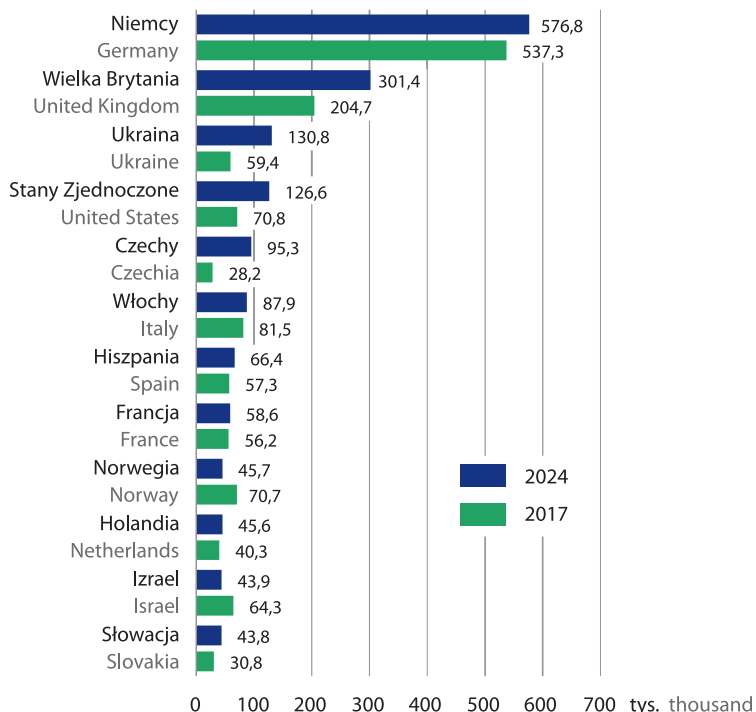
zagranicznych korzystających z noclegów na terenie gmin uzdrowiskowych w 2024 r. Spośród pozostałych krajów najwięcej turystów przyjechało ze Stanów Zjednoczonych (126,6 tys.), a następnie z Czech (95,3 tys.) oraz Włoch (87,9 tys.).

W porównaniu z 2017 r. największy wzrost liczby turystów zagranicznych w 2024 r. odnotowano w przypadku turystów z Wielkiej Brytanii. Ich liczba wzrosła z 204,7 tys. w 2017 r. do 301,4 tys. w 2024 r. (o 47,3%), a następnie z Ukrainy – z 59,4 tys. do 130,8 tys. (o 120,2%) oraz Czech – z 28,2 tys. do 95,3 tys. (ponad 3-krotnie). Zwiększyła się również liczba turystów ze Stanów Zjednoczonych – z 70,8 tys. do 126,6 tys. (o 78,9%). Na uwagę zasługują także bardzo wysokie przyrosty liczby turystów przyjeżdżających z państw arabskich. Liczba turystów ze Zjednoczonych Emiratów Arabskich wzrosła z 1,2 tys. w 2017 r. do 29,2 tys. w 2024 r. (ponad 20-krotnie), natomiast w przypadku turystów z Arabii Saudyjskiej z niespełna 1,0 tys. do 10,1 tys. (ponad 10-krotnie). Należy jednak podkreślić, że 98,5% turystów ze Zjednoczonych Emiratów Arabskich i 98,9% z Arabii Saudyjskiej w 2024 r. nocowało w obiektach zlokalizowanych w Krakowie.

Największy spadek liczby turystów zagranicznych w 2024 r. w porównaniu z 2017 r. odnotowano w przypadku osób przyjeżdżających z Rosji. Liczba turystów z tego kraju zmniejszyła się o 29,7 tys. (o 93,1%). Wyraźny spadek dotyczył również turystów ze Szwecji – o 28,5 tys. (o 45,5%), Norwegii – o 25,0 tys. (o 35,3%) oraz Izraela – o 20,3 tys. (o 31,7%). Zmniejszyła się również liczba turystów z Chin – z 33,3 tys. do 16,4 tys. (o 50,8%), Japonii – z 16,0 tys. do 7,6 tys. (o 52,6%), a także sąsiadującej z Polską Białorusi – z 11,0 tys. do 5,4 tys. (o 51,1%).

Wykres 24. Turyści w gminach uzdrowiskowych według wybranych krajów

Chart 24. Tourists in health resort municipalities by selected countries



Turyści zagraniczni w gminach uzdrowiskowych, podobnie jak turyści krajowi, korzystali przede wszystkim z obiektów hotelowych (84,8% ogółu turystów zagranicznych). W 2024 r. liczba turystów zagranicznych korzystających z tej grupy obiektów wyniosła 1,8 mln osób i w porównaniu z 2017 r. była wyższa o 297,2 tys. (o 19,9%). Wśród obiektów hotelowych szczególną popularnością cieszyły się hotele, w których liczba turystów zwiększyła się o 217,4 tys. (tj. o 16,3%), a następnie inne obiekty hotelowe, w których zatrzymało się o 80,7 tys. turystów więcej niż w 2017 r. Wśród pozostałych obiektów noclegowych liczba turystów zagranicznych w 2024 r. w porównaniu z 2017 r. wzrosła o 42,8 tys. (15,4%). Spośród nich największy wzrost odnotowano w pokojach gościnnych i kwaterach prywatnych (136,1%). Turyści zagraniczni rzadziej korzystali z noclegów w zakładach uzdrowiskowych (1,1% turystów zagranicznych). W 2024 r. na noclegi w tego rodzaju obiektach zdecydowało się o ponad połowę mniej turystów (o 23,7 tys.) niż w 2017 r. (spadek o 50,4%).

Udzielone noclegi

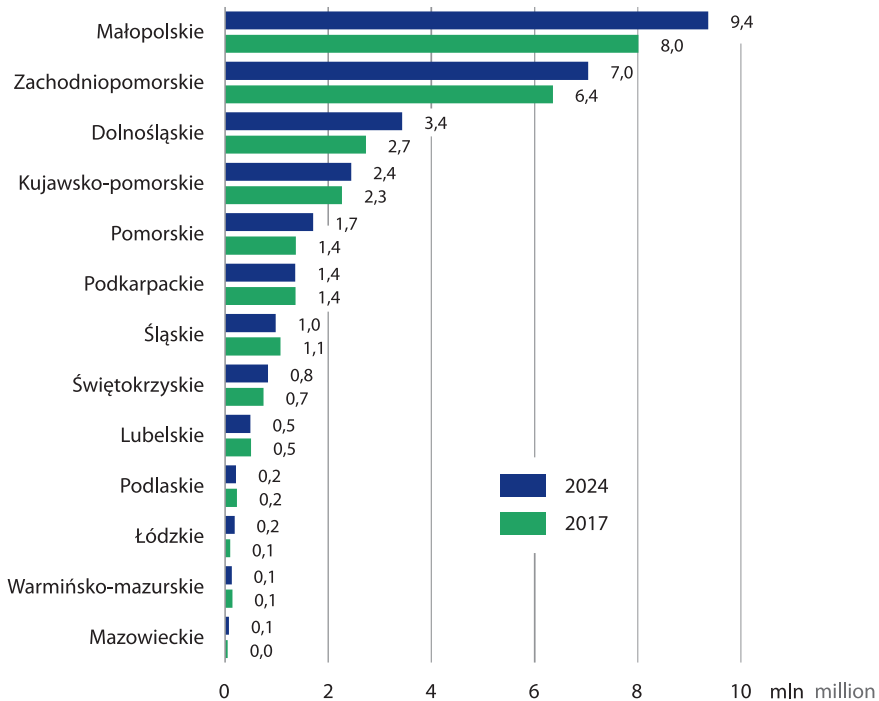
Overnight stays

W latach 2017–2019 liczba noclegów udzielonych w turystycznych obiektach noclegowych gmin uzdrowiskowych systematycznie rosła – z 24,9 mln w 2017 r. do 27,6 mln w 2019 r. Oznaczało to wzrost o 10,6% w porównaniu z 2017 r. oraz o 4,5% w porównaniu z 2018 r. W 2020 r. w wyniku wybuchu pandemii COVID-19 nastąpiło silne załamanie wykorzystania bazy noclegowej – liczba udzielonych noclegów zmniejszyła się do 13,3 mln, czyli o ponad połowę (51,6%) w porównaniu z poprzednim rokiem. W 2021 r. sytuacja częściowo się poprawiła. Liczba noclegów wzrosła wówczas do 17,0 mln (o 27,7% więcej w porównaniu z 2020 r.), pozostając jednak znacząco poniżej poziomu sprzed pandemii. Wyraźny wzrost liczby noclegów w gminach uzdrowiskowych odnotowano w 2022 r., kiedy ich liczba osiągnęła 24,8 mln, co oznaczało wzrost o 45,9% w porównaniu z 2021 r. Trend wzrostowy utrzymywał się także w kolejnych latach – w 2023 r. liczba noclegów wyniosła 27,1 mln (o 8,9% więcej w porównaniu z 2022 r.), a w 2024 r. osiągnęła rekordowe 28,3 mln, czyli o 4,4% więcej niż rok wcześniej oraz o 2,4% więcej niż w 2019 r.

W porównaniu z 2017 r. w obiektach noclegowych zlokalizowanych w gminach uzdrowiskowych w 2024 r. udzielono o 3,3 mln więcej noclegów (wzrost o 13,3%). Najwięcej – 9,4 mln (wzrost o 16,9%), w województwie małopolskim, które odpowiadało za 1/3 wszystkich noclegów w gminach uzdrowiskowych w kraju. Na drugim miejscu znalazło się województwo zachodniopomorskie, gdzie turyści skorzystali z 7,0 mln noclegów (o 10,8% więcej w porównaniu z 2017 r.), a trzecie zajęło województwo dolnośląskie – 3,4 mln noclegów (wzrost o 25,8%). Spadek liczby udzielonych noclegów wystąpił w pięciu województwach: warmińsko-mazurskim (o 9,6%), śląskim (o 8,6%), podlaskim (o 8,5%), lubelskim (o 2,1%) oraz podkarpackim (o 0,5%).

Wykres 25. Noclegi udzielone turystom na terenie gmin uzdrowiskowych według województw

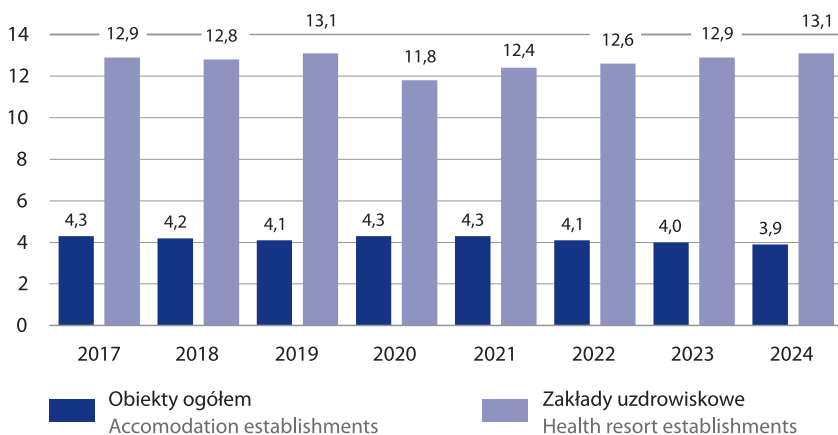
Chart 25. Overnight stays provided in health resort municipalities by voivodships



W 2024 r. turyści przebywali w obiektach noclegowych na terenie gmin uzdrowiskowych przeciętnie nieco krócej niż w 2017 r. – 3,9 noclegu (w 2017 r. – 4,3). Spadek ten wynika z tego, że wzrost liczby korzystających z turystycznych obiektów noclegowych (o 24,4%) był większy niż w przypadku liczby udzielonych noclegów (o 13,3%). Turyści zagraniczni spędzali średnio mniej nocy w obiektach noclegowych niż turyści krajowi. Korzystali oni przeciętnie z 2,9 noclegu (w 2017 r. – 3,2), natomiast turyści krajowi z 4,3 noclegu (w 2017 r. – 4,7).

Wykres 26. Średnia długość pobytu turystów w obiektach noclegowych na terenie gmin uzdrowiskowych

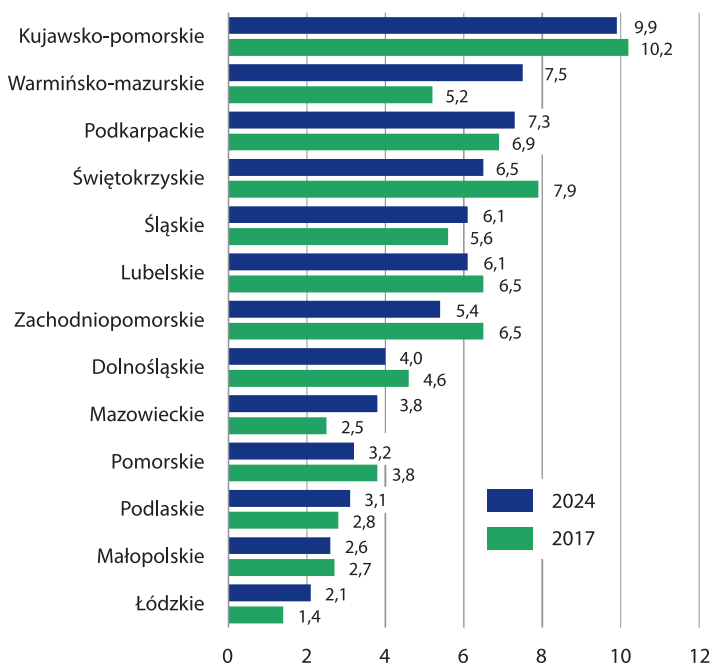
Chart 26. Average length of stay of tourists in accommodation establishments in health resort municipalities



Turyści najdłużej przebywali w obiektach noclegowych znajdujących się na terenie województwa kujawsko-pomorskiego (średnio 9,9 noclegu), a następnie województw: warmińsko-mazurskiego (średnio 7,5 noclegu), podkarpackiego (średnio 7,3 noclegu) i świętokrzyskiego (średnio 6,5 noclegu). Najkrótsze pobyty odnotowano w obiektach zlokalizowanych w województwach: łódzkim (średnio 2,1 noclegu) i małopolskim (średnio 2,6 noclegu).

Wykres 27. Średnia długość pobytu turystów w obiektach noclegowych na terenie gmin uzdrowiskowych według województw w 2024 r.

Chart 27. Average length of stay of tourists in accommodation establishments in health resort municipalities by voivodships in 2024



Turystom krajowym w 2024 r. udzielono 22,2 mln (78,6% ogółu) noclegów w gminach uzdrowiskowych, co stanowiło 28,0% wszystkich noclegów udzielonych turystom krajowym w turystycznych obiektach noclegowych w Polsce. W odniesieniu do 2017 r. liczba noclegów turystów krajowych w gminach uzdrowiskowych zwiększyła się o 3,3 mln (o 15,5%), przy czym największy wzrost tej liczby w porównaniu z 2017 r. odnotowano w gminach uzdrowiskowych województwa zachodniopomorskiego – o 937,0 tys. noclegów (o 22,0%). Znaczne wzrosty wystąpiły również w województwie dolnośląskim – o 717,1 tys. (o 29,4%) oraz małopolskim – o 682,7 tys. (o 13,7%). Spadek liczby noclegów udzielonych turystom krajowym w odniesieniu do 2017 r. odnotowano w gminach uzdrowiskowych czterech województw, w tym największy – o 87,9 tys. (o 8,4%) w województwie śląskim.

W 2024 r. turyści krajowi najczęściej korzystali z obiektów hotelowych, w których udzielono 3,4 mln noclegów wobec 2,4 mln w 2017 r., co oznacza wzrost o 40,7%. W tej grupie obiektów najwięcej noclegów udzielono w hotelach – liczba noclegów wzrosła o 40,2% (z 2,0 mln do 2,9 mln). Największy wzrost noclegów odnotowano w innych obiektach hotelowych, gdzie ich liczba zwiększyła się o 161,5 tys. (o 67,0% więcej). Spadek liczby noclegów turystów krajowych odnotowano w motelach (o 52,1% mniej niż w 2017 r.) oraz pensjonatach (o 2,6% mniej). Wśród pozostałych obiektów noclegowych liczba noclegów wzrosła o 6,6% (z 1,7 mln w 2017 r. do 1,8 mln w 2024 r.). Najwięcej noclegów odnotowano w zakładach uzdrowiskowych, w których turyści krajowi w 2024 r. spędzili 763,9 tys. noclegów wobec 735,4 tys. siedem lat wcześniej (o 3,9% więcej). Duży wzrost liczby noclegów nastąpił także w zespołach domków turystycznych (o 160,9% noclegów więcej), w kwaterach agroturystycznych (o 104,4%), w pokojach gościnnych i kwaterach prywatnych (o 65,4%) oraz na polach biwakowych (o 42,3%). Z kolei największy spadek wystąpił w schroniskach młodzieżowych (o 91,8% mniej).

Turystom zagranicznym w gminach uzdrowiskowych w 2024 r. udzielono 6,0 mln noclegów (o 328,6 tys. więcej niż w 2017 r.). Oznacza to, że co trzeci nocleg udzielony turystom zagranicznym w kraju przypadał na gminę uzdrowiskową. Największą liczbę udzielonych noclegów w 2024 r. odnotowano w gminach województwa małopolskiego – 3,7 mln, gdzie wystąpił również największy ich wzrost – o 670,5 tys. (o 22,1%). Kolejnym województwem pod względem liczby wykorzystanych noclegów przez gości z zagranicy było województwo zachodniopomorskie – 1,8 mln, jednakże liczba ta jest mniejsza o 252,9 tys. noclegów w porównaniu z 2017 r. (o 12,1%). Największy spadek odnotowano w województwie podkarpackim. W 2024 r. udzielono tam o 24,1 tys. noclegów mniej niż w 2017 r., co oznacza spadek o 81,4%.

Wśród turystów zagranicznych najwięcej noclegów udzielono turystom z Niemiec, którzy w gminach uzdrowiskowych skorzystali z 2,3 mln noclegów. Stanowiło to 37,7% ogółu noclegów cudzoziemców w obiektach noclegowych na terenie tych gmin. Istotny udział mieli także turyści z Wielkiej Brytanii – 14,1% (849,9 tys.) oraz turyści ze Stanów Zjednoczonych – 5,1% (308,2 tys.). Łącznie 3 wymienione kraje odpowiadały za 56,9% wszystkich noclegów udzielonych cudzoziemcom w gminach uzdrowiskowych w 2024 r. Z bazy noclegowej chętnie korzystali również turyści z Ukrainy – 4,5% (270,7 tys.), a także z Włoch – 3,9% (234,3 tys.) i Czech – 3,6% (219,7 tys.). Relatywnie wysokie wartości odnotowano ponadto w przypadku turystów z Hiszpanii (167,5 tys.) oraz Francji (149,7 tys.).

W porównaniu z 2017 r. największy przyrost liczby noclegów w 2024 r. dotyczył turystów z Czech (wzrost o 165,7 tys., 306,7%), Wielkiej Brytanii (265,8 tys., 45,5%) oraz Ukrainy (o 134,0 tys., 98,0%). Znaczące wzrosty wystąpiły także wśród turystów ze Stanów Zjednoczonych (o 120,8 tys., 64,4%) oraz Zjednoczonych Emiratów Arabskich (o 69,3 tys., ponad 20-krotny wzrost).

Spadki odnotowano przede wszystkim w przypadku turystów z Niemiec (spadek o 353,4 tys., o 13,4%), Norwegii (o 77,9 tys., o 40,5%) i Szwecji (o 81,8 tys., o 48,5%). Wyraźnie zmniejszyła się również liczba noclegów zrealizowanych przez turystów z Izraela – o 64,7 tys. (o 39,2%) oraz Rosji – o 58,9 tys. (o 92,1%).

W 2024 r. turyści zagraniczni najczęściej korzystali z obiektów hotelowych, w których udzielono 4,8 mln noclegów, co stanowiło 79,9% wszystkich noclegów w gminach uzdrowiskowych. W porównaniu z 2017 r. liczba ta była wyższa o 417,8 tys. noclegów (o 9,5%). Największy udział w tej grupie miały hotele, w których liczba noclegów wzrosła z 3,8 mln do 4,2 mln (o 11,3%). W pozostałych obiektach noclegowych w 2024 r. udzielono 1,2 mln noclegów, co oznacza spadek o 6,8% w porównaniu z 2017 r. Największy wzrost w tej kategorii odnotowano w pokojach gościnnych i kwaterach prywatnych, gdzie liczba noclegów zwiększyła się ponad 2,5-krotnie – z 107,6 tys. do 271,3 tys. (o 152,1%). Wzrost liczby noclegów turystów zagranicznych dotyczył również kwater agroturystycznych (z 377 do 7,4 tys. noclegów) oraz pól biwakowych (wzrost o 73,1%). Największy spadek wystąpił w zakładach uzdrowiskowych, w których liczba noclegów turystów z zagranicy zmniejszyła się z 403,0 tys. do 180,0 tys. (o 55,3%).

Stopień wykorzystania miejsc noclegowych

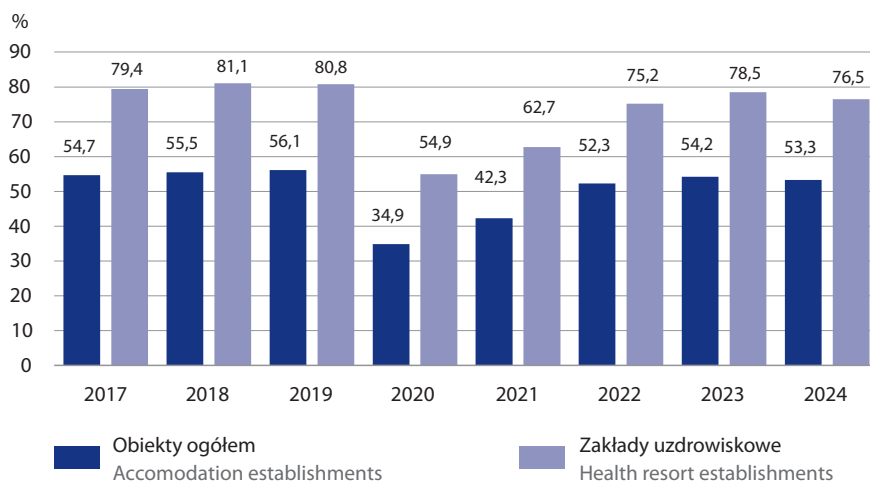
Occupancy rate of bed places

Stopień wykorzystania miejsc noclegowych to wyrażony w procentach stosunek liczby udzielonych noclegów do sumy liczby miejsc noclegowych przygotowanych w każdym dniu działalności obiektu. Dla ogólnej liczby obiektów w gminach uzdrowiskowych w 2024 r. wyniósł on 53,3%, co oznacza, że w odniesieniu do 2017 r. spadł o 1,4 p. proc. Na przestrzeni analizowanych 8 lat najwyższą wartość osiągnął tuż przed pandemią COVID-19, w 2019 r. – 56,1%, a najniższą w 2020 r. – 34,9%. W 2024 r. w obiektach hotelowych wskaźnik ten wyniósł 49,7%, a w pozostałych obiektach noclegowych 56,7% (w 2017 r. odpowiednio 49,9% i 58,5%).

Stopień wykorzystania miejsc noclegowych w poszczególnych województwach w 2024 r. wahał się od 33,0% w województwie podlaskim do 68,8% w województwie kujawsko-pomorskim, w którym to przez wszystkie lata miejsca były wykorzystywane w najwyższym stopniu (z wyjątkiem 2021 r., kiedy nieznacznie wyższy był w województwie świętokrzyskim). Ponadto powyżej poziomu średniej krajowej współczynnik ten osiągnął wartość jeszcze w 3 województwach: świętokrzyskim (66,5%), zachodniopomorskim (58,6%) oraz śląskim (54,0%). Przyrost stopnia wykorzystania miejsc noclegowych względem 2017 r. odnotowano tylko w województwach: mazowieckim (o 8,1 p. proc.), małopolskim (o 2,5 p. proc.), a także w pomorskim (o 0,8 p. proc.). Największy spadek zaś wystąpił w województwie lubelskim (o 10,6 p. proc.), a następnie w podkarpackim (o 7,9 p. proc.).

Wykres 28. Stopień wykorzystania miejsc w obiektach noclegowych na terenie gmin uzdrowiskowych

Chart 28. Occupancy rate of accommodation establishments in health resort municipalities



Najlepiej wykorzystywane (w każdym analizowanym roku) były miejsca noclegowe w zakładach uzdrowiskowych – stopień ich wykorzystania w 2024 r. wynosił 76,5% wobec 79,4% w 2017 r. Najwyższą wartość współczynnika zanotowano w 2018 r. (81,1%), najniższą zaś w 2020 r. (54,9%). Kolejną pozycję w 2024 r. zajmowały hotele z 52,4% wykorzystania miejsc noclegowych (52,7% w 2017 r.). Spośród województw najlepiej wykorzystywane były miejsca noclegowe w zakładach uzdrowiskowych zlokalizowanych w województwie świętokrzyskim – 88,5%, a następnie w pomorskim – 83,2% (w 2017 r. odpowiednio 90,8% i 85,5%).

Uwagi metodologiczne

Methodological notes

Źródła i zakres danych statystycznych

Sources and scope of statistical data

W publikacji zaprezentowano wyniki badań statystycznych prowadzonych zgodnie z programem badań statystycznych statystyki publicznej przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego oraz w zakresie placówek podległych resortowi spraw wewnętrznych przez Ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Badaniami statystycznymi objęte są zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, prowadzące zorganizowaną działalność leczniczą na terenie uzdrowiska i wykorzystujące jego naturalne warunki lecznicze. Działalność tych zakładów jest uregulowana przez ustawę o działalności leczniczej oraz ustawę o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych. Rejestr uzdrowisk i obszarów ochrony uzdrowiskowej wraz z kierunkami leczniczymi prowadzi Ministerstwo Zdrowia.

Źródłem danych o działalności leczniczej prowadzonej w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego jest sprawozdawczość GUS (formularz ZD-2 Sprawozdanie z działalności leczniczej zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej) oraz sprawozdawczość resortowa Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (formularz MSWiA-45 Sprawozdanie z lecznictwa uzdrowiskowego, stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej).

W ramach badania działalności leczniczej zakładów lecznictwa uzdrowiskowego pozyskiwane są informacje o:

1. infrastrukturze obiektów: liczba placówek, baza łóżkowa, udogodnienia dla osób niepełnosprawnych zgodnie z wymogami Ministra Rozwoju i Technologii;
2. korzystaniu z usług opieki zdrowotnej: liczba i rodzaj wykonanych zabiegów leczniczych, korzystający z zabiegów przyrodoleczniczych, osobodni leczenia;
3. profilu kuracjuszy: liczba pacjentów leczonych stacjonarnie i ambulatoryjnie, płeć oraz wiek, leżeni stacjonarnie korzystających z dofinansowań (NFZ, ZUS, KRUS, PFRON) oraz pacjenci pełnopłatni i cudzoziemcy.

Do opracowania statystyk o turystyce w gminach uzdrowiskowych wykorzystano wyniki badania statystycznego prowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny, skierowanego do wszystkich turystycznych obiektów posiadających 10 lub więcej miejsc noclegowych. Baza noclegowa turystyki obejmuje obiekty hotelowe – hotele, motele, pensjonaty i inne obiekty hotelowe, a także domy wycieczkowe, schroniska (w tym szkolne i młodzieżowe), ośrodki wczasowe, ośrodki kolonijne, ośrodki szkoleniowo-wypoczynkowe, domy pracy twórczej, hostele, zespoły domków turystycznych, kempingi, pola biwakowe, zakłady uzdrowiskowe, pokoje gościnne, kwatery agroturystyczne oraz inne turystyczne obiekty noclegowe.

Za pośrednictwem sprawozdania o wykorzystaniu turystycznego obiektu noclegowego (formularz KT-1) pozyskiwane są informacje obejmujące: dokładną lokalizację, rodzaj i kategorię obiektu, liczbę pokoi, miejsc noclegowych, placówek gastronomicznych. Ponadto jednostki sprawozdawcze informują o wykorzystaniu obiektu w poszczególnych miesiącach, tj. o liczbie dni działalności

obiektu, nominalnej liczbie miejsc noclegowych lub pokoi, a także o liczbie osób korzystających z zakwaterowania oraz liczbie udzielonych noclegów i wynajętych pokoi (z wyodrębnieniem turystów zagranicznych). Dane dotyczące turystyki od 2017 r. podaje się z uwzględnieniem imputacji dla jednostek, które odmówiły udziału w badaniu. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE nr 692/2011 z dnia 6 lipca 2011 r. w sprawie europejskiej statystyki w dziedzinie turystyki (Dz. U. UE 2011 nr 192) definiuje m.in. podstawowe pojęcia dotyczące statystyki w dziedzinie turystyki.

Podstawowe definicje

Basic definitions

Gmina uzdrowiskowa – gmina, której obszarowi lub jego części został nadany status uzdrowiska w trybie określonym w ustawie.

Kuracjusz – osoba przebywająca w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego na leczeniu stacjonarnym albo korzystająca ze świadczeń zdrowotnych w trybie ambulatoryjnym.

Kuracjusze cudzoziemcy – osoby nieposiadające obywatelstwa polskiego leczeni stacjonarnie.

Kuracjusze leczenia ambulatoryjne – to pacjenci, którzy przychodzą do placówki medycznej tylko na konkretne zabiegi, badania lub konsultacje, którzy nie wymagają pobytu w szpitalu ani w innym zakładzie przez całą dobę.

Kuracjusze leczenia stacjonarnie – to pacjenci, którzy korzystają z całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, świadczona w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej (np. w szpitalach).

Kuracjusze leczenia stacjonarnie z dofinansowaniem – osoby, którym leczenie lub pobyt w uzdrowisku jest częściowo lub całkowicie finansowany przez zewnętrzne podmioty, takie jak:

1. Narodowy Fundusz Zdrowia – osoby z potwierdzonymi skierowaniami NFZ na leczenie uzdrowiskowe i rehabilitację uzdrowiskową (ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
2. Zakład Ubezpieczeń Społecznych – osoby przebywające na rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej (ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych).
3. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego – osoby przebywające na rehabilitacji leczniczej (ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników).
4. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – osoby, które uzyskały dofinansowanie do uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych (ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, oraz rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych).
5. Inne instytucje np. Miejskie Ośrodki Pomocy Społecznej, stowarzyszenia, zakłady pracy.

Kuracjusze pełnopłatni – osoby, które pokrywają pełne koszty swojego leczenia i pobytu w uzdrowisku.

Lecznictwo uzdrowiskowe – zorganizowana działalność polegająca na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, prowadzona w uzdrowisku przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego albo poza uzdrowiskiem w szpitalach

i sanatoriach znajdujących się w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych, przy wykorzystaniu warunków naturalnych (surowce lecznicze, właściwości lecznicze klimatu) oraz towarzyszących zabiegów z zakresu fizjoterapii. Lecznictwo uzdrowiskowe jest integralną częścią systemu ochrony zdrowia.

Łóżko – umieszczone na stałe w sali chorych z pełnym wyposażeniem, zaopatrzone w pościel, zajęte przez chorego lub przygotowane na jego przyjęcie.

Naturalne surowce lecznicze – gazy lecznicze oraz kopaliny lecznicze, w tym wody lecznicze i peloidy, których właściwości lecznicze zostały potwierdzone na zasadach określonych w ustawie.

Obszar ochrony uzdrowiskowej – obszar, któremu został nadany status obszaru ochrony uzdrowiskowej, a na jego terenie nie ma zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego.

Osobodni – łączna liczba dni pobytu osób leczonych w zakładzie w ciągu okresu sprawozdawczego. Dzień przyjęcia i wypisania liczy się jako jeden dzień pobytu.

Podmioty świadczące usługi w zakresie zakwaterowania dla turystów – według Polskiej Klasyfikacji Działalności 2027: 55.1 – obiekty hotelowe (hotele, motele, pensjonaty i inne obiekty hotelowe) świadczące pewne usługi, w tym przynajmniej codzienne sprzątnięcie pokoi, ślanie łóżek i mycie urządzeń sanitarnych. 55.2 – pozostałe turystyczne obiekty noclegowe i miejsca krótkotrwałego zakwaterowania (pozostałe obiekty z wyłączeniem kempingów i pól biwakowych). 55.3 – pola kempingowe (włączając pola dla pojazdów kempingowych) i pola namiotowe (kempingi i pola biwakowe).

Rehabilitacja uzdrowiskowa – to zorganizowana działalność prowadzona w uzdrowisku przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, mająca na celu przywrócenie pacjentowi zdrowia lub możliwej do osiągnięcia dla danego stanu samodzielności ruchowej i społecznej, przy wykorzystaniu naturalnych surowców leczniczych.

Rodzaje obiektów wyodrębniane w statystyce turystycznej bazy noclegowej:

- 1. Hotel** – obiekt zlokalizowany głównie w zabudowie miejskiej dysponujący co najmniej 10 pokojami, w tym większość miejsc w pokojach jedno- lub dwuosobowych, świadczący szeroki zakres usług związanych z pobytem gości. Każdy hotel musi zapewnić podawanie śniadań. W zależności od wyposażenia i zakresu świadczonych usług wyróżnia się pięć kategorii hoteli: najwyższa – 5 gwiazdek, najniższa – 1 gwiazdka.
- 2. Motel** – obiekt zlokalizowany przy trasach komunikacji drogowej, który poza usługami hotelarskimi przystosowany jest również do świadczenia usług motoryzacyjnych i dysponuje parkingiem. Motel musi posiadać co najmniej 10 pokoi, w tym większość miejsc w pokojach jedno- lub dwuosobowych. Każdy motel musi zapewnić podawanie śniadań. W zależności od wyposażenia i zakresu świadczonych usług wyróżnia się pięć kategorii moteli: najwyższa – 5 gwiazdek, najniższa – 1 gwiazdka.
- 3. Pensjonat** – obiekt, który świadczy usługi hotelarskie łącznie z całodziennym wyżywieniem i dysponuje co najmniej 7 pokojami. Musi świadczyć usługi gastronomiczne w formie podawania co najmniej dwóch posiłków dziennie. W zależności od wyposażenia i zakresu świadczonych usług wyróżnia się pięć kategorii pensjonatów: najwyższa – 5 gwiazdek, najniższa – 1 gwiazdka.

4. **Inny obiekt hotelowy** – obiekt noclegowy, podzielony na pokoje, podlegający jednemu zarządowi, świadczący pewne usługi, w tym przynajmniej codzienne sprzątnięcie pokoi, śnięcie łóżek i mycie urządzeń sanitarnych (np. obiekt spełniający zadania hotelu, motelu lub pensjonatu, któremu nie została nadana kategoria).
5. **Dom wycieczkowy** – obiekt położony na obszarze zabudowanym lub w pobliżu zabudowy, posiadający co najmniej 30 miejsc noclegowych, dostosowany do samoobsługi klientów oraz świadczący minimalny zakres usług związanych z pobytem klientów. Każdy dom wycieczkowy musi posiadać przynajmniej jedną placówkę gastronomiczną. W zależności od wyposażenia i zakresu świadczonych usług wyróżnia się trzy kategorie domów wycieczkowych: najwyższa – kat. I, najniższa – kat. III.
6. **Schronisko** – obiekt położony poza obszarem zabudowanym, przy szlakach turystycznych, świadczący minimalny zakres usług związanych z pobytem klientów. Schronisko powinno stworzyć możliwość skorzystania z usług gastronomicznych lub sporządzenia posiłku. Pojęcie „schronisko” nie obejmuje schronisk młodzieżowych.
7. **Schronisko młodzieżowe** – obiekt przeznaczony do indywidualnej i grupowej turystyki młodzieżowej, dostosowany do samoobsługi klientów. Schronisko młodzieżowe jest placówką zlokalizowaną w samodzielnym budynku lub w wydzielonej części budynku. W zależności od wyposażenia i zakresu świadczonych usług wyróżnia się trzy kategorie schronisk młodzieżowych: najwyższa – kat. I, najniższa – kat. III.
8. **Szkolne schronisko młodzieżowe** – placówka oświatowo-wychowawcza umożliwiająca rozwijanie zainteresowań i uzdolnień oraz korzystanie z różnych form wypoczynku i organizacji czasu wolnego.
9. **Ośrodek wczasowy** – obiekt (lub zespół obiektów) noclegowy przeznaczony i przystosowany do świadczenia wyłącznie lub głównie usług związanych z wczasami.
10. **Ośrodek kolonijny** – obiekt (lub zespół obiektów) noclegowy przeznaczony i przystosowany do świadczenia wyłącznie lub głównie usług związanych z koloniami.
11. **Ośrodek szkoleniowo-wypoczynkowy** – obiekt (lub zespół obiektów) noclegowy przeznaczony i przystosowany do przeprowadzania kursów, konferencji, szkoleń, zjazdów itp. Może być także przystosowany do świadczenia usług wczasowych.
12. **Dom pracy twórczej** – obiekt, w którym są zapewnione właściwe warunki do wykonywania pracy twórczej i wypoczynku twórców, wykorzystywany również (głównie przez ich rodziny) jako ośrodek wczasowy.
13. **Zespoły domków turystycznych** – domek turystyczny – budynek niepodpiwniczony, posiadający nie więcej niż cztery pokoje, dostosowany do świadczenia usług typu hotelarskiego. Domki turystyczne mogą tworzyć zespoły domków turystycznych, a także organizacyjnie wchodzić w skład innych obiektów noclegowych. W grupie zespoły domków turystycznych mogą znajdować się również miejsca kempingowe.
14. **Kemping (camping)** – teren zwykle zadrzewiony, strzeżony, oświetlony, mający stałą obsługę recepcyjną i wyposażony w urządzenia (sanitarne, gastronomiczne, rekreacyjne) umożliwiające

turystom nocleg w namiotach, mieszkalnych przyczepach samochodowych, a także przyrzadzanie posiłków oraz parkowanie pojazdów samochodowych. W zależności od wyposażenia i zakresu świadczonych usług wyróżnia się cztery kategorie kempingów: najwyższa – 4 gwiazdki, najniższa – 1 gwiazdka.

15. **Pole biwakowe** – wydzielone miejsce niestrzeżone, umożliwiające turystom nocleg w namiotach. Na polu biwakowym znajdują się punkty poboru wody pitnej, podstawowe urządzenia sanitarne i tereny rekreacyjne.
16. **Hostel** – obiekt noclegowy o standardzie różniącym się od obiektów hotelowych głównie liczbą miejsc w pokojach, łóżkami piętrowymi i współdzieleniem części wyposażenia oraz pomieszczeń przeznaczonych dla gości (np. wspólna kuchnia/łazienka). Charakterystyczne dla hostelu jest wynajmowanie łóżka a nie pokoju. Pokoje w hostelach to najczęściej domy, czyli pokoje wieloosobowe, a także pokoje indywidualne: 1-, 2- i 3-osobowe.
17. **Zakład uzdrowiskowy** – zakład świadczący usługi w zakresie opieki zdrowotnej położony na terenie uzdrowiska i wykorzystujący przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych naturalne zasoby lecznicze uzdrowiska. Zakłady uzdrowiskowe wykazują wszystkie miejsca noclegowe przeznaczone do dyspozycji turystów, w tym kuracjuszy.
18. **Kwaterna agroturystyczna** – rodzaj obiektu zakwaterowania turystycznego, który stanowią pokoje i domy mieszkalne oraz przystosowane budynki gospodarcze (po adaptacji) w gospodarstwach wiejskich (rolnych, hodowlanych, ogrodniczych czy rybackich), będące własnością rolników, wynajmowane turystom na noclegi za opłatą.
19. **Pokoje gościnne (kwatery prywatne)** – rodzaj obiektu zakwaterowania turystycznego, który stanowią umeblowane pomieszczenia i lokale (z wyjątkiem kwater agroturystycznych) w mieszkaniach, domach i innych budynkach mieszkalnych należących do osób fizycznych lub prawnych innych niż rolnicy, wynajmowane turystom na noclegi za opłatą.
20. **Pozostałe obiekty niesklasyfikowane** – obiekty, które w czasie niepełnego wykorzystania zgodnie z ich przeznaczeniem lub w części, pełnią funkcję obiektu noclegowego dla turystów. Są to m.in. internaty, domy studenckie, ośrodki rekreacyjno-sportowe itp.

Średni czas pobytu w placówkach stacjonarnej opieki zdrowotnej (w dniach) – jest to iloraz osobodni (łączna liczba dni pobytu osób leczonych w ciągu roku w danym rodzaju zakładu) i łącznej liczby osób leczonych w ciągu tego okresu.

Średnia liczba łóżek – suma liczby łóżek według stanu na koniec poszczególnych miesięcy podzielona przez 12, tj. liczbę miesięcy w roku.

Turystyka – oznacza czynności odwiedzających, którzy podejmują podróż do głównego miejsca docelowego położonego poza ich zwykłym otoczeniem, na okres krótszy niż rok, w dowolnym głównym celu, w tym w celu służbowym, wypoczynkowym lub celu osobistym, innym niż zatrudnienie przez podmiot miejscowy dla odwiedzanego miejsca. Uczestnikami turystyki są **odwiedzający**. Określenie to dotyczy każdej osoby podróżującej do miejsca znajdującego się poza jej zwykłym otoczeniem, na czas nie dłuższy niż 12 kolejnych miesięcy, jeśli podstawowym celem podróży nie jest podjęcie działalności zarobkowej wynagradzanej ze środków pochodzących z odwiedzanego miejsca.

Urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego – urządzenia służące do leczniczego wykorzystania naturalnych surowców leczniczych oraz właściwości leczniczych klimatu, np. pijalnie uzdrowiskowe, tęźnie, parki.

Uzdrowisko – to obszar, na terenie którego prowadzone jest lecznictwo uzdrowiskowe, wydzielony w celu wykorzystania i ochrony znajdujących się na jego obszarze naturalnych surowców leczniczych, któremu został nadany status uzdrowiska.

Właściwości lecznicze klimatu – czynniki atmosferyczne sprzyjające zachowaniu zdrowia, leczeniu lub łagodzeniu skutków lub objawów chorób.

Zabiegi lecznicze wykonywane w uzdrowiskach:

1. Zabiegi przyrodolecznicze:

- a. kąpiele mineralne – są to kąpiele w wannach lub w basenach napełnionych wodą leczniczą, z równoczesnymi ćwiczeniami fizycznymi; do ich przygotowania wykorzystuje się przede wszystkim różnego typu solanki;
- b. kąpiele w CO₂ – są to kąpiele wannowe (dwutlenek węgla jest rozpuszczany w wodzie) albo stosowany w formie gazowej w kąpielach suchych;
- c. zabiegi borowinowe – polegają na zastosowaniu rozdrobnionego torfu i peloidów torfowych będących naturalnymi substancjami mineralnymi (kąpiele borowinowe, zawijania, okłady);
- d. inhalacje, wziewanie – wprowadzenie leków lub składników naturalnych do układu oddechowego (górných dróg oddechowych i drzewa oskrzelowego), dzięki zastosowaniu urządzeń wytwarzających aerozole o różnym stopniu rozproszenia; wziewania mogą być indywidualne lub zbiorowe.

2. Pozostałe zabiegi:

- a. elektrolecznictwo – polega na zastosowaniu różnego rodzaju prądów leczniczych; zalicza się tu zabiegi m.in. takie jak: galwanizacja, jonoforeza, prądy interferencyjne, prądy diadynamiczne;
- b. kinezyterapia – leczenie ruchem, gimnastyka lecznicza; dzieli się na miejscową i ogólną; kinezyterapia miejscowa – dotyczy bezpośrednio narządu zmienionego chorobowo, natomiast kinezyterapia ogólna obejmuje ćwiczenia części ciała nie objętych chorobą;
- c. krioterapia – polega na poddaniu całego ciała (lub miejscowo) działaniu bardzo niskich temperatur;
- d. masaże lecznicze – to zabiegi, których celem jest leczenie lub rehabilitacja. Jest to forma fizjoterapii, stosowana w uzdrowiskach, mająca na celu przywrócenie sprawności m.in. po urazach, operacjach, w złagodzenia bólu, poprawy krążenia, redukcji napięć mięśniowych, polepszania ruchomości stawów;
- e. światłolecznictwo – metoda leczenia światłem, np. lampy emitujące głównie promienie podczerwone (sollux), nadfioletowe (lampa kwarcowa) lub skojarzone światło obu typów promieniowania;
- f. wodolecznictwo, hydroterapia – metody leczenia bodźcowego przez zewnętrzne stosowanie wody zimnej, chłodnej lub ciepłej (kąpiele lecznicze, półkąpiele, natryski, bicze wodne, okłady);

- g. zabiegi parafinowe – zawijania parafinowe, pędzlowania, okłady lub bezpośrednie kąpiele kończyn (tak zwane „rękawice” lub „skarpety”), a także maseczki;
- h. zajęcia terapeutyczne – z zakresu rehabilitacji psychologicznej i społecznej m.in. takie jak: psychoedukacja, treningi relaksacyjne, psychoterapia, edukacja zdrowotna, zajęcia rozwijające zainteresowania i uzdolnienia, zajęcia niezależnego funkcjonowania z niepełnosprawnością, a także inne o charakterze psychologicznym.

Zakład lecznictwa uzdrowiskowego – zakład leczniczy lub jednostka organizacyjna zakładu leczniczego albo komórka zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, działający na obszarze uzdrowiska, utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej. Zakładami lecznictwa uzdrowiskowego są: szpitale uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, szpitale uzdrowiskowe dla dzieci i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci, przychodnie uzdrowiskowe, zakłady przyrodolecznicze, szpitale i sanatoria w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych.

Pozostałe wyjaśnienia

Other explanations

Dane prezentowane w publikacji obejmują informacje dla obiektów, które w danym roku zaliczane były – według obowiązujących w danym roku przepisów – do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego.

Dane dla gmin uzdrowiskowych zaprezentowano dla gmin, na terenie których znajdują się uzdrowiska łącznie z gminą Wieliczka, na terenie której funkcjonuje sanatorium uzdrowiskowe urządzone w podziemnym wyrobisku górniczym zaliczane do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego.

Liczby względne (wskaźniki, odsetki) obliczono z reguły na podstawie danych bezwzględnych wyrażonych z większą dokładnością niż podano w tablicach. Ze względu na zaokrąglenia danych w niektórych przypadkach sumy składników mogą się różnić od podanych wielkości „ogółem”.

W statystyce bazy noclegowej przyjęto następujące rozwiązania:

- Dane dotyczące liczby obiektów i miejsc noclegowych obejmują wszystkie obiekty czynne w dniu 31 lipca oraz obiekty nieczynne w tym dniu, ale czynne w innych dniach badanego miesiąca; przyjęto dla nich maksymalną liczbę miejsc.
- Do liczby dni działalności obiektu nie wlicza się przerw międzyturnusowych, z powodu remontu, dezynfekcji itp.
- Przez obiekt czynny rozumie się obiekt, którego co najmniej część była dostępna dla turystów (niezależnie od tego czy był on faktycznie wykorzystywany) w badanym okresie.
- Stopień wykorzystania obiektu – wyrażony w procentach – wynika z porównania faktycznie udzielonych noclegów do nominalnej liczby miejsc noclegowych (suma miejsc noclegowych przygotowanych dla turystów w każdym dniu działalności obiektu), a dodatkowo dla hoteli, moteli, pensjonatów i innych obiektów hotelowych z porównania faktycznie wynajętych pokoi do nominalnej liczby pokoi.
- Korzystający z noclegów to liczba osób (turystów), które rozpoczęły pobyt w obiekcie w danym miesiącu i powinny być liczone jeden raz, tj. w miesiącu przybycia do obiektu.
- Liczba udzielonych noclegów to iloczyn osób (turystów) i liczby nocy ich pobytu.

Bibliografia

Bibliography

1. Augustyniak M., Organizacja i funkcjonowanie rady gminy, Wyd. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2012.
2. Augustyniak M., Tworzenie organizacja wewnątrzna i funkcjonowanie jednostek pomocniczy, Wyd. MUNICIPIUM, Warszawa 2011.
3. Bażyński J., Turek S., Słownik hydrogeologii i geologii inżynierskiej, Wydawnictwa Geologiczne, Warszawa 1969.
4. Behr J., Ewolucja gminy w Rzeczypospolitej Polskiej – zarys problematyki, Folia Iuridica Wratislaviensis 2015, nr 1.
5. Błażejczyk K., Kuchcik M., Potencjał leczniczy klimatu Polski, Wyd. Sedno, Warszawa 2013.
6. Boć J. (red.), Prawo administracyjne, Wyd. Kolonia Limited, Wrocław 2002.
7. Brożyniak J., Iłżecka J., Jarosz M.J., Orzeł Z., Siwińska V., Modele systemów opieki zdrowotnej w Polsce i wybranych państwach europejskich, Zdrowie Publiczne 2008, nr 118.
8. Bukowski Z., Jędrzejewski T., Rączka P., Ustrój samorządu terytorialnego, Wyd. TNOiK, Warszawa 2013.
9. Burkowska-But A., Tężnie jako czynnik kształtujący mikrobiologiczną jakość powietrza w uzdrowisku, Wyd. Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2016.
10. Chmielnicki P. (red.), Jaworska-Dębska B., Ustawa o samorządzie gminnym. Komentarz, Wyd. LexisNexis, Warszawa 2013.
11. Chodźki W., Przemówienie w Sejmie Ustawodawczym 8.11.1921 r. przy omawianiu ustawy o zdrojowiskach i uzdrowiskach, Biuletyn Ministerstwa Zdrowia Publicznego 1922, nr 1.
12. Ciszewski F., Pierwsza ustawa uzdrowiskowa Sejmu Galicyjskiego, Problemy Uzdrowiskowe 1987, z. 5–6.
13. Conti L., Gennari E., Quintiliani F., Rasseu R., Sceresini E., L'imposta di soggiorno nei Comuni italiani, Questioni di Economia e Finanza 2018, nr 453.
14. Czarnecki S., Opłaty uzdrowiskowa miejscowa – podobieństwa i różnice, Zeszyty Naukowe WSEI 2017, nr 1–2.
15. Dolnicki B. (red.), T. Moll, Ustawa o samorządzie gminnym. Komentarz, Wyd. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2021.
16. Dowgiałło J., Kleczkowski A.S., Macioszczyk T., Rózkowski A., Słownik hydrogeologiczny, Państwowy Instytut Geologiczny, Warszawa 2002.
17. Drobnik J., Małcewicz M., Józefowski P., Kurpas D., Steciwko A., Medycyna uzdrowiskowa – współczesne leczenie uzdrowiskowe w Polsce, Family Medicine 2011, nr 1.
18. Drobnik J., Medycyna uzdrowiskowa – współczesne leczenie uzdrowiskowe w Polsce, Family Medicine & Primary Care Review 2011, nr 13.
19. Dryglas D., Golba J., Determinanty funkcjonowania i rozwoju uzdrowisk w Europie: studium przypadku Polski, Wyd. PWN, Warszawa 2017.
20. Dudek D. (red.), Zasady ustroju III Rzeczypospolitej Polskiej, Wyd. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009.
21. Encyklopedia PWN, <https://encyklopedia.pwn.pl>, dostęp: 11.07.2025.
22. Faracik R., Tężnie w Polsce. Geneza, stan i przyszłość zjawiska, Prace Geograficzne 2020, nr 161.
23. Fajarczuk-Mękal A., Masłowiec D., Bronkowska M., Znaczenie krenoterapii w regulacji procesów przemiany materii i pracy układu pokarmowego, Żywność. Nauka. Technologia. Jakość 2025, nr 1.
24. Gancarz-Żebracka J., Park zdrojowy w kompozycji miasta Iwonicz Zdrój, Architektura 2012, nr 19.
25. Golba J., Administracyjnoprawny status uzdrowiska, Katowice 2023.

26. Golba J., Charakter prawny i istota opłaty miejscowej, LEX, Warszawa 2016.
27. Golba J., Historyczne i prawne aspekty funkcjonowania uzdrowisk w Polsce, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2020.
28. Golba J., Uzyskanie i utrata statusu uzdrowiska w Polsce – aspekty prawne, Wyd. Lex, 2014.
29. GUS: Działalność lecznicza zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej w 2024 r., dostęp: 07.07.2025.
30. Hammerl R., Systematik der österreichischen Tourismusabgaben und ihre finanzverfassungsgesetzlichen Grundlagen, 2012.
31. Hanusz A. (red.), Szczyński P., Źródła finansowania samorządu terytorialnego, Wyd. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2015.
32. Jachimowicz-Jankowska P., Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, *Studia Prawa Publicznego* 2020, nr 1.
33. Jachimowicz-Jankowska P., Zakład lecznictwa uzdrowiskowego. Część 2. Status prawny organów zakładowych podmiotu leczniczego i personel uzdrowiskowy zakładu, *Studia Prawa Publicznego* 2021, nr 1.
34. Jakimowicz-Jankowska P., Nadzór nad lecznictwem uzdrowiskowym ze szczególnym uwzględnieniem czynności kontrolno-nadzorczych nad zakładami lecznictwa uzdrowiskowego, *Studia Prawa Publicznego* 2021, nr 3.
35. Kamińska M., Krusiec-Świdergoń B., Wykorzystanie terapeutycznych właściwości soli w profilaktyce i leczeniu chorób układu oddechowego, *Państwo i Społeczeństwo* 2023, nr 1.
36. Karkowska D., Ustawa o Prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Wyd. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010.
37. Kasprzak K., Polskie uzdrowiska jako atrakcja dla turystyki kulturowej, *Turystyka Kulturowa* 2016, nr 1.
38. Kochański J.W., Balneologia i hydroterapia, Wyd. AWF, Wrocław 2002.
39. Kopalnia Soli w Wieliczce, <https://www.kopalnia.pl/kopalnia-wiedzy>, dostęp: 09.07.2025.
40. Korzeniowski L.F., Podstawy zarządzania organizacjami, Wyd. Difin, Warszawa 2011.
41. Krupa J., Wołowicz T., Uzdrawiska Polski Wschodniej wobec wyzwań rozwojowych – turystyka zrównoważona, [w:] Współczesne trendy funkcjonowania uzdrowisk – klastering, J. Hermaniuk, J. Krupa (red.), Instytut Gospodarki Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania, Rzeszów 2010.
42. Kuciński J., Wołpiuk W.J., Zasady ustroju politycznego państwa w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r., Wyd. Wolters Kluwer Polska Warszawa 2012.
43. Kurowska T., T. Kurowska, Koncepcja obszaru specjalnego a ochrona środowiska naturalnego [w:] Zagadnienia prawne ochrony środowiska, K. Podgórski, Uniwersytet Śląski, Katowice 1981.
44. Leniartek M.K., Rewitalizacja Parków Zdrojowych zagrożeniem dla sfery materialnej i znaczeniowej miejscowości uzdrowiskowych na przykładzie Uzdrawisk Ziemi Kłodzkiej, *Przestrzeń Urbanistyka Architektura* 2015, nr 1.
45. Lizak A., Komisje uzdrowiskowe Komisje uzdrowiskowe jako organy opiniodawczo-radcze rad gmin. Geneza, obecna rola i funkcjonowanie w praktyce, Kraków 2016.
46. Łakomy K., Ogrody w krajobrazach miast (cz. 2, od XVIII do XX w.), [w:] Historyczne i współczesne ogrody w krajobrazie miasta, A. Mitkowska, K. Hodor, K. Łakomy (red.), *Architektura Czasopismo Techniczne* 2012, nr 6.
47. Łuczak M., Wkład prof. Eugeniusza Piaseckiego w rozwój polskiej fizjoterapii, *Ortopedia Traumatologia, Rehabilitacja* 2018, nr 2.
48. Namal A., Narodziny talasoterapii w Europie i jej historia w Turcji, [w:] Rola czynników środowiskowych w genezie i działalności uzdrowisk europejskich, B. Płonka-Syroka (red.), Wyd. Quaestio, Wrocław 2024.

49. Niezgodą A., Modyfikacja zakresu działania gmin uzdrowiskowych oraz posiadających status obszaru ochrony uzdrowiskowej a podział zasobów, LEX, Warszawa 2012.
50. Nowak-Far A. Miejscowości uzdrowiskowe w Austrii, Czechach, Niemczech i na Słowacji: status prawny i regulacyjne determinanty funkcjonowania Spa, Studia z Polityki Publicznej 2018, nr 2.
51. Paczuski R., Ochrona zasobów leczniczych środowiska Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 1990.
52. Piechota A., Miejsce i rola ubezpieczeń w systemie ochrony zdrowia, Studia Ekonomiczne 2014, nr 198.
53. Pietraszewska-Macheta A. (red.), Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz, wyd. IV, Wyd. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2023.
54. Plan finansowy NFZ na 2025 r., <https://www.nfz.gov.pl>, dostęp: 27.06.2025.
55. Płachta O., Uzdrowiskowa przestrzeń publiczna w wybranych miejscowościach Dolnego Śląska, Studia Miejskie 2014, nr 2.
56. Polskie Wody Lecznicze, <https://woda-lecznicza.pl/blog>, dostęp: 07.07.2025.
57. Ponikowska I., Ferson D., Nowoczesna medycyna uzdrowiskowa, Wyd. Medi Press, Warszawa 2009.
58. Ponikowska I., Kompendium balneologii. Kierunki i wskazania do leczenia uzdrowiskowego, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2010.
59. Ponikowska I., Nowoczesna medycyna uzdrowiskowa, Wyd. ALUNA, Konstancin-Jeziorna 2017.
60. Poprawski L., Józefko I., Wody lecznicze uzdrowiska Szczawnica: Charakterystyka źródeł, Współczesne problemy hydrogeologii 1995.
61. Portal o zdrowiu, medycynie i zdrowym stylu życia, <https://enel.pl/enelzdrowie/zdrowie>, dostęp: 03.09.2025.
62. Protokół NIK: Spełnianie wymogów określonych dla uzdrowisk, 2016, nr 179.
63. Przygucka-Gawlik M., Krysińska M., Marczak H., Raport z rekomendacjami z przebiegu debaty eksperckiej oraz badania fokusowego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2018.
64. Rehabilitacja lecznicza KRUS, <https://www.gov.pl>, dostęp: 20.07.2025.
65. Rehabilitacja lecznicza ZUS, <https://www.zus.pl>, dostęp: 19.7.2025.
66. Rejestr uzdrowisk i obszarów ochrony uzdrowiskowej wraz z kierunkami leczniczymi, <https://www.gov.pl>, dostęp: 29.06.2025.
67. Resiak-Urbanowicz M., Analiza porównawcza systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach europejskich w kontekście turystyki uzdrowiskowej, Zeszyty Naukowe 2012, nr 225.
68. Rybak A., Popularne tężnie solankowe niebezpieczne dla zdrowia – groźne bakterie, grzyby, promieniowce i gronkowce wykryte w wodzie solankowej i problem braku norm czystości „leczniczej mgiełki”, <https://www.infor.pl>, dostęp: 26.07.2025.
69. Serwis Ministerstwa Zdrowia, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lecznictwo-uzdrowiskowe>, dostęp: 01.06.2025.
70. Sibora T., Solanki wczoraj i dziś. Zarys dziejów uzdrowiska 1875–2015, Inowrocław 2015.
71. Sikora K., Szczególny status gmin uzdrowiskowych w Polsce, Studia Iuridica Lublinsensia 2014, nr 23.
72. Słownik języka polskiego PWN, <https://sjp.pwn.pl>, dostęp: 24.07.2025.
73. Sokalska E., Organy samorządowe miast niewydziałonych w świetle ustawy „scaleniowej” z 23 marca 1933 r., Studia Prawnoustrojowe 2004, nr 3.
74. Sommer J., Obszary specjalne w ochronie środowiska [w:] Instytucje prawa ochrony środowiska. Geneza, rozwój, perspektywy, Radecki W. (red.), Warszawa 2010.
75. Straburzyńska-Lupa A., Straburzyński G., Fizjoterapia z elementami klinicznymi, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2008.

76. Suhecka J., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wyd. Wolters Kluwer 2016.
77. Suhecka J., Jaworska R., *Finansowanie publiczne i realizacja świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce w latach 2003–2014. Problemy zarządzania* 2015, nr 2.
78. Śliwiński Z., Sieroń A. (red.), *Wielka Fizjoterapia*, Elsevier Urban& Partner, Wrocław 2014.
79. *Uzdrowisko Cieplice*, <https://uzdrowisko-cieplice.pl/sucha-kapiel-co2>, dostęp: 20.06.2025.
80. Wasilewski A., *Obszar górniczy. Zagadnienia prawne*, Warszawa 1969.
81. Węclawowicz-Bilska E., *Uzdrowiska polskie. Zagadnienia programowo-przestrzenne*, Wyd. Politechniki Krakowskiej, Kraków 2008.
82. Wikipedia, <https://pl.wikipedia.org>, dostęp: 07.07.2025.
83. Wojtczak K., *Rozważania nad pojęciem pacjenta, [w:] Jednostka w demokratycznym państwie prawa*, J. Filipka (red), Wyd. Wyższa Szkoła Administracji, Bielsko-Biała 2003.
84. Woźniak M., *Odrębności ustrojowe gmin uzdrowiskowych*, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, nr 4, 2019.
85. Zimmermann J., *Obowiązek informowania ciąży na organach administracji. Glosa do wyroku SN z dnia 23 lipca 1992 r., Państwo i Prawo* 1993, nr 8.

Akty prawne

Legal acts

Ustawy

Laws

1. Dyrektywa Rady 91/271/EWG z dnia 21 maja 1991 r. dotycząca oczyszczania ścieków komunalnych (Dz. U. UE L nr 135 poz. 40).
2. Galicyjska ustawa krajowa z 2 lutego 1891 r. o urządzeniu służby w gminach o obszarach dworskich (Dz. Ust. Kr. L 17).
3. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483).
4. Ustawa z 10 lipca 2007 r. o nawozach i nawożeniu (Dz. U. nr 147 poz. 1033).
5. Ustawa z 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. 2025 poz. 1043 t.j.).
6. Ustawa z 15 września 2000 r. o referendum lokalnym (Dz. U. 2025 poz. 472 t.j.).
7. Ustawa z 15 września 2000 r. o zasadach przystępowania jednostek samorządu terytorialnego do międzynarodowych zrzeszeń społeczności lokalnych i regionalnych (Dz. U. nr 91, poz. 1009 ze zm.).
8. Ustawa z 16 kwietnia 2004 r. o ochronie przyrody (Dz. U. 2024 poz. 1478 t.j.).
9. Ustawa z 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej (Dz. U. 2021 poz. 679 t.j.).
10. Ustawa z 23 lipca 2003 r. o ochronie zabytków i opiece nad zabytkami (Dz. U. 2024 poz. 1292 t.j.).
11. Ustawa z 27 kwietnia 2001 r. – Prawo ochrony środowiska (Dz. U. 2025 poz. 647 t.j.).
12. Ustawa z 28 września 1991 r. o lasach (Dz. U. 2025 poz. 567 t.j.).
13. Ustawa z 3 lutego 1995 r. o ochronie gruntów rolnych i leśnych (Dz. U. 2024 poz. 82 t.j.).
14. Ustawa z 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. 2019 poz. 869 ze zm.).
15. Ustawa z 4 listopada 1891 r. urządzająca stosunki zdrojowisk i uzdrowisk w Galicyi i Wielkim Księstwie Krakowskim (Dziennik Ustaw i Rozporządzeń Krajowych dla Królestwa Galicyi i Lodomeryi oraz w Wielkim Księstwie Krakowskim, Lwów 1891).
16. Ustawa z 5 stycznia 2011 r. Kodeks wyborczy (Dz. U. 2025 poz. 365 t.j.).
17. Ustawa z 6 lipca 2001 r. o zachowaniu narodowego charakteru strategicznych zasobów naturalnych kraju (Dz. U. 2018 poz. 1235 t.j.).
18. Ustawa z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. 2025 poz. 707 t.j.).
19. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. (Dz. U. 2025 poz. 350 t.j.).
20. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2025 poz. 450 t.j.).
21. Ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym (Dz. U. nr 23, poz. 150 z późn. zm.).
22. Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników. (Dz. U. 2025 poz. 197 t.j.).
23. Ustawa z dnia 20 lipca 2017 r. Prawo wodne (Dz. U. 2025 poz. 960 t.j.).
24. Ustawa z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. 2024 poz. 529 t.j.).
25. Ustawa z dnia 23 marca 1922 r. o uzdrowiskach (Dz. U. nr 31, poz. 254 ze zm.).
26. Ustawa z dnia 23 marca 1933 r. o częściowej zmianie ustroju samorządu terytorialnego (Dz. U. nr 35, poz. 294 ze zm.).
27. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. 2024 poz. 1491 t.j.).
28. Ustawa z dnia 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym (Dz. U. 2024 poz. 1130 t.j.).

29. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2025 poz. 913 t.j.).
30. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2024 poz. 146 t.j.).
31. Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. 2025 poz. 1135).
32. Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. 2024 poz. 236 t.j.).
33. Ustawa z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (Dz. U. 2024 poz. 757 t.j.).
34. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. 2025 poz. 1153 t.j.).
35. Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. Prawo geologiczne i górnicze (Dz. U. 2024 poz. 1290 t.j.).

Rozporządzenia, zarządzenia, obwieszczenia

Regulations, orders, announcements

1. Obwieszczenie Ministra Finansów z dnia 25 lipca 2024 r. w sprawie górnych granic stawek kwotowych podatków i opłat lokalnych na rok 2025 (M.P. 2024 poz. 716).
2. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 14 lipca 2009 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu (Dz. Urz. MZ nr 6, poz. 35).
3. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 14 stycznia 2008 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu (Dz. Urz. MZ nr 1, poz. 4).
4. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 17 lipca 2007 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu (Dz. Urz. MZ nr 12, poz. 65).
5. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 14 listopada 2024 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu (Dz. Urz. MZ. 2024 poz. 110).
6. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie wykazu jednostek uprawnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu (Dz. Urz. MZ. 2007 nr 12 poz. 65).
7. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2012 r. w sprawie nadania statusu uzdrowiska miastu Uniejów wraz z sołectwami: Spycimierz, Spycimierz-Kolonia, Zieleń i Człopy położonym na obszarze gminy Uniejów (Dz. U. poz. 782).
8. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 1 czerwca 2022 r. w sprawie nadania statusu uzdrowska sołectwom Złockie, Szczawnik oraz Jastrzębik, położonym na obszarze gminy Muszyna (Dz. U. 2022 poz. 1290).
9. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2001 r. w sprawie uznania miasta Supraśl za uzdrowisko (Dz. U. nr 1, poz. 5).
10. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 grudnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. 2022 poz. 1225 t.j.).
11. Rozporządzenie Ministra Klimatu i Środowiska z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie dokonywania oceny poziomów substancji w powietrzu (Dz. U. 2024 poz. 870 t.j.).
12. Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 19 grudnia 2022 r. w sprawie rehabilitacji leczniczej i turnusów regeneracyjnych (Dz. U. 2022 poz. 2757).
13. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 14 czerwca 2007 r. w sprawie dopuszczalnych poziomów hałasu w środowisku. (Dz. U. 2014 poz. 112 t.j.).

14. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 24 sierpnia 2012 r. w sprawie poziomów niektórych substancji w powietrzu (Dz. U. 2021.845 t.j.).
15. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 3 marca 2008 r. w sprawie niektórych substancji w powietrzu. (Dz. U. nr 47 poz. 281).
16. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 6 czerwca 2002 r. w sprawie dopuszczalnych poziomów niektórych substancji w powietrzu, alarmowych poziomów niektórych substancji w powietrzu oraz marginesów tolerancji dla dopuszczalnych poziomów niektórych substancji. (Dz. U. 2002 nr 87).
17. Rozporządzenie Ministra Środowiska, Zasobów Naturalnych i Leśnictwa z 25 sierpnia 1992 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu uznawania lasów za ochronne oraz szczegółowych zasad prowadzenia w nich gospodarki leśnej (Dz. U. nr 67, poz. 337).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2000 r. w sprawie uznania miasta Gołdap za uzdrowisko (Dz. U. nr 82, poz. 936).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2006 r. w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości (Dz. U. 2018 poz. 605 t.j.).
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. 2020 poz. 1838).
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. 2024 poz. 529 t.j.).
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych.
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2024 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. 2024 poz. 1476).
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. 2012 poz. 14).
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2011 r. w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową (Dz. U. 2024 poz. 208).
26. Rozporządzenie MZIOS z dnia 27 stycznia 1999 r. w sprawie uznania miejscowości Polańczyk za uzdrowisko (Dz. U. nr 10, poz. 93).
27. Rozporządzenie Rady Ministrów z 10 września 2019 r. w sprawie przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko (Dz. U. poz. 1839).
28. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 września 2007 r. w sprawie nadania statusu uzdrowiska miejscowości Dąbki (Dz. U. nr 194, poz. 1401).
29. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz. U. 2019 poz. 277).
30. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 stycznia 2015 r. w sprawie nadania statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej miastu Frombork i sołectwom Bogdany i Ronin położonym na obszarze gminy Frombork (Dz. U. poz. 152).
31. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 17 maja 2016 r. w sprawie nadania statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej miastu Miłomłyn oraz sołectwom Bagieńsko i Tarda położonym na obszarze gminy Miłomłyn (Dz. U. 756).
32. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 17 maja 2016 r. w sprawie nadania statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej Osiedlu Uzdrowiskowemu Miasta Lidzbark Warmiński i sołectwom: Medyny i Łabno położonym na obszarze gminy Lidzbark Warmiński (Dz. U. poz. 757).

33. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 17 maja 2016 r. w sprawie nadania statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej sołectwom: Czarny Dunajec i Piekielnik położonym na obszarze gminy Czarny Dunajec (Dz. U. poz. 755).
34. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 21 października 2019 r. w sprawie nadania statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej sołectwom: Gałajny, Czyprki i Woryny położonym na obszarze gminy Górowo Iławeckie (Dz. U. poz. 2180).
35. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 23 października 2023 r. w sprawie nadania statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej sołectwom: Czarna, Czarniecka Góra, Janów i Błotnica, położonym na obszarze gminy Stąporków (Dz. U. poz. 2363).
36. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2012 r. w sprawie nadania statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej sołectwu Latoszyn i sołectwu Podgrodzie położonym na obszarze gminy Dębica (Dz. U. poz. 783).
37. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 października 2022 r. w sprawie nadania statusu uzdrowiska sołectwom Latoszyn i Podgrodzie, położonym na obszarze gminy Dębica (Dz. U. 2022 poz. 2397).
38. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 stycznia 2023 r. w sprawie pozbawienia statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej Osiedla Zdrojowego położonego na obszarze miasta na prawach powiatu Skierniewice oraz sołectw: Maków, Krężce i Dąbrowice położonych na obszarze gminy Maków (Dz. U. poz. 136).
39. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz. U. 2021 poz. 642).
40. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 maja 2019 r. w sprawie nadania statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej miastu Kazimierza Wielka oraz sołectwom: Cudzynowice, Donosy i Stonowice położonym na obszarze gminy Kazimierza Wielka (Dz. U. poz. 1132).
41. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 5 sierpnia 2024 r. w sprawie nadania statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej części miasta Pińczów – Osiedlu Zdrojowemu, części sołectwa Włochy – Osiedlu Górki-Włochy i sołectwom: Pasturka, Bogucice Drugie oraz Grochowiska, położonym na obszarze gminy Pińczów (Dz. U. poz. 1213).
42. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 maja 2013 r. w sprawie nadania statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej Osiedlu Zdrojowemu położonemu na obszarze miasta na prawach powiatu Skierniewice oraz sołectwom: Maków, Krężce i Dąbrowice położonym na obszarze gminy Maków (Dz. U. poz. 604).
43. Rozporządzenie z dnia 15 listopada 2007 r. Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. 2007 nr 230 poz. 1694).
44. Rozporządzenie z dnia 29 lipca 2011 r. w sprawie naczelnego lekarza uzdrowiska (Dz. U. nr 161 poz. 976).
45. Uchwała nr 489/LX/2009 Rady Miejskiej Jeleniej Góry z 10 listopada 2009 r. w sprawie nadania statutu uzdrowiska „Cieplice” (Dz. Urz. Woj. Doln. nr 224, poz. 4325 ze zm.).
46. Uchwała nr 489/LX/2009 Rady Miejskiej Jeleniej Góry z 10.11.2009 r. w sprawie nadania statutu uzdrowiska „Cieplice” (Dz. Urz. Woj. Doln. nr 224, poz. 4325 ze zm.).
47. Uchwała nr CXVII/1231/06 Rady Miasta Krakowa z 27 września 2006 r. w sprawie utworzenia Osiedla Uzdrowisko Swoszowice jako jednostki pomocniczej niższego rzędu w ramach Dzielnicy X Miasta Krakowa.
48. Uchwała Rady Ministrów nr 210 z dnia 23 grudnia 1987 r. w sprawie uznania miasta Ustki za uzdrowisko (M.P. nr 38, poz. 333).
49. Zarządzenie MZiOS z dnia 14 października 1993 r. w sprawie uznania miasta Augustowa za uzdrowisko (Dz. Urz. MZiOS nr 14, poz. 37).
50. Zarządzenie MZiOS z dnia 30 września 1997 r. w sprawie uznania Przerzeczyna-Zdroju za uzdrowisko (Dz. Urz. MZiOS nr 15, poz. 38).

51. Zarządzenie MZiOS z dnia 25 lipca 1967 r. w sprawie wykazu miejscowości uznanych za uzdrowiska (M.P. nr 45, poz. 228).
52. Zarządzenie nr 63/2016/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe (NFZ 2018 poz. 13 t.j.).
53. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE nr 692/2011 z dnia 6 lipca 2011 r. w sprawie europejskiej statystyki w dziedzinie turystyki (Dz. U. UE 2011 nr 192).

Wyroki i orzeczenia

Judgments and decisions

1. Wyrok NSA z dnia 24 września 2015 r. II FSK 1781/13.
2. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 2 kwietnia 2007 r. – syg. akt SK 19/06 (Dz. U. nr 69, poz. 468).



Publikacja stanowi obszerne i rzetelnie opracowane studium dotyczące funkcjonowania lecznictwa uzdrowiskowego oraz turystyki w polskich uzdrowiskach w latach 2017–2024. Zagadnienie to ma wyraźny walor aktualności, szczególnie w kontekście rosnącego znaczenia turystyki zdrowotnej, zmian demograficznych oraz potrzeby modernizacji infrastruktury uzdrowiskowej. (...) Na uwagę zasługuje również sposób przedstawienia danych – publikacja łączy ujęcie systemowe (ramy prawne, organizacyjne i administracyjne funkcjonowania uzdrowisk) z analizą empiryczną, obejmującą m.in. strukturę zakładów lecznictwa, bazę łóżkową, profil kuracjuszy czy stopień wykorzystania bazy noclegowej.

Dr hab. Marta Najda-Janoszka, prof. UJ

Książka jest w swej istocie monografią tematyczną, będącą kompendium, w którym bardzo wnikliwie i szeroko kontekstowo omówiono płaszczyzny aktywności w dwóch obszarach: 1) lecznictwa uzdrowiskowego i 2) turystyki w miejscach będących prawnie dookreślonymi uzdrowiskami, odnosząc tę materię do okresu ośmiu lat. (...) Zawiera w sobie zagadnienia doktrynalne i empiryczne. Analiza statystyczna uwypukla dokonaną analizę poszczególnych wątków tematycznych i jest zarazem bardzo ważnym samoistnym elementem książki. (...) Stanowi opracowanie interdyscyplinarne i to podejście kompleksowe zostało bardzo urzeczywistnione.

Prof. dr hab. Piotr Dobosz

