

## WPLYW EPIDEMII COVID-19 NA ZARZĄDZANIE TURYSTYKĄ ZDROWOTNĄ W POLSCE<sup>1</sup>

Dominik BOREK<sup>1</sup> Szymon RANISZEWSKI<sup>2</sup> Małgorzata BUGAJSKA<sup>3</sup>

<sup>1</sup> dpborek@wp.pl, 0000-0002-4359-9426

<sup>2</sup> szymon.raniszewski@gmail.com, 0000-0002-4374-8786

<sup>3</sup> malgorzattabugajska@gmail.com, 0000-0003-2875-2653

**Streszczenie:** Autorzy, niniejszego opracowania naukowego skupiają się na rozważaniach prawnych medycznych, jak również organizacyjnych wpływu epidemii wirusa SARS CoV-2, wywołującego chorobę COVID-19 na zarządzanie turystyką zdrowotną w Polsce. Artykuł jest opisem stanu prawnego, jak również kwestii związanych z medycyną oraz zarządzaniem w ważnym obszarze działalności kraju jakim jest turystyka, a w szczególności turystyka zdrowotna podczas pandemii COVID-19 począwszy od 2020 roku do chwili obecnej. Artykuł wyjaśnia czym jest choroba COVID - 19 jak również objaśnia podstawy prawne jak również zmiany organizacyjne które dotknęły obszar turystyki zdrowotnej od 2020 roku. Celem pracy jest pokazanie prawidłowych jak również negatywnych elementów związanych z przeciwdziałaniem chorobie COVID-19 w aspekcie zarządzania. Do stworzenia pracy wykorzystano metodę empiryczną i prawnoporównawczą.

**Słowa kluczowe:** medycyna, turystyka, prawo, COVID-19,

## IMPACT OF THE COVID-19 EPIDEMIC ON HEALTH TOURISM MANAGEMENT IN POLAND

**Abstract:** The authors of this scientific study focus on legal medical considerations as well as the organizational impact of the SARS CoV-2 epidemic, causing the COVID-19 disease, on the management of health tourism in Poland. The article is a description of the legal status as well as issues related to medicine and management in an important area of the country's activity, which is tourism, and in particular health tourism during the COVID-19 pandemic from 2020 to the present. The article explains what the COVID-19 disease is as well as explains the legal basis as well as organizational changes that will affect the area of health tourism from 2020. The aim of the work is to show the correct as well as negative elements related to counteracting the COVID-19 disease.

**Keywords:** medicine, tourism, law, COVID-19

---

<sup>1</sup> Artykuł prezentuje osobiste poglądy autorów i nie może być interpretowany jako stanowisko jakiegokolwiek organu, podmiotu czy instytucji. Artykuł prezentuje stan prawny na dzień 01.01.2023 r. Autorzy odpowiadali w głównej mierze za następujące rozdziały: S.Raniszewski, M.Bugajska- 1,2,4; D.Borek- 3, 4.

## 1. Wprowadzenie

Począwszy od marca 2020 roku do chwili obecnej Polska zmagą się przypadkami zachorowań osób, których dotknęła choroba COVID-19. Pierwszy oficjalny przypadek zdiagnozowania tejże choroby w Polsce datowany jest na 4 marca 2020 roku a pacjentem „zero” był 66 letni Mieczysław Opałka (Medonet.pl). Do chwili opracowania niniejszego artykułu zgodnie z danymi, które publikuje Ministerstwo Zdrowia na dzień 12 lutego 2023 roku od 4 marca 2020 roku zachorowało na wirusa COVID -19 ponad 6 389 741 osób, wyzdrowiało 5 335 820 osób, zmarło 118 779 osób (Gov.pl).

Zauważyć można ogromną liczbę osób u których oficjalnie zdiagnozowano chorobę COVID-19, nie znana jest liczba osób u których COVID-19 był obecny w sposób bezobjawowy lub skąpo objawowy i nie zachodziła potrzeba hospitalizacji. Jak wiadomo choroba COVID-19 w znaczny sposób wpłynęła od 2020 roku na życie mieszkańców Polski ale nie tylko gdyż jak wiadomo cały świat musiał się zmierzyć z COVID-19, a tym samym dokonać zmian prawnych, organizacyjnych w celu prawidłowego przeciwdziałania tejże chorobie. W ramach artykułu zostanie omówiony wpływ pandemii COVID-19 na obszar zarządzania turystyką zdrowotną w Polsce, wykorzystane zostaną metody dogmatyczno-egzegetyczna i empiryczna w zakresie badań jakościowych. Nowość wyników badań wynika z analizy tematu w aspektach prawnych, medycznych i zarządczych. Do tej pory połączenie tych trzech obszarów nie znalazło szerszego odzwierciedlenia w pracach publikowanych w czasopiśmie naukowych. Artykuł wyjaśnia czym jest choroba COVID -19 jak również objaśnia podstawy prawne oraz zmiany organizacyjne, które dotknęły obszar turystyki zdrowotnej od 2020 roku. Testowaną hipotezą będzie ta dotycząca znacznego wzrostu zainteresowania turystyką uzdrowiskową w wyniku zmian jakie przyniosła epidemia COVID-19 w Polsce. Aktualny stan pola badawczego w obszarze uzdrowisk jest zadowalający, dlatego w rozważaniach przywołano poglądy doktryny w tym m.in. takich autorów jak Lubowiecki-Vikuk, Zawistowska czy Łoś.

## 2. Aspekty prawne i medyczne zarządzania turystyką zdrowotną w czasie pandemii COVID-19

Rozważania podjęte w tym artykule należy rozpocząć od wyjaśnienia pojęcia zdrowia, jak ono ujęte jest w aktach międzynarodowych. Otóż zgodnie z definicją stworzoną przez WHO (Światowa Organizacja Zdrowia), poprzez zdrowie możemy rozumieć stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby lub kalectwa. Korzystanie z najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdego człowieka bez względu na rasę, religię, przekonania polityczne, sytuację ekonomiczną lub społeczną. Zdrowie wszystkich narodów ma fundamentalne znaczenie dla

osiągnięcia pokoju i bezpieczeństwa i zależy od najpełniejszej współpracy jednostek i państw (Who.int) (tłum autorów).

W literaturze przedmiotu istnieje spór o zakres obowiązywania pojęcia turystyki zdrowotnej. (Jagusiewicz, 2001).

W ramach pojęcia turystyka zdrowotna można rozróżnić podtypy tejże turystyki, i według źródeł dostępnych w literaturze przedmiotu można mówić o 3 podtypach w turystyce zdrowotnej, a zaliczają się do niej:

- a) Turystyka uzdrowiskowa polegająca na realizacji świadczeń uzdrowiskowych w ramach miejscowości uzdrowiskowych lub obszaru ochrony uzdrowiskowej (Łoś, 2017).
- b) Turystyka spa&wellnes – polegająca na korzystaniu z zabiegów, które mają w głównej mierze poprawić kondycję naszego ciała, jak np. zabiegi balneologiczne (Łoś, 2017).
- c) Turystyka medyczna polegająca wg. A. Łoś oraz E. Spivack na realizacji w instytucjach zajmujących się świadczeniem usług medycznych (Spivack, 1998). Nie ma przeszkód aby jej dodatkowym elementem był wypoczynek rozumiany jako zwiedzanie atrakcji i walorów turystycznych, kulturowych, architektonicznych czy rozrywkowych (Łoś 2017), (Lubowiecki-Vikuk 2010).

Gdy już omówione zostały definicje związane z turystyką zdrowotną, kolejnym pojęciem które wymaga wyjaśnienia jest pojęcie zarządzania. Otóż zgodnie z definicją zawartą w Encyklopedii Powszechnej PWN za zarządzanie można przyjąć iż jest to „zbiór działań zmierzających do osiągnięcia określonego celu związanego z interesem (potrzebą) danego przedmiotu zarządzania, realizowanych w następującej sekwencji: planowanie (wybór celów i sposobów ich osiągnięcia oraz precyzowanie stosownych zadań i terminów ich wykonania); organizowanie (przydzielanie i zapewnianie zasobów, niezbędnych do realizacji zaplanowanych działań, w sposób gwarantujący skuteczność i sprawność zarządzania); przewodzenie (kierowanie, motywowanie do współpracy w trakcie realizacji zadań); kontrolowanie (stała obserwacja postępów i podejmowanie korygujących decyzji” (PWN).

Polska jak również inne kraje na świecie, które od 2020 roku zmagają się z pandemią wirusa COVID-19 nie posiada definicji legalnej pandemii. Pandemia nie tylko nie ma definicji legalnej, ale i nie znajduje się w aktach prawnych, które obowiązują na terenie RP, a także których Rzeczpospolita jest stroną umowy międzynarodowej. Zwyczajowo poprzez pandemię możemy rozumieć nazwę epidemii o szczególnie dużych rozmiarach, obejmującej kraje, a nawet kontynenty (PWN). Definicje ustawową epidemii zawiera przepis art. 2 pkt 9 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Ustawa 2008), zgodnie z którym epidemia to wystąpienie na danym obszarze zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną w liczbie wyraźnie większej niż we wcześniejszym okresie albo wystąpienie zakażeń lub chorób zakaźnych dotychczas niewystępujących. W związku z tym iż od marca 2020 roku zauważalna była coraz większa liczba osób które zapadały na chorobę COVID -19, rząd RP musiał reagować na zmieniającą się sytuację, należy podkreślić fakt iż z biegiem upływu czasu żaden rząd na świecie nie był przygotowany

Wpływ epidemii...

na taką ilość osób które chorowały a tym samym w niektórych krajach system ochrony zdrowia był niewydolny. Z uwagi na stale rosnącą liczbę osób chorych na COVID-19 rząd RP był zmuszony wprowadzić od dnia 13 marca 2020 roku, rozporządzeniem Ministra Zdrowia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stan zagrożenia epidemicznego. (Rozporządzenie 2020). Poprzez stan zagrożenia epidemicznego zgodnie z przepisem art. 2 pkt 23 ustawy z dnia z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi za stan zagrożenia epidemicznego rozumie się sytuację prawną wprowadzoną na danym obszarze w związku z ryzykiem wystąpienia epidemii w celu podjęcia określonych w ustawie działań zapobiegawczych; zaś 20 marca 2020 roku Minister Zdrowia wprowadził rozporządzeniem z tego samego dnia stan epidemii na całym terytorium RP. Przepis art. 2 pkt 22 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi wskazuje, iż za stan epidemii można przyjąć sytuację prawną wprowadzoną na danym obszarze w związku z wystąpieniem epidemii w celu podjęcia określonych w ustawie działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych dla zminimalizowania skutków epidemii.

Od tego momentu stan epidemii jak również stan zagrożenia epidemicznego są obecne w przestrzeni prawnej do dnia dzisiejszego. Ministerstwo Zdrowia, jak również inni członkowie Rady Ministrów oraz organy administracji rządowej jak i samorządowej, musiały sobie poradzić a co za tym idzie w sposób prawidłowy zarządzać sytuacją związaną z COVID-19. Podejmowano wiele działań związanych z organizacją opieki zdrowotnej, jak również wyposażeniem szpitali innych ośrodków które funkcjonują w ramach systemu ochrony zdrowia, w niezbędny sprzęt medyczny czy też środków ochrony osobistej. W początkowym okresie trwania stanu epidemii, występowały problemy z dostępem do poszczególnych środków medycznych, które umożliwiają walkę z COVID-19. Brak odpowiedniej ilości maseczek, czy też respiratorów, lub środków ochrony osobistej dla personelu medycznego, jak również środków do dezynfekcji rąk to problemy przed którymi stanął rząd a w szczególności Minister Zdrowia.

W obszarze turystyki zdrowotnej, ważnym elementem jest jak już wspomniano turystyka uzdrowiskowa, gdzie kuracjusze mogą poprawić swój stan zdrowia. Zgodnie z danymi zaprezentowanymi przez Główny Urząd Statystyczny w 2020 roku. działalność prowadziło 45 szpitali uzdrowiskowych (w tym 6 dla dzieci), 185 sanatoriów uzdrowiskowych (w tym 2 dla dzieci i 1 sanatorium w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym), 10 przychodni i 20 zakładów przyrodoleczniczych obsługujących kompleksy uzdrowiskowe, które przyjęły 391,4 tys. kuracjuszy na leczeniu w trybie stacjonarnym, a w trybie ambulatoryjnym przyjęto 36,5 tys. pacjentów (Stat.gov.pl) jest to 50% spadek w stosunku do osób przyjętych do leczenia uzdrowiskowego w 2019 roku. Należy podkreślić, iż na taki stan rzeczy składał się ogłoszony stan epidemii i czasowe przerwy w działaniu uzdrowisk od 14 marca do 14 czerwca 2020 r. oraz od 24 października 2020 r. do 10 marca 2021 r, w 2021 roku nastąpił ponad 35 % wzrost liczby kuracjuszy, gdzie w 41 szpitali

uzdrowiskowych (w tym 6 dla dzieci), 187 sanatoriów uzdrowiskowych (w tym 1 dla dzieci i 1 sanatorium w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym), 10 przychodni i 20 zakładów przyrodoleczniczych obsługujących kompleksy uzdrowiskowe przebywało 529,9 tys. kuracjuszy na leczeniu w trybie stacjonarnym, a w trybie ambulatoryjnym przyjęto 70,0 tys. pacjentów (Stat.gov.pl).

Wirus SARS-CoV-2 wywołuje chorobę COVID-19 która jest chorobą o zindywidualizowanym i w związku z tym bardzo różnorodnym przebiegu. Do najczęstszych objawów opisanych w literaturze należą gorączka, kaszel, duszność, rozbiecie wewnętrzne, osłabienie i uczucie zmęczenia, ból mięśniowy i kostno-stawowy. Inne objawy, występujące z różną częstotliwością, prawdopodobnie zależną od wariantu wirusa czy fazy pandemii (spekuluje się na temat okresu wylegania wirusa – pora roku jesienno-zimowa), są ból głowy, utrata smaku i węchu, słabszy oddech, zmienny rytm pracy serca, nudności i biegunka, dreszcze czy nawet w dramatycznym przebiegu jednostki chorobowej - utrata mowy lub zdolności ruchowych, zmiany skórne czy krwioplucie (Nil.org.pl; gov.pl).

„Pierwsze objawy choroby uwarunkowane są indywidualną zmiennością osobniczą człowieka i występują średnio po upływie 5,5 dnia od momentu zakażenia. Granice czasowe w jakich istnieje możliwość rozwoju zakażenia wynoszą od 2 do 14 dni od kontaktu z zakażonym, ale w pojedynczych przypadkach zdarzało się, że okres wylegania choroby przedłużał się do 21dni. Przebieg kliniczny zakażenia nie jest charakterystyczny, najczęściej występuje gorączka, kaszel i duszność o różnym nasileniu. Do nieswoistych symptomów zaliczyć można: ogólne osłabienie organizmu, bóle mięśniowo-stawowe, wysięk z nosa, bóle głowy i gardła, zaburzenia organoleptyczne dotyczące upośledzenia zmysłu węchu i smaku, zapalenie spojówek lub krtani oraz nieżyt żołądkowo-jelitowy pod postacią nudności, wymiotów lub biegunki” (E. Cipora, A. Mielnik). Aby wykryć zarażenie wirusem SARS CoV – 2 należy przeprowadzić test, różnorodność testów, jak również ich skuteczność powoduje iż w niektórych przypadkach przy niewłaściwym wykonaniu badania, jak również w nieodpowiedniej fazie wynik fałszywie dodatni lub ujemny. Najbardziej dokładnym testem który może wykluczyć lub potwierdzić fakt zakażenia wirusem jest test PCR.

Należy podkreślić iż COVID -19 w sposób znaczący wpłynął na liczbę osób które w 2020 roku skorzystały z usług turystyki medycznej w Polsce, które przybywały do Polski z innych krajów gdyż zostały wprowadzane na początkowym etapie rozwoju epidemii liczne ograniczenia w zakresie przybywania do Polski, zamknięto granicę zewnętrzną jak również następowały kontrole na granicach wewnętrznych UE. Z biegiem czasu obostrzenia dotyczące przemieszczania się, aktywności psychofizycznej jak również przyjazdu do Polski zostały zmniejszone aż do całkowitego ich usunięcia z obrotu prawnego.

### **3. Organizacyjne aspekty zarządzania turystyką zdrowotną – wpływ epidemii COVID-19**

Turystyka zdrowotna, kojarzy się przeciętnemu konsumentowi z podróżami indywidualnymi, korzystanie z usług medycznych jest przecież dedykowane konkretnej osobie. Nie można jednak zapominać o koncepcji tzw. terapii grupowej, która równie skutecznie może przyczynić się do rozwiązywania indywidualnych problemów medycznych. Wyjazdowe terapie grupowe najczęściej przybierają zdefiniowaną w regulacjach prawnych formę imprezy turystycznej choć nie tylko (Domańska, 2021). Zarządzanie działalnością turystyczną nastawioną na wyjazdy grupowe różni się od prowadzenia przedsiębiorstwa nastawionego na obsługę klienta indywidualnego. W tym ostatnim przypadku dominują w głównej mierze dostawcy pojedynczych usług turystycznych, ale także platformy rezerwacyjne tzw. OTA (online travel agencies). Najpopularniejsze portale wspomagające proces rezerwacji turystycznych powstały w obszarze usług hotelarskich. Pandemia COVID-19 przyspieszyła rozwój tego typu działalności, niewątpliwym determinantem były też zmieniające się w związku z koronawirusem przepisy prawa regulujące działalność hotelarską w Polsce. Omawiając kwestie organizacyjne dotyczące zarządzania turystyką zdrowotną w Polsce w związku z pandemią COVID-19 rozpoczniemy od analizy działalności pojedynczych dostawców usług hotelarskich, następnie wskażemy implikacje dla platform rezerwacyjnych umożliwiających nabywanie zarówno pojedynczych usług hotelarskich jak i pakietowanie dynamiczne.

#### **3.1 Przegląd regulacji**

Działalność dotycząca zakwaterowania jest jednym z podstawowych rodzajów usług turystycznych.

Ustawa z dnia 24 listopada 2017 r. o imprezach turystycznych i powiązanych usługach turystycznych (Ustawa, 2017) wskazuje, iż przez rodzaj usługi turystycznej należy rozumieć:

- a) przewóz pasażerów,
- b) zakwaterowanie w celach innych niż pobytowe, które nie jest nieodłącznym elementem przewozu pasażerów,
- c) wynajem pojazdów samochodowych lub innych pojazdów silnikowych,
- d) każdą inną usługę świadczoną podróżnym, która nie stanowi integralnej części usług wskazanych w lit. a–c (Borek, 2022).

Jednocześnie, wskazane w literach a-c to podstawowe rodzaje usług turystycznych. Stwierdzenie to ma tym większe znaczenie, iż co do zasady połączenie co najmniej dwóch różnych rodzajów usług turystycznych na potrzeby tej samej podróży lub wakacji powoduje powstanie imprezy turystycznej (Borek, Zawistowska, 2020). Zanim jednak przejdziemy do

rozważań dotyczących pakietów, warto opisać zasadniczą usługę turystyczną w postaci zakwaterowania. To ostatnie jest też określane jako usługa hotelarska czyli krótkotrwałe, ogólnie dostępne wynajmowanie domów, mieszkań, pokoi, miejsc noclegowych, a także miejsc na ustawienie namiotów lub przyczep samochodowych oraz świadczenie, w obrębie obiektu, usług z tym związanych (Borek, Wyrwicz, 2019). W kontekście powyższego warto zwrócić uwagę na popularne w turystyce zdrowotnej obiekty hotelarskie z funkcją leczniczą.

### **3.2 Badania empiryczne- jakościowe, porównanie dwóch medycznych platform rezerwacyjnych**

Aspekty organizacyjne w turystyce zdrowotnej opierają się o znane w prawodawstwie produkty turystyczne w postaci imprez turystycznych i pojedynczych usług turystycznych. Te drugie choć mają charakter bardziej indywidualny i służą samodzielnej organizacji, to jednak zawsze realizatorem ich poszczególnych elementów jest przedsiębiorca turystyczny (Borek, 2018). Pamiętać należy, iż również indywidualny usługodawca świadczenia medycznego w odpowiednich warunkach będzie traktowany jak przedsiębiorca turystyczny i dlatego powinien liczyć się z odpowiednimi konsekwencjami organizacyjno-prawnymi. Te ostatnie mogą objąć także działalność tzw. „dostawcy cyfrowych usług turystycznych” będącego podmiotem który sprzedaje, oferuje na sprzedaż, dostarcza lub zobowiązuje się do dostarczenia usługi turystycznej turyście za pośrednictwem środków cyfrowych (Międzynarodowy Kodeks Ochrony Turystów, 2021).

Właśnie w ten sposób wydaje się, iż działa m.in. medstay.com, czyli amerykańska platforma rezerwacyjna. Podmiot za nią odpowiadający działa w ramach prawa amerykańskiego, dlatego trudno jednoznacznie ocenić profil biznesowy na gruncie tamtych przepisów, możemy jednak spróbować przeanalizować model działalności w warunkach europejskich. W ramach wskazanej strony internetowej klient ma możliwość rezerwacji usługi hotelarskiej kierowanej do pacjentów poszukujących obiektu hotelarskiego w pobliżu szpitala Duke Raleigh oraz Szpitala Rex. MedStay zgodnie z informacjami ze strony internetowej ułatwia nabywanie usług hotelarskich powiązanych z pobytem w danym szpitalu i korzystaniem z określonych usług medycznych (Medstay.com, 2022). W ramach jednej strony internetowej możemy dokonywać odrębnych rezerwacji i płatności na rzecz poszczególnych podmiotów.

W zupełnie inny sposób wydaje się, iż działa z kolei <https://bookingmedtravel.com/>. Podmiot odpowiadający za wskazany portal internetowy posiada siedzibę w USA oraz Niemczech, dlatego można spróbować ocenić profil jego działalności na gruncie przepisów unijnych. W ramach wskazanej strony internetowej klient ma możliwość wyboru szpitala i interesującego go zabiegu medycznego. Po wyborze usługi medycznej, pacjent dokonuje zgłoszenia formularza, który jest przekazywany do indywidualnego asystenta medycznego. Ten ostatni ma za zadanie skontaktować się z wnioskodawcą, zebrać wszystkie niezbędne

dane i przygotować indywidualny plan leczenia. Oczywiście poza tym ostatnim, asystent ma za zadanie ułatwić nabycie innych usług turystycznych – w szczególności zakwaterowania w pobliżu placówki medycznej a także usług z tym związanych. Najczęściej są to: transfer z lotniska, dodatkowe wyżywienie czy wypożyczenie auta/pojazdu mechanicznego (Bookingmedtravel.com, 2022).

Powyższe wskazuje, iż w ramach opisanego przykładu dochodzi do pakietowania dynamicznego lub pośrednictwa w zawieraniu pakietów turystycznych z usługami medycznymi. Nabywanie następuje od odrębnych przedsiębiorców turystycznych za pośrednictwem powiązanych procesów rezerwacji online, podczas których przedsiębiorca turystyczny, z którym zawarta została pierwsza umowa, przekazuje innemu przedsiębiorcy turystycznemu lub przedsiębiorcom turystycznym imię i nazwisko podróżnego, adres poczty elektronicznej oraz szczegóły płatności. Umowa z tym innym przedsiębiorcą turystycznym lub przedsiębiorcami turystycznymi zostaje następnie zawarta nie później niż 24 godziny po potwierdzeniu rezerwacji pierwszej usługi turystycznej (Dyrektywa 2015/2302). Często w takich przypadkach wykorzystuje się platformy finansowe, które mają ułatwić transfer środków, jedną z najpopularniejszych jest Flywire - globalne przedsiębiorstwo zajmujące się obsługą płatności i oprogramowaniem, którego misją jest dostarczanie najbardziej złożonych sposobów dokonywania płatności (Flywire.com, 2022). Połączenia platformy płatniczej nowej generacji dają możliwość korzystania z zastrzeżonej sieci płatniczej i odpowiedniego oprogramowania, dzięki czemu klienci mogą dokonać zapłaty w ciągu 24 godzin, niezależnie od miejsca, w którym się znajdują (Flywire.com, 2022). Co prawda omówione wyżej przykłady dotyczące platform opierają się o rozwiązania zagraniczne, to jednak skorzystać z nich mogą ze względu na transgraniczność także turyści (pacjenci) z Polski. Ponadto platformy online to przyszłość rezerwacji turystycznych, która rozwija się również w naszym kraju i wypracowane międzynarodowe modele będą recypowane do rynkowych rozwiązań krajowych.

#### **4. Podsumowanie**

Cienka granica pomiędzy samodzielnym nabywaniem odrębnych usług a pakietowaniem dynamicznym świadczy o wyzwaniach stojących przed turystyką medyczną w obliczu cyfryzacji i informatyzacji (Rafał, Borek, 2022). Wyzwania są związane również z dynamicznie zmieniającą się sytuacją prawną, w kontekście tego ostatniego czynnika warto podkreślić, iż ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Ustawa, 2020) wprowadziła istotną nowelizację w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach hotelarskich oraz usługach pilotów wycieczek i przewodników turystycznych (Ustawa, 1997). Zmiany dotyczyły wprowadzenia swobodnego domniemania prawnego, zgodnie z którym uznaje się, że w obiektach, w których są



świadczone usługi hotelarskie bez uprzedniego zgłoszenia do właściwej ewidencji obiektów hotelarskich, nie są spełnione wymagania sanitarne. Powyższe musi być wzięte pod rozwagę przez platformy rezerwacyjne, w szczególności te które na potrzeby świadczeń medycznych ułatwiają nabywanie zakwaterowania. Weryfikacja oferentów musi być szczelna i szczegółowo opisana w regulaminach tego typu platform. Platforma rezerwacyjna powinna zatem weryfikować czy dany obiekt świadczący usługi zakwaterowania (w tym również kwatery prywatne) posiadają wpis do odpowiedniej ewidencji. Bez tego wymogu domniemywa się że działalność nie spełnia wymogów sanitarnych, a zatem może stanowić zagrożenie w rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-Cov-2. Rozwiązania, jak to wskazane powyżej wynikają z troski prawodawcy o ochronę konsumentów w szczególnej sytuacji zagrożeń epidemicznych i nie tylko. Omówione w niniejszym artykule przykłady międzynarodowe świadczą niewątpliwie o rozwoju medycznej turystyki zorganizowanej, jednocześnie regulacje krajowe, chronią indywidualnych uczestników rynku turystyczno-medycznego. Wydaje się więc słuszne stwierdzenie E. Borek, zgodnie z którym „skala zorganizowanej turystyki medycznej, budowanie współpracy i sieci powiązań między podmiotami zainteresowanymi wysłaniem lub przyjęciem pacjentów będzie w najbliższych latach wzrastać dynamiczniej niż indywidualna turystyka medyczna” (Borek, 2013).

Abstrahując od powyższego, należy ocenić krytycznie przeprowadzone w ramach niniejszych rozważań badania, ich ograniczenia i słabości wynikają z niedostatecznej literatury w tym temacie. Nowa wiedza i wnioski płynące jednak z analiz dotyczą wpływu pandemii, która spowodowała znaczne przyspieszenie w obszarze legislacji, medycyny i zarządzania kryzysowego. Powstające pomysły i ich wdrażanie przebiegały niezwykle szybko, niejednokrotnie z pominięciem niezbędnych konsultacji publicznych czy wydłużonych badań klinicznych. Uzyskane informacje mogą być dalej wykorzystane w celu poszerzenia i kontynuacji badań w tym obszarze. Implikacje teoretyczne wskazują, iż kryzys wpływa na teorie w obszarze prawa i zarządzania, z kolei na obszar aspektów medycznych wpływa wyłącznie w zakresie praktycznym.

Epidemia COVID-19 w sposób znaczący wpłynęła na Polskę, powodując począwszy od 2020 roku do chwili obecnej bardzo dużo zachorowań, jak również przypadków śmiertelnych związanych z zachorowaniem na COVID-19. Zmieniły się również zasady które do 2020 roku były obecne w RP, rząd musiał sobie poradzić z niespotykanym dotychczas zagrożeniem jakie płynęło z faktu pandemii na świecie. COVID-19 również wpłynął na osoby które chcą skorzystać z usług oferowanych w ramach turystyki zdrowotnej czy to przez placówki uzdrowiskowe czy też specjalistyczne jednostki medyczne, w tym wszystkim ważne było prawidłowe zarządzanie sytuacją kryzysową. Można oceniać w różny sposób jak rząd sobie poradził w walce z epidemią COVID-19, jednak sytuacja przed którą stanął i musiał działać, jej skala była niespotykana w najnowszej historii Polski.

## Bibliografia

1. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2015/2302 z dnia 25 listopada 2015 r. w sprawie imprez turystycznych i powiązanych usług turystycznych, zmieniająca rozporządzenie (WE) nr 2006/2004 i dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/83/UE oraz uchylająca dyrektywę Rady 90/314/EWG;
2. <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>,
3. Dostęp: 1.01.2023 r.
4. <https://ibirtm.pl/turystyka-medyczna-w-polsce-podstawowe-informacje/>, pobrane: 1.01.2023 r.
5. <http://www.medi-tour.pl/233,0,spa-sanatoria-rehabilitacja.html>, pobrane: 1.01.2023 r.
6. <https://www.medonet.pl/koronawirus/koronawirus-w-polsce,koronawirus-w-polsce--kim-byl-pacjent-zero--jak-sie-czuje-,artykul,21379457.html>, pobrane: 1.01.2023 r.
7. Międzynarodowy Kodeks Ochrony Turystów UNWTO 2021.
8. [https://nil.org.pl/uploaded\\_files/art\\_1619708738\\_biala-ksiega-charakterystyka-choroby-covid-19-kwiecien-2021.pdf](https://nil.org.pl/uploaded_files/art_1619708738_biala-ksiega-charakterystyka-choroby-covid-19-kwiecien-2021.pdf) str 5, pobrane: 1.01.2023 r.
9. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/zarzadzanie;4000464.html>, pobrane: 1.01.2023 r.
10. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/dzialalnosc-lecznicza-zakladow-lecznictwa-uzdrowiskowego-i-stacjonarnych-zakladow-rehabilitacji-leczniczej-w-2021-roku,12,6.html>, pobrane: 1.01.2023 r.
11. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/dzialalnosc-lecznicza-zakladow-lecznictwa-uzdrowiskowego-i-stacjonarnych-zakladow-rehabilitacji-leczniczej-w-2020-roku,12,5.html>, pobrane: 1.01.2023 r.
12. Ustawa z dnia 24 listopada 2017 r. o imprezach turystycznych i powiązanych usługach turystycznych;
13. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych;
14. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach hotelarskich oraz usługach pilotów wycieczek i przewodników turystycznych;
15. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi
16. Borek D. (2018), Przedsiębiorca w ustawie o imprezach turystycznych i powiązanych usługach turystycznych – koncepcja przedmiotowego charakteru regulacji. Internetowy Kwartalnik Antymonopolowy i Regulacyjny UW 4/2018;
17. Borek D. (2020), Organizacja imprez turystycznych, ułatwianie nabywania powiązanych usług turystycznych oraz dostarczanie usług turystycznych w działalności linii lotniczych - aspekty prawne. Prawo lotnicze w dobie kryzysu lotnictwa cywilnego, red. Konert A., Warszawa 2022;
18. Borek D., Wyrwicz E. (2019), Turystyczna działalność gospodarstw rolnych w świetle regulacji sektorowych. Zagadnienia Doradztwa Rolniczego 3/2019;
19. Borek E. (2013), Turystyka medyczna w Europie i w Polsce – stan obecny, bariery rozwoju, perspektywy i rekomendacje dotyczące rozwoju przyjazdowej turystyki medycznej w Polsce. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 11/2013;
20. Borek, H. Zawistowska (red.) (2020) Komentarz do ustawy o imprezach turystycznych i powiązanych usługach turystycznych. Gdańsk, 2020;
21. Cipora E., Mielnik A. (2022) Wybrane aspekty medyczne i społeczne pandemii Covid-19 Journal of Education, Health and Sport. UMK 2022 nr 12 str. 4
22. Domańska A. M. (2021), Wypoczynek we wspólnocie, (w:) Idziemy nr 26/2021
23. Gaworecki W.W. (2003), Turystyka, Warszawa 2003;
24. Jagusiewicz A. (2001), Funkcje turystyczne uzdrowisk polskich, Warszawa;
25. Lubowiecki-Vikuk A. (2010), Demograficzne tendencje i ich wpływ na rozwój turystyki i rekreacji w regionie krajów Europy Środkowo-Wschodniej, (w:) Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Handlu i Usług w Poznaniu nr 19;

26. Łoś A. (2017), Turystyka zdrowotna - jej formy i motywy. Czynniki rozwoju turystyki medycznej w Polsce, (in:) Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 699, Ekonomiczne problemy usług nr 84, pp. 569 – 578;
27. Rafał M., Borek D. (2022), Digitalizacja edukacji jako szansa na postpandemicznym rynku pracy gospodarki czasu wolnego. Rynek Pracy 2/2022
28. Spivack E. (1998), Health spa development in the USA: A burgeoning component of sport tourism, (in:) Journal of Vacation Marketing 1998, Vol. 4, No 1, pp. 65–77
29. <https://bookingmedtravel.com>, pobrane: 1.01.2023 r.;
30. <https://www.flywire.com>, pobrane: 1.01.2023 r.;
31. <https://medstay.com>, pobrane: 1.01.2023 r.
32. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/;3953787>, pobrane: 1.01.2023 r.