

3. Raport z badania:

Modele wypoczynku urlopowego łódzkiego środowiska lekarskiego – rekomendacje dla organizatorów turystyki.

3.1. Wstęp

Turystyka jako zjawisko wielowymiarowe jest przedmiotem badań wielu dziedzin naukowych. Jej wybitnie interdyscyplinarny charakter ujawnia się w badaniach przestrzeni turystycznej, którymi zajmuje się geografia (głównie geografia turystyki), społecznych konsekwencji ruchu turystycznego, jakie bada socjologia (głównie socjologia turystyki) czy wymiaru ekonomiczno marketingowego, którymi zajmują się specjaliści z dziedziny zarządzania, ekonomii i marketingu. Podejścia badawcze mają więc charakter zarówno naukowy, jak i praktyczny.

Współcześnie turystyka jest jedną z najprężniej rozwijających się branż gospodarczych na świecie. W wielu krajach stanowi znaczny udział bilansu produktu krajowego brutto i jest podstawą ich funkcjonowania. Wymiar ekonomiczny jest tu efektem szeregu zmian społecznych i politycznych, jakie zaszły na przestrzeni kilkunastu lat, które nie ominęły również Polski. „Otwarcie granic” po przystąpieniu do Unii Europejskiej, intensywna promocja, poprawa jakości życia i nowe formy spędzania czasu wolnego, wzrost zamożności oraz mobilności turystycznej społeczeństw to tylko nieliczne czynniki znajdujące odbicie w dynamice i strukturze ruchu turystycznego. Zasięg i zakres mobilności turystycznej są odzwierciedleniem stopnia rozwoju społecznego (Domański, 2004). Częstość i dystans podróży świadczy również o poziomie jakości życia. Obecnie branża usług turystycznych umożliwia dostanie się niemal w każdy region świata. Właściwie jedyną barierą są środki materialne i to różni dzisiejsze społeczeństwa (w skali makro i na poziomie mikro). Z drugiej strony współczesny wachlarz wyjazdów turystycznych jest dostosowany do możliwości finansowych właściwie wszystkich grup społecznych (społeczno – zawodowych), od najniższej opłacanych niewykwalifikowanych robotników do zawodów najwyższej sytuowanych na skali zamożności, jakimi są m.in. właśnie lekarze (Sarapata, 1965; Bombol, 2008; Rotkiewicz, 2008).

Jak już zostało wspomniane kategoria czasu wolnego (Sułkowski, 1998) stała się jednym z głównych wyznaczników zamożności społeczeństw. Wraz ze wzrostem ilości dni wolnych od pracy, tzw. urlopu wypoczynkowego (Ciborski, 2011), pojawiła się potrzeba efektywnego i oryginalnego ich zagospodarowania. Warto nadmienić, że w ostatnim czasie pojawiły się nowe formy spędzania czasu

wolnego. Popularna jeszcze w końcu lat '90 turystyka 3xS (sun, sea, sand; słońce, morze, piasek) ustąpiła modelowi turystyki 3xE (entertainment, excitement, education; rozrywka, ekscytacja, edukacja). Na znaczeniu zyskały turystyka sentymalna i krajoznawcza kosztem biernych form wypoczynku. Z opracowań i raportów z badań prowadzonych m.in. przez Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS), Ośrodek Badań Opinii Publicznej (TNS OBOP), Główny Urząd Statystyczny (GUS) czy Instytut Turystyki (IT), prowadzonych od końca lat '80, wynika, że uczestnictwo Polaków w turystyce, głównie w wyjazdach turystycznych, jest silnie uzależnione od położenia społeczno – ekonomicznego. Im wyższe wykształcenie, pozycja zawodowa, dochody i lepsze warunki materialne, a także większa miejscowość zamieszkania, tym częściej urlop wypoczynkowy spędzony za granicą wpisuje się w przestrzeń czasu wolnego. Za granicę wyjeżdża też znacznie więcej osób w wieku poniżej 45 lat niż starszych. Z kolei najmniejsze szanse jakiegokolwiek wyjazdu turystycznego mają ludzie znajdujący się w trudnym położeniu z powodu złych warunków materialnych, niskich dochodów i wykształcenia, starszego wieku czy emerytury. Również z badań uzupełniających, przeprowadzonych na początku lat '90, wynika, że coraz bardziej powszechne stają się turystyczne wyjazdy zagraniczne. Na przestrzeni lat 1992 – 2008 odnotowano znaczny wzrost, tj. o 18 punktów procentowych. Ciekawostką może tu być fakt, że w latach 1997-2000 turystyczna aktywność Polaków utrzymywała się na bardzo wysokim poziomie, tj. ponad połowa (60%) mieszkańców Polski uczestniczyła w wyjazdach turystycznych. W 2009 r. Polacy odbyli 5,7 mln podróży zagranicznych. Jeśli doliczyć do tego zagraniczne wyjazdy dzieci do 14 lat (0,6 mln podróży), można przyjąć, że w 2009 r. mieszkańcy Polski odbyli 6,3 mln zagranicznych podróży turystycznych. Natomiast liczba krajowych wyjazdów turystycznych ukształtowała się na poziomie 30,8 mln (Przeclawski, 2004 i 2010; Podemski, 2005).

Wspomniane informacje ilościowe przekładają się bezpośrednio na wymierne zyski dla branży turystycznej. Wysokie wskaźniki ruchu turystycznego to duże zyski dla biur i agencji podróży, organizatorów turystyki oraz właścicieli obiektów zagospodarowania turystycznego i innych organizatorów czasu wolnego. Z punktu widzenia ekonomii, turystyka stanowi bowiem działalność gospodarczą w szerokim sektorze usług. Jest zatem działalnością o charakterze wybitnie komercyjnym. Ekonomia turystyki jako nauka zajmują się: potrzebami, produktem turystycznym oraz bada prawidłowość kształtowania się cen na rynku, popyt i podaż. Odgrywa znaczną rolę zarówno w turystyce, jak i innych działach i gałęziach gospodarki pośrednio powiązanych z gospodarką turystyczną. Podjęcie problematyki wypoczynku urlopowego i wyjazdów turystycznych w ogóle, nie może, więc odbywać się bez uwzględnienia aspektu rynkowego (wymiaru gospodarczego i komercyjnego; Cieloch, Kuczyński, Rogoziński, 1992). Co za tym idzie, bezzasadne byłoby ograniczenie się wyłącznie do badań kameralnych, bo turystyka to nie tylko wymiar społeczny ale również zjawisko ekonomiczne.

W związku z powyższym analiza zjawiska zagospodarowywania urlopowego czasu wolnego, uwzględniająca strukturę zawodową, wydają się jak najbardziej zasadna. Zawód jest bowiem wskaźnikiem, uważanym za najbardziej trafne odzwierciedlenie najistotniejszych aspektów pozycji społecznej (Domański, 1995). Informuje zarówno o tzw. strategicznych zasobach (uwzględnia m.in. kapitał intelektualno – kulturowy czy poziom wykształcenia), jak i o wielkości zarobków, standardzie materialnym, wzorach i poziomie

konsumpcji, dostępie do innych dóbr oraz stylu życia. Ten ostatni definiowany jest jako pewna wypadkowa, rozumiany jest jako całościowy cech charakterystyczny dla zachowania się jednostki lub zbiorowości, ujawniający się zwłaszcza w życiu codziennym, np.: w postawach wobec pracy, sposobach postrzegania świata, sposobach spędzania wolnego czasu, zainteresowaniach i zachowaniach (m.in. Sztumski, 1981 i 2003, Więckowska, 2004; Wnuk Lipiński, 1972; Łoboda, 2007; Terelak, 2007). Grupa zawodowa lekarzy wydaje się być trafnie reprezentującą tzw. wyższą klasę średnią (upper middle class), gdzie sytuują się osoby ze środkowych szczebli hierarchii stratyfikacji społecznej. Współczesna klasa średnia nie ma co prawda ostrych granic, ponieważ jej zakres jest nieustannie redefiniowany zarówno na płaszczyźnie socjologicznej, jak i ekonomicznej. W kontekście niniejszego badania należy podkreślić, że w obecnym rozumieniu pojęcia do klasy średniej włącza się głównie kategorie społeczno – zawodowe, charakteryzujące się względną samodzielnością, wykonujące pracę umysłową oraz pewnym (raczej wysokim) poziomem dobrobytu. Do klasy średniej należą przede wszystkim osoby o wyższym wykształceniu oraz o wyższych kompetencjach kulturowych, co jest jednym z ważniejszych czynników odróżniających je od klasy robotniczej (niższej - lower middle class) i średniej klasy średniej właściwej (middle middle class) (Domański, 2007).

Badania¹, zrealizowane w ramach projektu, poruszają wszystkie wymienione wyżej wątki i dotyczą grupy zawodowej łódzkich lekarzy. Ich wyniki to modele zagospodarowania urlopowego czasu wolnego i rozpoznanie potrzeb w zakresie turystyki wśród branży medycznej. Badania skupiają się na bardzo precyzyjnie zdefiniowanej grupie społecznej (ściślej społeczno – zawodowej) i obejmują obszar badawczy w granicach administracyjnych województwa łódzkiego, ze szczególnym uwzględnieniem aglomeracji Łodzi. Badania wpisują się ponadto w wieloletnią tradycję badawczą Instytutu Geografii Miast i Turyzmu WNG UŁ dotyczącą przestrzeni urlopowo-wakacyjnej mieszkańców miast. Badania tego typu nieodłącznie związane są z analizą czasu wolnego człowieka i jego wykorzystania, co implikuje konieczność zastosowania stosunkowo trudnej metody ankietowej lub kwestionariuszowej. W Instytucie powstały dwie prace doktorskie reprezentujące ten nurt badawczy. Obie dotyczą mieszkańców Łodzi. Latosińska (1998) określiła w swoich badaniach przestrzeń urlopowo-wakacyjną pracowników wyższych uczelni Łodzi, a Kowalczyk – Anioł (2006) przestrzeń urlopowo-wakacyjną trzech pokoleń mieszkańców Łodzi (ujęcie dynamiczne). Obie prace przyniosły bardzo interesujące rezultaty, zachęcając do rozwijania tej tematyki badawczej. Warto tu nadmienić, że pierwsze zakrojone na dużą skalę badania przeprowadzono w Katedrze Geografii Miast i Turyzmu jeszcze w latach 80., a ich rezultatem jest praca Dziegieć i Liszewskiego (1985) oraz teoretyczny

1.) W tym miejscu autor niniejszego opracowania informuje czytelnika, że opracowanie stanowi wyniki badań pilotażowych rozprawy doktorskiej autora, realizowanej w Instytucie Geografii Miast i Turyzmu (Wydział Nauk Geograficznych Uniwersytetu Łódzkiego), pt. „Modele wypoczynku urlopowego łódzkiego środowiska lekarskiego” w ramach studiów III stopnia z geografii fizycznej i geografii społeczno-ekonomicznej. W związku z powyższym wszystkie przedstawione w niniejszym raporcie wyniki badań służą weryfikacji przyjętej metodologii (szczególnie w aspekcie rzetelności i trafności narzędzia, tu: kwestionariusza ankiety) i podejścia badawczego do podjętej przez autora koncepcji pracy doktorskiej. Jak przedstawiono w odpowiedniej części niniejszego raportu badania dotyczą próby niereprezentatywnej i znacznie mniej licznej niż założona w rozprawie doktorskiej reprezentatywna próba kwotowa (co zostało już przedstawione podczas prezentacji koncepcji badawczej pracy doktorskiej na zebraniu naukowym IGMiT WNG UŁ w dniu 08.03.2011). Stąd wyniki w/w opracowań (mimo względnie podobnej metodologii) najprawdopodobniej będą prezentowały inne dane jakościowe i ilościowe.

artykuł Bachvarova i Liszewskiego (1996). Wyniki tych badań stały się swoistym punktem odniesienia w analizie zachowań przestrzennych mieszkańców Łodzi w okresie urlopowo - wakacyjnym dla późniejszych badaczy tych zagadnień (na podstawie www.turyzm.edu.pl).

3.2. Koncepcja badawcza

3.2.1. Zakres merytoryczny badań

Cel główny pracy stanowi wypracowanie rekomendacji dla przedstawicieli biur podróży i organizatorów turystyki przygotowujących profilowane produkty turystyczne, tu: dla grupy społeczno – zawodowej (lekarzy). W/w cel aplikacyjny badań osiągnięto pośrednio poprzez uprzednie opracowanie modeli charakteryzujących wypoczynek urlopowy łódzkiego środowiska lekarskiego w rozumieniu przedstawicieli wyższej klasy średniej.

W związku z powyższym wskazano na dodatkowe cele szczegółowe badań, które obejmują:

- Charakterystykę i determinanty zachowań realizowanych przez łódzkie środowisko lekarskie w urlopowym czasie wolnym;
- Wskazanie na podobieństwa i różnice w cechach przestrzennych krajowych trendów turystycznych w latach 1998–2010 i modeli wypoczynku urlopowego badanej grupy.

Postawione w badaniu cele szczegółowe i cel główny determinują szereg pytań badawczych. Warto w tym miejscu nadmienić, że wyniki badań mają dostarczyć precyzyjnej informacji o preferencjach wypoczynkowych lekarskiej grupy zawodowej, w tym m.in. kierunkach wyjazdów (z uwzględnieniem regionu łódzkiego w analizie przestrzennej), czasie i sezonowości ich trwania, złożoności wybieranych ofert czy wydatkowanych środkach. W związku z powyższym, podjęto próbę odpowiedzi na następujące dwa pytania:

- W jakim stopniu specyfika badanej grupy (głównie poziom wykształcenia, status społeczny, sytuacja ekonomiczna, charakter i rodzaj wykonywanej pracy) koreluje z rodzajem wybieranych produktów/ofert turystycznych?
- Jakie cechy powinien posiadać profilowany dla badanej grupy zawodowej produkt turystyczny, by mógł cieszyć się zainteresowaniem środowiska lekarskiego i tym samym przekładać się na zyski ekonomiczne dla podmiotów sektora gospodarki turystycznej?

Celem odpowiedzi na powyższe pytania, charakteryzujące się wysokim stopniem ogólności, sformułowano sześć pytań szczegółowych, których treść prezentuje się następująco:

- Jak przedstawia się zasięg przestrzenny (w rozumieniu geograficznym, tj. przestrzeni docelowej oraz jej odległości względem miejsca zamieszkania) zachowań realizowanych przez respondentów (lekarzy) w urlopowym czasie wolnym?

- Jakimi celami i motywami do podjęcia urlopu wypoczynkowego kierują się respondenci?
- Jakie zmienne czasowe charakteryzują wypoczynek urlopowy lekarzy?
- Jaka jest forma organizacji wypoczynku (w tym formy transportu – sposobu dotarcia do celu i poruszania się po nim, zakwaterowania, wyżywienia i usług towarzyszących)?
- Na jakim poziomie kształtują się koszty ponoszone na realizację zachowań w urlopowym czasie wolnym?
- Jakimi cechami społeczno-demograficznymi charakteryzują się osoby towarzyszące respondentom podczas realizacji urlopu wypoczynkowego?

3.2.2. Metody i narzędzia badawcze

Podstawową technikę badawczą stanowi ankieta. Bezpośrednią, wysoko standaryzowaną technikę zastosowano do zebrania zasadniczego materiału badawczego (Wieczorkowska, Wierzbicki, 2005). Badanie ankietowe przeprowadzono wśród przedstawicieli łódzkiego środowiska lekarskiego. Uzasadnienie zastosowania tej techniki stanowi założenie ilościowego charakteru badań. Ankieta jest bowiem efektywną i zajmującą zdecydowanie mniej czasu (niż chociażby wywiad kwestionariuszowy i techniki jakościowe) formą zbierania dużej ilości materiału źródłowego (Matczak, 1992). Narzędzie badawcze tj. kwestionariusz ankiety, dotyczący preferencji spędzania czasu wolnego oraz wpływu pracy zawodowej na przestrzeń, formy, organizację i sezonowość spędzania urlopów przez łódzkich lekarzy składa się z trzech części.

Blok pierwszy (poprzedzony częścią informacyjno – ewidencyjną) to „czas wolny i urlop a praca zawodowa” z pytaniami, dotyczącymi zadowolenia z posiadanego czasu wolnego oraz ilości przysługujących dni urlopu wypoczynkowego i sezonowości jego wykorzystywania (w skali roku). Zawarto również szereg pytań dotyczących wybieranych form spędzania czasu wolnego w kontekście preferowanych form turystyki (wypoczynkowej, krajoznawczej i specjalistycznej) oraz stopnia świadomego udziału w turystyce. W formie pytania – tabeli poruszono również kwestię tzw. turystyki konferencyjnej/kongresowej.

Część druga to szczegółowe pytania dotyczące przestrzeni urlopowej respondentów w latach 2005 –2010. Zawarto tu dwa, rozbudowane pytania w formie tabeli. Pierwsze dotyczy wyjazdów turystycznych w roku 2010, które uwzględnia przestrzeń, formy, organizację i sezonowość. Drugie dotyczy okresu 2005 –2009 i ma znacznie węższy zakres, tj. obejmuje przestrzeń, długość wyjazdów i ich sezonowość.

Kwestionariusz zamyka metryczka i pole uwag.

Technikę wywiadu swobodnego o niskim poziomie standaryzacji zastosowano w celu zdefiniowania odbiorców wyników badań, gdzie problem stanowiło określenie zainteresowania podmiotów gospodarczych tematyką podjętą w badaniu oraz chęci nawiązania współpracy. Podstawowym celem zastosowania tego narzędzia badawczego była realizacja aplikacyjności badań. W/w przeprowadzono w ramach trzech odrębnych umów stażowych (zrealizowanych w trakcie realizacji projektu „Turizm dla Regionu...”). Do współpracy wybrano trzy przedsiębiorstwa branży turystycznej, tj. organizatora turystyki RainbowTour, oraz dwóch łódzkich agentów turystycznych: NovaTravel i Smak Wakacji).

W obu wymienionych wyżej grupach zastosowano dobór celowy, względnie dobór dostępnościowy. Nie są to więc próby losowe, stąd nie jest uprawnione uogólnianie wyników badań. Ten rodzaj doboru nazywany jest również w literaturze przedmiotu dobozem okolicznościowym. Jednostki badania włączane są do próby badawczej na zasadzie dostępności. Stosuje się ten model w przypadku braku możliwości stworzenia wyczerpującego operatu losowania i (z jakis względów) problemów z dotarciem do respondentów.

Dla osiągnięcia celów badania posłużono się podstawowymi analizami statystycznymi, do których zaliczyć należy tu m.in. współczynnik korelacji V – Kramera (lub V-Cramera, który jest miarą siły zależności między badanymi cechami; jego wartość zawiera się w przedziale od -1 do 1 w przypadku tabel dwudzielnych, zaś dla tabel większych przyjmuje wartości od 0 do 1⁽²⁾), współczynnik r – Pearsona (stosowany do zmiennych ilościowych, dobrze mierzalnych, które to zmienne mierzone są na skalach ilorazowych lub interwałowych, np. zależność między wiekiem a dochodami, gdzie wartość współczynnika może się rozciągać w przedziale <-1;1> i jeśli wartość jest dodatnia – ze wzrostem wartości jednej zmiennej, rośnie wartość drugiej zmiennej, natomiast jeśli wartość jest ujemna – ze wzrostem wartości jednej zmiennej, wartość drugiej maleje) czy współczynnik korelacji rang rho – Spearmana (który bada zależność między dwoma zmiennymi porządkowymi lub między zmienną porządkową, a nominalną dychotomiczną, tj. dwuwartościową, np. płcią, jego interpretacja przebiega tak jak w przypadku współczynnika r – Pearsona)⁽³⁾.

Część wyników (głównie kierunków wyjazdów turystycznych) opracowano i przedstawiono w postaci odpowiednich przedstawień kartograficznych.

W związku z wielkością i niereprezentatywnym (dostępnościowym) dobozem próby (co przedstawiono w kolejnym podrozdziale) odstąpiono od analizy regresji i analizy czynnikowej.

Materiał źródłowy opracowano za pomocą oprogramowania statystycznego w postaci pakietu statystycznego SPSS 14.0., zapoznając się z literaturą przedmiotu autorstwa, m.in. Dobrowolskiego (2008), Gajka, Kałuski (2000), Iwasiewicza, Paszka (2004), Jażdżewskiej (2003) czy Steczkowskiego (1996).

Poza w/w przeprowadzono analizę SWOT dla możliwości wdrożenia wyników badania, tj. komercjalizacji badań oraz wykorzystano tzw. „dobre praktyki” - benchmarking w przygotowaniu oferty turystycznej dla środowiska lekarskiego (w oparciu o analizę działalności podmiotów gospodarczych zajmujących się organizacją konferencji medycznych).

3.2.3. Materiał źródłowy

Właściwy materiał źródłowy niniejszego raportu stanowi 98 kwestionariuszy ankiet. Charakterystykę badanej populacji wg cech społeczno – demograficznych i ekonomicznych przedstawiono w kolejnym rozdziale opracowania. Badanie przeprowadzono w okresie lipiec – listopad 2011 r. wśród lekarzy trzech

2.) Współczynnik korelacji V Kramera może być stosowany dla prób wielkości ok. 100 elementów, co zapewnia tzw. normalny rozkład próby (Górniak, Wachnicki, 2008; Brandt, Szymanowski, 2002).

3.) Współczynniki r Pearsona i rho Spearmana można stosować już na próbach 7-8 elementów (Górniak, Wachnicki, 2008; Brandt, Szymanowski, 2002).

łódzkich szpitali: Szpitala im. M. Kopernika (30 kwestionariuszy; 30,6% ogółu badanej populacji), Szpitala Klinicznym nr 6 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (48; 49,0%) oraz Instytutu Stomatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (20; 20,4%).

Respondenci to wyłącznie osoby z dyplomem lekarza medycyny ze specjalizacją (lub w jej trakcie) chorób wewnętrznych (Interna). Wszyscy respondenci są zarejestrowani w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi (Delegaturze Łódzkiej).

Uzupełnienie w/w stanowią informacje uzyskane podczas wywiadów przeprowadzonych z przedstawicielami branży turystycznej (tj. wymienionych wyżej biur podróży).

Poza danymi z badań własnych skorzystano ze źródeł zastanych, głównie zebranych podczas kwerendy w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi oraz statystyk Głównego Urzędu Statystycznego (www.stat.gov.pl) i Instytutu Turystyki (www.it.com.pl).

Materiał empiryczny i literaturowy uznano za wiarygodny i na jego podstawie wypracowano katalog rekomendacji dla przedstawicieli branży turystycznej.

3.3. Charakterystyka badanej populacji

W tej części raportu przedstawiono charakterystykę społeczno - demograficzną (wiek, płeć, sytuację rodzinną, stan cywilny i miejsce zamieszkania) oraz cechy ekonomiczne respondentów (ocenę sytuacji materialnej i przeciętną miesięczną wielkość zarobków).

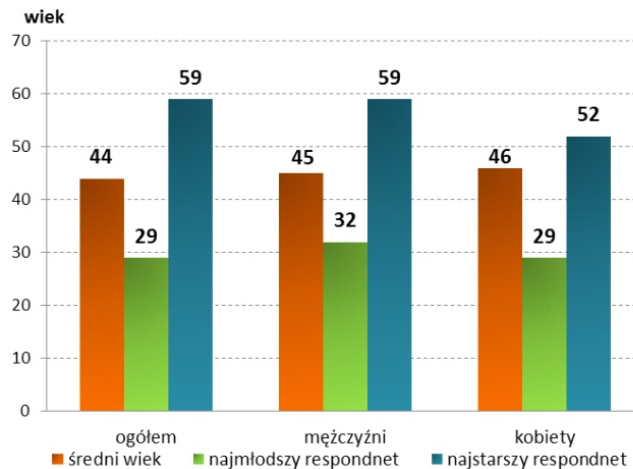
3.3.1. Cechy społeczno – demograficzne

W strukturze płci respondentów zaznaczyły się kobiety z udziałem rzędu 65,3% (64 osoby). Mężczyźni stanowili tu 36,6% (34 osoby).

Średni wiek badanych wyniósł 44 lata. Najmłodszy respondent miał 29 lat a najstarszy 59 lat. Nieco wyższa średnia wieku charakteryzowała badanych mężczyzn niż kobiety i wyniosła, odpowiednio: 45 (przy najmłodszym respondencie - 32 i najstarszym - 59) i 46 (przy najmłodszej respondentce - 29 i najstarszej - 52; Wyk. 1.). Nie są to jednak średnie istotnie różne statystycznie.

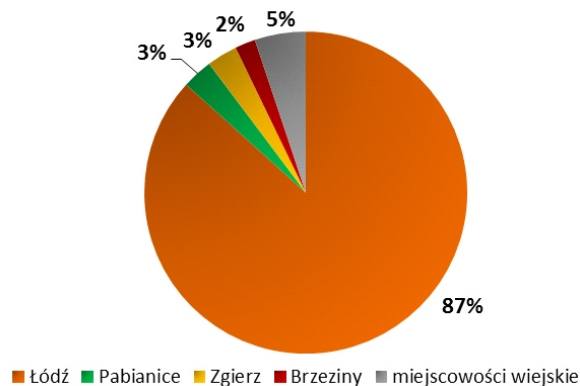
Trzech na czterech respondentów (73,5%, tj. 72 badanych) to osoby deklarujące posiadanie dzieci. W tej grupie większość stanowili deklarujący stan cywilny żonaty/zamężna (90,3%, tj. 65 osób) i częściej były to kobiety niż mężczyźni. Pozostali to osoby rozwiedzione. Co czwarty respondent zadeklarował w kwestionariuszu ankiety wolny stan cywilny (26,5%, czyli 26 osób) i częściej byli to badani mężczyźni niż kobiety.

Respondentów (posiadających partnerkę/partnera życiowego niezależnie od deklarowanego stanu cywilnego) spytano również o zawód partnerki/partnera życiowego z wyszczególnieniem szeroko rozumianej branży medycznej lub innej branży. Pierwszą z wyżej wymienionych zaznaczyło 38 badanych, a drugą 47. Łącznie na to pytanie w kwestionariuszu ankiety odpowiedzi udzieliło 85 respondentów.



Wykres 1. Średni wiek respondentów wg płci.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.



Wykres 2. Pochodzenie respondentów.

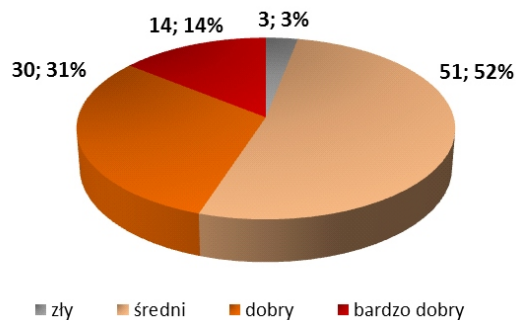
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Wszyscy respondenci to mieszkańcy województwa łódzkiego, z czego zdecydowana większość to łodzianie. Na zamieszkiwanie w Łodzi wskazało 86,7% badanych (85 osób). Pozostali wskazali na takie miejscowości jak Pabianice i Zgierz (po 3 osoby), Brzeziny (2 osoby) oraz na miejscowości wiejskie (5 osób) w takich gminach jak Rzgów i Nowosolna (Wyk. 2.).

3.3.2. Cechy ekonomiczne

Jak już zostało to opisane wyżej wszyscy respondenci to dyplomowani lekarze medycyny ze specjalizacją chorób wewnętrznych (lub w trakcie jej realizacji, tu: ośmiu najmłodszych lekarzy). Warto nadmienić w tym miejscu, że specjalizacja ta trwa 5 lat po ukończeniu studiów medycznych, zdaniem egzaminie lekarskim i obowiązkowym rocznym stażu. Egzamin z w/w jest stosunkowo trudny, ponieważ obejmuje obszerny materiał z kilku dziedzin medycyny. Jest ona często specjalizacją podstawową, od której lekarze zaczynają specjalizacje szczegółowe, jak: endokrynologia, hematologia, kardiologia, gastroenterologia, nefrologia, toksykologia, diabetologia, reumatologia czy geriatria. Stąd też jeden na trzech badanych zadeklarował w kwestionariuszu ankiety dodatkowe specjalizacje. Analizowanie tego aspektu nie jest jednak przedmiotem zainteresowania autora raportu, nie jest też jego celem, stąd przedstawianie statystyk odnośnie do w/w wydaje się bezcelowe.

Wg danych Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi (Delegaturze Łódzkiej) zarejestrowanych jest 1529 lekarzy ze specjalizacją chorób wewnętrznych (stan na dzień 13.01.2011 r.)⁴. Jest to najbardziej liczna dziedzina medycyny – lekarze z tą specjalizacją stanowią 21,6% ogółu zarejestrowanych w Łódzkiej Delegaturze Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi. Respondenci, których dotyczy opisane w raporcie dane stanowią więc 6,4% tej grupy.



Wykres 3. Respondenci wg subiektywnej oceny statusu materialnego.

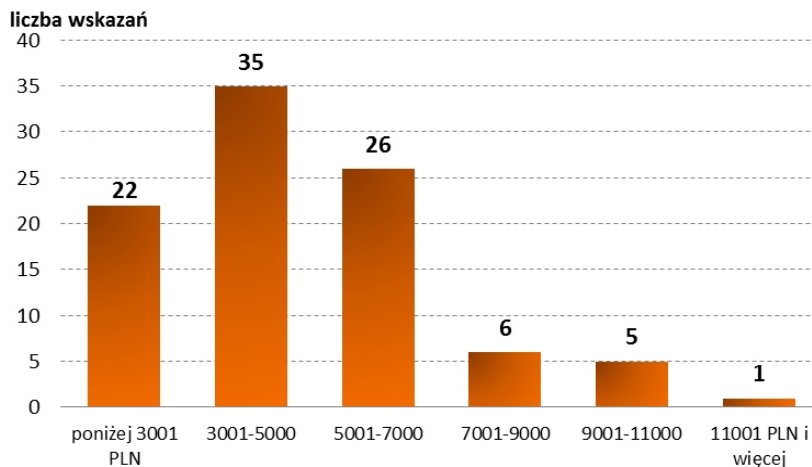
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Wszyscy respondenci to absolwenci Akademii Medycznej w Łodzi (obecnie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, który pod tą nazwą funkcjonuje od 2002 r. i powstał poprzez połączenie ówczesnej Wojskowej Akademii Medycznej i Akademii Medycznej w Łodzi; na podstawie informacji zamieszczonych na www.umed.lodz.pl).

W badanej grupie zdecydowana większość respondentów oceniła swój status materialny jako przynajmniej średni. Łącznie było to 95 osób (czyli 96,9% ogółu). W tej grupie znalazło się 51 respondentów z oceną

4.) Dane uzyskane podczas kwerendy w OIL w Łodzi w styczniu 2011 r.

średnią (52,0% ogółu), 30 z oceną dobrą (30,6%), a 14 z oceną bardzo dobrą (14,3%). Jedynie trzech badanych wskazało w kwestionariuszu ankiety na zły status materialny (3,1% ogółu badanych). Nie odnotowano respondentów z bardzo złą oceną sytuacji materialnej. Rozkład wskazań odnośnie do analizowanej kwestii zaprezentowano na Wyk. 3. (w wartościach względnych i bezwzględnych).



Wykres 4. Respondenci wg deklaracji średnich przedziałów miesięcznych zarobków (w PLN netto).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Nie zaobserwowano istotnych statystycznie zależności między oceną sytuacji materialnej badanych a cechami społeczno-demograficznymi. Można jedynie stwierdzić, że nieco wyżej swój status ekonomiczny oceniali badani mężczyźni niż kobiety, respondenci starsi niż młodszy, osoby zamieszkujące poza Łodzią niż w Łodzi, pozostający w związkach formalnych niż stanu wolnego (lub innego) oraz deklarujący wyższe zarobki (tj. wraz ze wzrostem deklarowanych miesięcznych zarobków netto rosła nieznacznie subiektywna ocena sytuacji materialnej). Odpowiednie do wyżej wymienionych wskaźniki (r -Pearsona i ρ -Spearmana) ukształtowały się w przedziale zależności bardzo słabych (maksymalnie do 0,10, poniżej przyjętego poziomu ufności $\alpha = 0,05$).

Trzech respondentów nie wskazało w kwestionariuszu ankiety średniego przedziału miesięcznych zarobków netto. Po odrzuceniu braków danych, najczęściej wskazywanym przedziałem były zarobki rzędu 5001-7000 PLN/m-c, które w kwestionariuszu ankiety zaznaczył co trzeci badany (36,8%, tj. 35 osób). Jeden na czterech badanych wskazał na przedział rzędu 5001-7000 PLN/m-c - 27,4% (26 osób). Najniższy próg zarobków, tj. mniej niż 3001 PLN/m-c, zaznaczył co czwarty respondent (23,2%, czyli 22 respondentów). Pozostałe wskazania charakteryzowały się niewielkimi udziałami, i tak: na zarobki rzędu 7001-9000 PLN/m-c wskazało 6,3% (6 osób), 9001-11000 PLN/m-c - 5,3% (5 osób), a powyżej 11000 PLN/m-c - tylko jedna osoba (1,1%). W/w przedstawiono graficznie na Wyk. 4.

3.4. Wypoczynek urlopowy łódzkiego środowiska lekarskiego

Rozdział zawiera dane dotyczące tytułowego wypoczynku urlopowego badanej grupy zawodowej. Respondentów spytano w kwestionariuszu ankiety o organizację urlopowego czasu wolnego w latach 2005-2010. Wyjazdy urlopowe w roku 2010 zdefiniowano uwzględniając: przestrzeń wypoczynku urlopowego, sezonowości i długości, formy aktywności realizowanych podczas urlopu wypoczynkowego, koszty jego realizacji i cechy społeczne osób towarzyszących respondentom podczas w/w. W przypadku wyjazdów urlopowych podjętych przez badanych lekarzy w latach 2005-2009 skoncentrowano się wyłącznie na kierunkach wyjazdów.

W badanej grupie siedmiu respondentów wskazało, iż w czasie urlopu wypoczynkowego w 2010 r. nie podjęło wyjazdu urlopowego. Stąd w tej kwestii statystyki dotyczą grupy 91 osób (czyli 92,3% ogółu badanych). Natomiast w przypadku pytania dotyczącego wypoczynku urlopowego w latach 2005-2009 (ujętego w kwestionariuszu ankiety w postaci pytania – tabeli) nie odnotowano braków danych jedynie w rubryce dotyczącej 2009 r. Z kolei w danych dotyczących 2008 r. odnotowano 18 braków danych, 2007 r. -25, 2006 r. - 36, 2006 r. - 58, a 2005 r. -79. Dla tego pytania przeprowadzono analizę korelacji Rho-Spearmana, która ujawniła zależność pomiędzy brakiem wyjazdów (względnie brakiem danych) a wcześniejszym wypoczynkiem ($r = 0,55$ zależność wysoka). Wynika to z faktu, że respondenci mieli trudność z przypomnieniem sobie miejsca swojego urlopu lub nie mieli takowego w tych latach.

3.4.1. Przestrzeń wypoczynku urlopowego

Na wstępie niniejszego podrozdziału autor raportu zaznacza, że przestrzeń wypoczynku urlopowego jest rozumiana jako kierunek wyjazdu turystycznego. Badania pokazały, że w 2010 r. (na 108 podjętych wyjazdów) dwa na trzy wyjazdy to wyjazdy zagraniczne – 66 wyjazdów, tj. 61,1%, a pozostałe to wyjazdy krajowe. Wśród pierwszych z wymienionych wyjazdów pojawiły się takie kierunki jak: Egipt, Turcja, Tunezja, Chorwacja, Hiszpania, Tajlandia, Kanada, Włochy, RPA, Chiny, Austria, Słowacja, Maroko, Niemcy, Portugalia (gdzie Słowacja, Włochy i Austria to również kierunki wyjazdów zimowych). Z kolei kierunki wyjazdów krajowych obejmowały głównie województwa północne i południowe oraz województwo kujawsko-pomorskie i podlaskie. Respondenci wskazywali raczej na popularne polskie miejscowości turystyczne (mimo, że w kwestionariuszu ankiety deklarowali w odpowiednim pytaniu opcję, że na miejsce spędzania urlopu wybierają głównie miejsca niezatłoczone), a były to m.in.: Ustka, Jastarnia, Jurata, Hel, Międzyzdroje, Augustów, Zakopane, Krynica i Ustrzyki. Ponadto dwie osoby wskazały na województwo podlaskie, ale nie podały miejscowości i również dwie na województwo kujawsko-pomorskie. Były to prawdopodobnie wyjazdy do „drugich domów”/na działki rekreacyjne. Dwunastu respondentów wskazało jedynie na wypoczynek w Polsce i nie podało w kwestionariuszu ankiety konkretnego miejsca wypoczynku.

W przypadku przestrzeni wypoczynku urlopowego podjętego przez badanych w 2009 r. zaobserwowano, że wyjazdy zagraniczne stanowiły nieco wyższy udział niż w roku 2010, a było to 73,5% (72 wyjazdy). Pozostałe 26 wyjazdów to wyjazdy krajowe. Wśród kierunków wyjazdów zagranicznych respondenci wskazywali na takie kraje jak: Turcja, Malta, Egipt, Włochy, Chorwacja, Francja, Hiszpania, Maroko, Grecja i Ukraina oraz

Tabela 1a. Kierunki wyjazdów urlopowych respondentów w latach 2005-2010.

Kierunek	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.	2010 r.
Egipt	4	3	0	10	11	7
Turcja	0	4	4	6	12	6
Tunezja	0	2	3	0	0	5
Chorwacja	2	0	5	3	12	4
Hiszpania	0	5	4	5	8	10
Tajlandia	0	0	0	0	0	1
Kanada	0	0	0	0	0	1
Włochy	0	6	6	8	8	12
RPA	0	0	0	0	0	1
Chiny	0	0	0	0	0	1
Austria	1	0	2	2	0	4
Słowacja	0	0	0	0	0	2
Maroko	2	0	0	0	6	8
Niemcy	0	0	0	0	0	1
Portugalia	0	0	0	0	0	3
Turcja	0	0	0	0	0	0
Malta	0	0	0	0	1	0
Grecja	0	2	3	0	6	0
Ukraina	0	0	0	0	1	0
Australia	0	0	0	0	1	0
Kenia	0	0	0	0	1	0
Meksyk	0	0	0	0	1	0
Izrael	0	0	0	1	0	0
Indie	0	0	0	1	0	0
Węgry	0	0	2	0	0	0
Cypr	0	1	2	0	0	0
Czechy	0	0	2	0	0	0
Francja	0	0	0	5	4	0
Japonia	0	0	1	0	0	0
Litwa	1	0	0	0	0	0
Ekwador	0	0	1	0	0	0
Brazylia	0	1	0	0	0	0
Polska	9	38	38	39	26	42
RAZEM	19	62	73	80	98	108

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Tabela 1b. Kierunki wyjazdów urlopowych respondentów w latach 2005-2010 wg udziału w danym roku.

Kierunek	2005 r.	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.	2010 r.
Egipt	21,1%	4,8%	0,0%	12,5%	11,2%	6,5%
Turcja	0,0%	6,5%	5,5%	7,5%	12,2%	5,6%
Tunezja	0,0%	3,2%	4,1%	0,0%	0,0%	4,6%
Chorwacja	10,5%	0,0%	6,8%	3,8%	12,2%	3,7%
Hiszpania	0,0%	8,1%	5,5%	6,3%	8,2%	9,3%
Tajlandia	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%
Kanada	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%
Włochy	0,0%	9,7%	8,2%	10,0%	8,2%	11,1%
RPA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%
Chiny	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%
Austria	5,3%	0,0%	2,7%	2,5%	0,0%	3,7%
Słowacja	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%
Maroko	10,5%	0,0%	0,0%	0,0%	6,1%	7,4%
Niemcy	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%
Portugalia	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%
Turcja	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Malta	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%
Grecja	0,0%	3,2%	4,1%	0,0%	6,1%	0,0%
Ukraina	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%
Australia	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%
Kenia	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%
Meksyk	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%
Izrael	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%
Indie	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%
Węgry	0,0%	0,0%	2,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Cypr	0,0%	1,6%	2,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Czechy	0,0%	0,0%	2,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Francja	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%	4,1%	0,0%
Japonia	0,0%	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Litwa	5,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Ekwador	0,0%	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Brazylia	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Polska	47,4%	61,3%	52,1%	48,8%	26,5%	38,9%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

pojedynczo na Australię, Kenię i Meksyk. Wyjazdy krajowe to podobne miejscowości jak w roku 2010, m.in. Międzyzdroje, Jurata, Mikołajki, Giżycko, Wisła i Zakopane.

W przypadku urlopów 2008 r. jedynie 80 badanych wypełniło odpowiednie pole w kwestionariuszu ankiety. Udział wyjazdów zagranicznych wyniósł nieco ponad połowę tj. 41 wyjazdów (51,3%). Pozostałe to wyjazdy krajowe. W kierunkach wyjazdów zagranicznych zaznaczyły się Chorwacja, Hiszpania, Francja, Egipt, Turcja, Włochy, Austria, Izrael oraz Maroko i Indie. Tylko pięć osób podało dokładny kierunek wyjazdu krajowego: Polanica, Białka Tatrzańska, Zakopane i Sopot.

Z kolei 73 badanych wskazało na przestrzeń wyjazdu urlopowego w 2007 r. W tym roku wyjazdy zagraniczne stanowiły mniej niż połowę ogółu tj. 35 wyjazdów – 47,9%. Pozostałe 38 to wyjazdy krajowe. Kierunki wyjazdów zagranicznych to: Węgry, Grecja, Włochy, Tunezja, Cypr, Turcja, Hiszpania, Austria, Czechy i Chorwacja oraz dwa dość odległe – Ekwador i Japonia. Z 38 respondentów, którzy wskazali na krajowe wyjazdy tylko trzy osoby podały kierunek, tj. Szczawnica, Duszniki i Jurata.

Rok 2006 to jeszcze wyższy udział wyjazdów krajowych. Spośród 62 urlopów, 38 to wyjazd krajowy (61,3%), a 24 - zagraniczny. Kierunki wyjazdów zagranicznych to: Portugalia, Hiszpania, Cypr, Włochy, Grecja, Egipt, Turcja, Tunezja i Brazylia. Żaden respondent nie sprecyzował tu kierunku wyjazdu krajowego. Pojawiły się dwa wskazania na region Mazur i Karkonosze.

Tylko 19 badanych podało kierunki wyjazdów w 2005 r., gdzie na wyjazd zagraniczny wskazało 10 respondentów a krajowy - 9. Wyjazdy zagraniczne to: Austria, Litwa, Chorwacja, Egipt i Maroko, a krajowe: Zakopane, Łeba, Jurata i Krynica Morska.

Zestawienie zbiorcze opisanych danych przedstawiono w Tab. 1a. i Tab. 1b.

3.4.2. Organizacja i sezonowość

W roku 2010, spośród 91 respondentów, którzy w ogóle podjęli wyjazd urlopowy, co piąty badany wyjechał więcej niż jeden raz (19,9%, tj. 18 osób). Były to głównie wyjazdy podjęte w sezonie letnim i zimowym - w przypadku 15 respondentów. Trzy osoby podjęły wyjazd urlopowy dwukrotnie w sezonie letnim. Co ciekawe, zaobserwowano brak zależności statystycznej między ilością a długością wyjazdów urlopowych, choć autor skłaniałby się ku hipotezie, że wraz z ilością wyjazdów urlopowych maleje długość ich trwania.

W 2010 r. średnia długość wyjazdu urlopowego respondentów wyniosła 11,4 dnia, przy wartościach skrajnych 4 dni i 24 dni. Nieco dłuższe były wyjazdy krajowe niż zagraniczne o średnich długościach, odpowiednio: 13,2 i 9,8 dnia (różnice istotne statystycznie na poziomie $\alpha=0,05$). Pierwszą z wyżej wymienionych przewyższyły trzy wyjazdy urlopowe respondentów trwające ponad 20 dni. Były to wyjazdy zrealizowane w prywatnych obiektach - działkach rekreacyjnych/drugich domach. W/w przedstawiono na Wyk. 5.

Warto nadmienić, że jak podaje Dziennik Turystyczny za Instytutem Turystyki „w sierpniu 2010 roku poziom uczestnictwa mieszkańców Polski w wieku 15 i więcej lat w krajowych wyjazdach ogółem był wyższy niż w sierpniu 2009 roku, w zagranicznych wyjazdach ogółem – niższy. Notujemy spadek liczby krajowych

wyjazdów długookresowych i wzrost liczby krajowych wyjazdów krótkookresowych. Za granicę na 5 i więcej dni wyjechała podobna liczba osób, na 2-4 dni – znacznie mniejsza. W sierpniu 2010 roku liczba osób wyjeżdżających turystycznie w kraju lub za granicę była o pięć procent (0,25 mln) większa niż rok wcześniej. Według szacunków Instytutu Turystyki, w sierpniu 2010 roku Polacy wzięli udział w 6,6 mln krajowych podróży turystycznych, czyli o ponad jedną piątą więcej w porównaniu z sierpniem 2009 roku. Obserwujemy większy wzrost liczby podróży krótkookresowych niż długookresowych. W krajowych podróżach długookresowych, uczestniczyła mniejsza liczba osób niż w sierpniu 2009 roku, w krótkookresowych większa; osoby wyjeżdżające na pięć i więcej dni podróżowały częściej i na podobny okres jak rok wcześniej, wyjeżdżające na 2-4 dni podróżowały również częściej i na dłuższy okres. W strukturze krajowych wyjazdów turystycznych Polaków wyjazdy w celach typowo turystycznych miały podobny udział jak w sierpniu 2009; wyjazdy w celu odwiedzenia krewnych lub znajomych – nieco większy. Celem 63% podróży była typowa turystyka, a 30% - odwiedziny. Według szacunków Instytutu Turystyki Polacy uczestniczyli w 0,9 mln turystycznych podróży za granicę, czyli podróży połączonych co najmniej z jednym noclegiem poza granicami kraju (o 10% mniej niż rok wcześniej). W porównaniu z sierpniem 2009 roku obserwujemy podobną liczbę podróży długookresowych i spadek liczby podróży krótkookresowych” (www.dziennikturystyczny.pl). Struktura wyjazdów respondentów wg długości wyjazdu i podziału na podróże turystyczne krajowe i zagraniczne wpisuje się w cytowane wyżej wyniki badań Instytutu Turystyki.

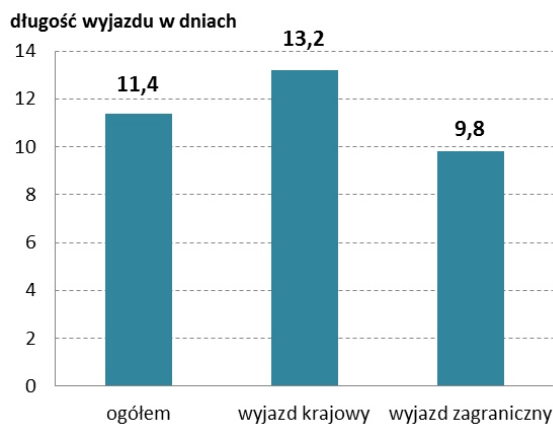
Zaobserwowano również, że dłuższe wyjazdy podejmowali nieco częściej badani:

- Mężczyźni niż kobiety;
- W starszych przedziałach wiekowych;
- Z dłuższym stażem zawodowym;
- Oceniający wyżej swój status materialny.

Nie są to jednak zależności istotne na poziomie statystycznym. Nie zaobserwowano różnic w zestawieniu długości wyjazdów urlopowych z miejscem zamieszkania respondentów. Warto nadmienić, że krótsze wyjazdy to zdecydowanie częściej wyjazdy krajowe, a wyjazdy dłuższe to głównie wyjazdy zagraniczne.

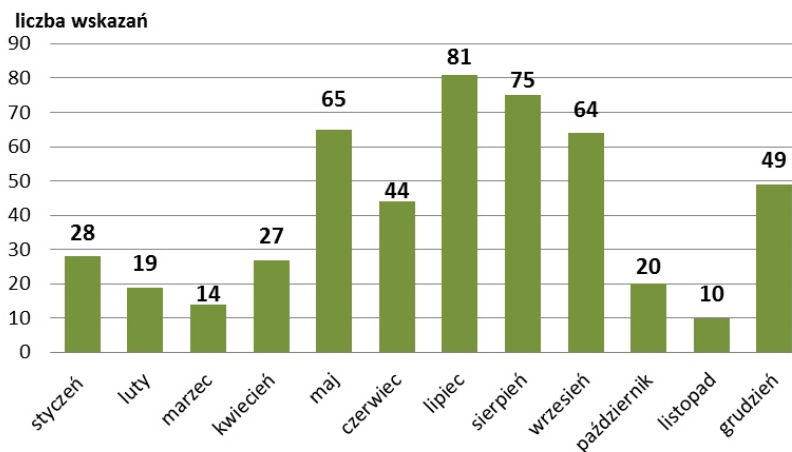
W kwestii organizacji wypoczynku urlopowego respondentów (wyjazdu urlopowego) w 2010 r. zaobserwowano, że zdecydowana większość badanych, którzy podjęli urlop poza granicami Polski, wybrała zakup produktu turystycznego w biurze podróży (względnie organizatora turystyki touroperatora). W tym miejscu należy zaznaczyć, że rozpatrywane są tu dane dotyczące 109 wyjazdów (tj. 91 respondentów, którzy w ogóle podjęli wyjazd urlopowy jeden raz i 18, którzy podjęli wyjazd dwa razy). Z w/w 63,3% (69 wyjazdów) to wyjazdy zorganizowane przez biuro turystyczne (względnie touroperatorów). Pozostałe to wyjazdy zorganizowane samodzielnie (lub przez osoby z najbliższego otoczenia respondentów – rodziny, przyjaciół). Większość wyjazdów krajowych (89,6%) to wyjazdy zorganizowane bez udziału biura podróży. Dodatkowo taka organizacja charakteryzowała 5 wyjazdów zagranicznych (4 zorganizowane w sezonie zimowym i jednego w sezonie letnim). Respondenci na ogół nie podawali jednak organizatora wyjazdu urlopowego.

Pojawiło się kilkanaście wskazań na popularne biura podróży, jak: Itaka, Triada, RainbowTours, Tui i kilku agentów turystycznych.



Wykres 5. Średnia długość wyjazdów urlopowych respondentów (w dniach) w 2010 r. z uwzględnieniem wyjazdów krajowych i zagranicznych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.



Wykres 6. Sezonowość wyjazdów urlopowych respondentów w 2010 r. (wg miesiący urlopów).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Tabela 2. Uczestnictwo Polaków w wyjazdach turystycznych wg miesiący, kierunku i długości wyjazdu turystycznego w 2010 r. (w mln).

Miesiąc	Wyjazd		
	Krajowy krótki	Krajowy długi	Krajowy krótki
Styczeń	1,05	0,70	1,05
Luty	1,15	0,85	1,15
Marzec	1,40	0,50	1,40
Kwiecień	1,45	0,75	1,45
Maj	1,50	0,60	1,50
Czerwiec	1,80	0,85	1,80
Lipiec	2,35	3,35	2,35
Sierpień	2,75	3,60	2,75
Wrzesień	1,20	0,85	1,20
Październik	1,55	0,40	1,55
Listopad	1,85	0,45	1,85
Grudzień	2,15	0,80	2,15
m-ce największej liczby wyjazdów		m-ce najmniejszej liczby wyjazdów	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie www.intur.com.pl.

Badanych lekarzy spytano o terminy realizowanych wyjazdów urlopowych. W pytaniu zawartym w kwestionariuszu ankiety była możliwość wskazania na więcej niż jeden miesiąc w roku. Wyniki odnośnie do w/w przedstawiono na Wyk. 6.

Najczęściej wyjazdy urlopowe podejmowane były przez badanych w okresie lipiec – wrzesień, odpowiednio 81 i 64 wskazań. Znaczna ilość wskazań dotyczyła również miesiący maja i grudnia, tj. 65 i 49. Najmniej respondentów wskazało na listopad (10), marzec (14), luty (19) i październik (20). Warto nadmienić, że stosunkowo wysoki udział wskazań charakteryzował miesiące: czerwiec (44) i maj (65). Porównując te dane z badaniem Instytutu Turystyki na reprezentatywnej próbie Polaków, co przedstawiono w Tab. 2., jedynie wyjazdy krajowe długookresowe korespondują z sezonowością wyjazdów turystycznych respondentów. Występują większe liczby podróży w miesiącach letnich oraz styczniu i grudniu. Wyjazdy krajowe krótkie charakteryzuje sezonowość podobna jedynie w okresie letnim oraz miesiącu grudniu, a wyjazdy zagraniczne wyłącznie latem.

Ponadto zaobserwowano, że nieco częściej w sezonie letnim (czerwiec – wrzesień) niż zimowym (grudzień – marzec) wyjazd urlopowy podejmowali badani:

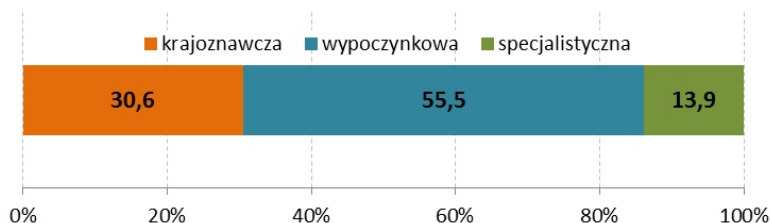
- Mężczyźni niż kobiety;
- Młodszy niż starsi respondenci;

- Mieszkający w Łodzi niż w innych miejscowościach;
- Z dłuższym stażem zawodowym;
- Oceniający niżej swój status materialny.

Wszystkie wymienione wyżej zależności to korelacje na poziomie słabym/bardzo słabym (które poza cechami jak posiadanie dzieci lub nie, wiek i staż zawodowy nie są istotne statystycznie na przyjętym poziomie ufności).

3.4.3. Formy aktywności realizowane podczas urlopu wypoczynkowego

Respondentów, w kwestionariuszu ankiety, spytano o formy aktywności realizowane podczas urlopu wypoczynkowego. Jak zostało to opisane na wstępie niniejszego podrozdziału dane w pierwszej kolejności dotyczą tu wyłącznie roku 2010. Zgodnie z tym co podaje literatura przedmiotu formy aktywności podejmowane podczas wyjazdów urlopowych są jednym z kryteriów wyznaczających rodzaj uprawianej turystyki. Rozkład wskazań wg rodzaju uprawianych form turystyki (krajoznawczej, wypoczynkowej, specjalistycznej) przedstawiono poniżej.



Wykres 7. Główne formy turystyki podejmowane podczas wyjazdów urlopowych respondentów w 2010r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Zaobserwowano, że:

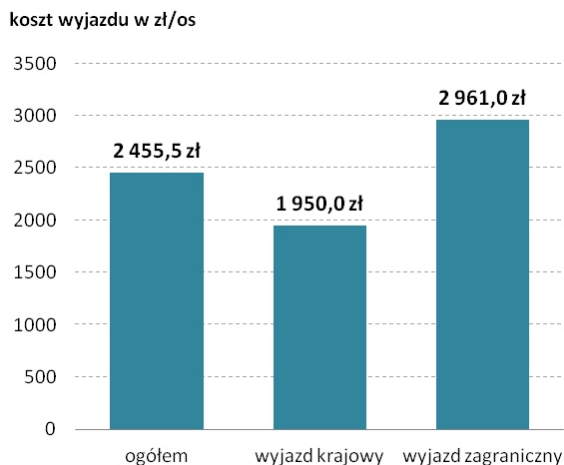
- Częściej na turystykę krajoznawczą (niż inne) wskazywały badane kobiety niż mężczyźni;
- Turystyka specjalistyczna i wypoczynkowa charakteryzuje częściej młodszych niż starszych respondentów.

Wymienione wyżej to zależności na poziomie słabym, ale istotne statystycznie na przyjętym poziomie ufności. Nie zaobserwowano istotnych różnic w zestawieniu form turystyki podejmowanych podczas wyjazdów urlopowych respondentów z miejscem ich zamieszkania, oceną sytuacji materialnej czy stażem zawodowym.

3.4.4. Koszty realizacji wypoczynku urlopowego

Pytanie w kwestionariuszu ankiety dotyczące kosztów realizacji wyjazdu turystycznego podczas urlopu wypoczynkowego traktowało o koszty poniesione na osobę (niezależnie od obecności i cech społecznych,

osób towarzyszących). Jak zostało to opisane na wstępie niniejszego podrozdziału dane dotyczą tu wyłącznie roku 2010. Wyniki badań pokazały, że średni koszt zrealizowanego wyjazdu turystycznego wyniósł 2455,5 PLN, przy skrajnych wartościach 950 PLN i 5500 PLN. Należy mieć na uwadze, że wyjazdy krótkie (od 4 do 7 dni) znacznie zaniżyły analizowane koszty - były to głównie wyjazdy krajowe do „drugich domów”/działek rekreacyjnych (wyjazdy weekendowe) realizowane najczęściej w okresie kwiecień-czerwiec. Z kolei wyjazdy, których koszt przekroczył próg 4000 PLN/osobę stanowiły 10,5% ogółu. Stąd średni koszt wyjazdu krajowego wyniósł 1950,0 a wyjazdu zagranicznego - 2961,0 PLN/osobę. Przedstawiono to na Wyk. 8.



Wykres 8. Średnie koszty realizacji wyjazdów urlopowych respondentów w 2010 r. w podziale na wyjazd krajowy i wyjazd zagraniczny.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Tabela 3. Średnie koszty planowanych wyjazdów urlopowych Polaków w 2011 r. wg wykształcenia.

	podstawowe	zawodowe	średnie	wyższe
mniej niż - 1 000 zł	0%	20%	28%	24%
1 000 - 2 000 zł	4%	4%	9%	23%
2 000 - 4 000 zł	0%	4%	3%	4%
4 000 - 8 000 zł	0%	0%	0%	2%
8 000 zł i więcej	0%	0%	0%	1%
nie planuję wyjazdu	96%	71%	56%	44%

Źródło: www.dziennikturystyczny.pl.

Porównując dane zaprezentowane na Wyk. 8. i Tab. 3. respondenci (wszyscy z wykształceniem wyższym) mieszczą się w przedziale czteroprocentowym w odniesieniu do badania przeprowadzonego przez Instytut Homo Homini dla Deutsche Bank PBC (www.dziennikturystyczny.pl) planowanych wydatków wakacyjnych w 2011 r. 2000-4000 PLN/os.

Ponadto zaobserwowano, że wyższe koszty podejmowanych wyjazdów urlopowych charakteryzowały nieco częściej:

- Starszych niż młodszych respondentów;
- Badanych mężczyzn niż kobiety;
- Respondentów deklarujących posiadanie dzieci;
- Oceniających względnie wysoko swój status materialny;
- Osoby z dłuższym stażem zawodowym.

Wszystkie w/w to zależności istotne statystycznie na poziomie korelacji słabych. Nie zaobserwowano zależności kosztów wyjazdów względem miejsca zamieszkania respondentów. Oczywistym jest fakt, że dłuższemu wyjazdowi towarzyszyły wyższe koszty ponoszone na osobę (zależność liniowa bardzo silna).

3.4.5. Wybrane cechy społeczne osób towarzyszących

Autor przypomina, że również w tym miejscu, jak zostało to opisane na wstępie niniejszego podrozdziału, dane dotyczą wyłącznie roku 2010. W kwestii cech społecznych osób towarzyszących zaobserwowano prawidłowość, która jest dość oczywista. Respondenci deklarujący posiadanie dzieci wskazywali w kwestionariuszu ankiety na osoby z rodziny jako towarzyszące osoby im podczas wyjazdów turystycznych a osoby w związkach wolnych częściej sygnalizowali osoby spoza rodziny (kategoria znajomi/przyjaciele) jako osoby towarzyszące (jest to silna korelacja).

W kwestionariuszu ankiety znalazło się również pytanie czy w strukturze osób towarzyszących podczas wyjazdów urlopowych respondentów znajdują się inni lekarze. Wśród odpowiedzi stwierdzenia nigdy, bardzo rzadko i rzadko stanowiły 75,0% (przy 108 wyjazdach), czasami 15,0%, natomiast często i bardzo często pozostałe 10,0%. Żaden z badanych respondentów nie wskazał na kategorię zawsze.

3.5. Specyfika wypoczynku urlopowego łódzkiego środowiska lekarskiego – modele wyjazdu urlopowego krajowego i zagranicznego

Wszystkie zebrane dane porównano zestawiając średnie różnice oraz mierząc zależności liniowe i korelacje między zmiennymi charakteryzującymi wyjazdy urlopowe respondentów. Podstawową zmienną różnicującą były kierunek wyjazdu krajowy lub zagraniczny, a dodatkowo to płeć, wiek, status materialny,

zarobki respondentów oraz długość wyjazdu, forma organizacji, sezonowość, formy aktywności realizowane podczas urlopu, średnie koszty wyjazdu i cechy osób towarzyszących. Uznając za punkt wyjściowy kierunek wyjazdu - krajowy/zagraniczny wyszczególniono dwa modele wypoczynku urlopowego badanej grupy, których specyfikę przedstawiono poniżej.

Tabela 4. Modele wypoczynku urlopowego badanej grupy respondentów.

Kryteria	Model wypoczynku krajowego	Model wypoczynku zagranicznego		
Cecha wyjazdu urlopowego	Kierunek (kraj/region)	Popularne miejscowości turystyczne (górskie, nadmorskie i mazurskie) oraz pobyty w „drugich domach”	Europa Południowa, Afryka Północna i wybrane „dalekie kierunki” (Tajlandia, Brazylia, Ekwador, Kanada, RPA)	
	Organizacja	Organizacja własna	Biuro podróży	
	Sezonowość	Sezon letni i zimowy	Głównie sezon letni	
	Długość wyjazdu	Wyjazdy długie	Wyjazdy krótkie	
	Formy aktywność	Turystyka wypoczynkowa i krajoznawcza	Turystyka specjalistyczna i wypoczynkowa	
	Średnie koszty wyjazdu	ok. 2000 PLN/os.	ok. 3000 PLN/os.	
	Osoby towarzyszące	Brak różnic		
	Cecha społ.-ekon. badanych	Płeć	Częściej kobiety	Częściej mężczyźni
		Wiek	Częściej starsi niż młodszy respondenci	Częściej młodszy niż starsi respondenci
		Status materialny	Osoby deklarujące wyższy status materialny	Osoby deklarujące niższy status materialny
Przedział zarobków		Deklarujący wyższe przedziały zarobków	Deklarujący niższe przedziały zarobków	
Staż pracy zawodowej		Osoby deklarujące dłuższy staż zawodowy	Osoby deklarujące krótszy staż zawodowy	

Źródło: Opracowanie własne.

3.6. Modele wypoczynku urlopowego łódzkiego środowiska lekarskiego na tle krajowych trendów turystycznych⁵

W tej części zaprezentowano statystyczny opis fluktuacji wskaźnika turystyki wyjazdowej Polaków w okresie 13-letnim (wyrażony stosunkiem - % - liczby polskich turystów wyjeżdżających do danego kraju lub grupy

5.) W rozdziale wykorzystano opracowanie własne autora raportu pn. „Wielkość i kierunki zagranicznych wyjazdów turystycznych Polaków w latach 1998-2010. Analiza trendu.”, realizowanego w ramach projektu „Turystyka dla Regionu – Zintegrowany Program Rozwoju Doktorantów”, współfinansowanego ze środków UE w ramach EFS. Artykuł uzyskał pozytywną recenzję i został złożony do druku w publikacji pokonferencyjnej VI Ogólnopolskiej Konferencji Doktorantów Geografii „Przestrzeń w badaniach geograficznych”

krajów do ogółu polskich turystów wyjeżdżających za granicę w danym roku), agregując kraje docelowe wyjazdów w szersze grupy. Analiza wg ustanowionych kategorii ma charakter rozłącznych porównań fluktuacji w/w wskaźnika wg ustanowionych kategorii. Zebrany materiał porównano pod względem kierunków wyjazdów z danymi zebranymi za okres 2005 – 2010 w badanej grupie respondentów i wskazano na podobieństwa i różnice.

Kraje europejskie (w tym UE) vs. Kraje pozaeuropejskie

W okresie 1998 – 2010 państwa UE cechował największy udział w stosunku do wszystkich zagranicznych wyjazdów turystycznych Polaków (Wyk. 9.). W latach 1998 – 2000 turystyka wyjazdowa do UE stanowiła 74,0 – 79,4% ogółu wyjazdów turystycznych Polaków. Odnotowano spadki do 70,4% w 2001 r., 73,5% w 2002 r. i 74,7% w 2003 r., znaczny wzrost w 2004 r. (do 87,8%) i kolejny spadek (do 85,5%) rok później. Odsetek rzędu 87,1 – 80,9% udziału wyjazdów do UE utrzymywał się do 2009 r., a w 2010 r. wyniósł 79,9%.

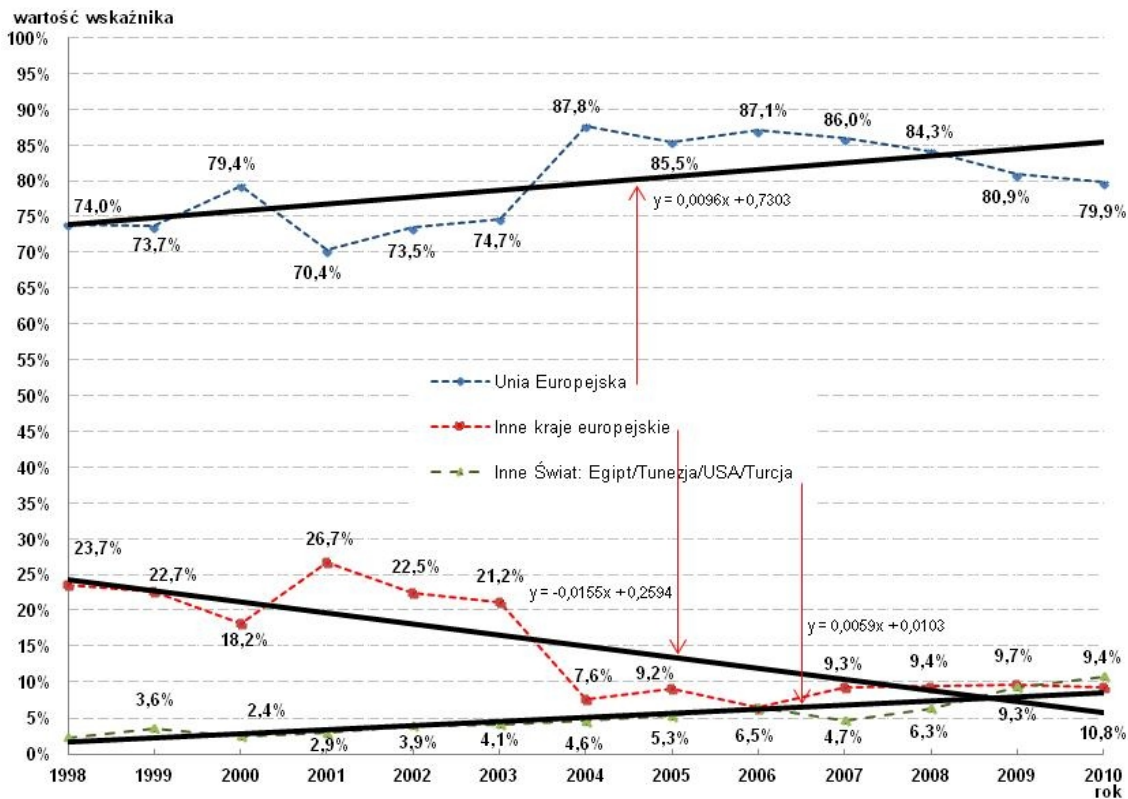
Wyjazdy do krajów europejskich spoza struktur UE w 1998 r. stanowiły 23,7% i cechował je spadek do 18,2% w 2000 r. (Wyk. 9.). Kolejny rok to wzrost do 26,7%, a następnie malejący udział aż do 2004 r. – do 7,6%. W 2005 r. odsetek wyjazdów do w/w wzrósł o 1,6 pkt. procentowego. W 2007 r. wrócił do 6,5%, odkąd konsekwentnie wzrastał i w 2009 r. wyniósł 9,7%. Nieznaczny spadek (o 0,3 pkt. procentowego) miał miejsce w 2010 r.

W latach 1998 – 1999 Turcja, Tunezja, USA i/lub Egipt stanowiły kierunki turystyki wyjazdowej Polaków o udziale rzędu 2,3% i 3,0% (Wyk. 9.). Spadek zanotowano w 2000 r. (do 2,4%). W kolejnych latach udział w/w rósł (z wyjątkiem 2007 r. 4,7%) i osiągnął najwyższy poziom w 2010 r. – 9,4%.

Wyjazdy do krajów UE i pozaeuropejskich charakteryzował trend wzrostowy, do pozostałych – spadkowy (Wyk. 9.). Niskie tempa rocznych zmian wystąpiły w grupie krajów europejskich (w latach 2007 – 2010). Ujemne tempa zmian (2002 – 2004 i 2006 r.) wyhamowały dynamikę rosnącego trendu wyjazdów do UE, który cechował się wysokimi wartościami zmian w latach 1998 – 2001 i 2007 – 2010. Silna fluktuacja w liczbie wyjazdów do innych krajów europejskich zaznaczyła się ujemnymi rocznymi tempami zmian w 2000, 2004 i 2006 r. Wyjazdy do pozostałych krajów cechował trend wznoszący z niewielkimi wahaniami (spadkami) w 2000 i 2007 r.

Porównując dane przedstawione na Wyk. 9. z danymi przedstawionymi w tabelach w poprzednim rozdziale można zauważyć, że dynamika zmian kierunków wyjazdów badanej grupy jest podobna do ogólnokrajowego trendu. O ile w badanej grupie zainteresowanie krajami UE jest względnie stałe to rośnie zainteresowanie wyjazdami do krajów pozaeuropejskich – tu głównie krajami Afryki Północnej i dalekimi kierunkami Azji Południowo-Wschodniej, Ameryki Południowej czy Afryki.

5.) (cd.) (która odbyła się w Łodzi w dniach 19-21.09.2011 r.), pod tą samą nazwą (Guz M., 2012, Wielkość i kierunki zagranicznych wyjazdów turystycznych Polaków w latach 1998-2010. Analiza trendu [w:] K. Fortuniak, J. Jędruszkiewicz, M. Zieliński (red.), Przestrzeń w badaniach geograficznych, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź).



Wykres 9. Funkcja trendu liniowego turystycznych wyjazdów zagranicznych Polaków w latach 1998 – 2010 wg krajów członkowskich UE, innych europejskich i pozostałych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Instytutu Turystyki.

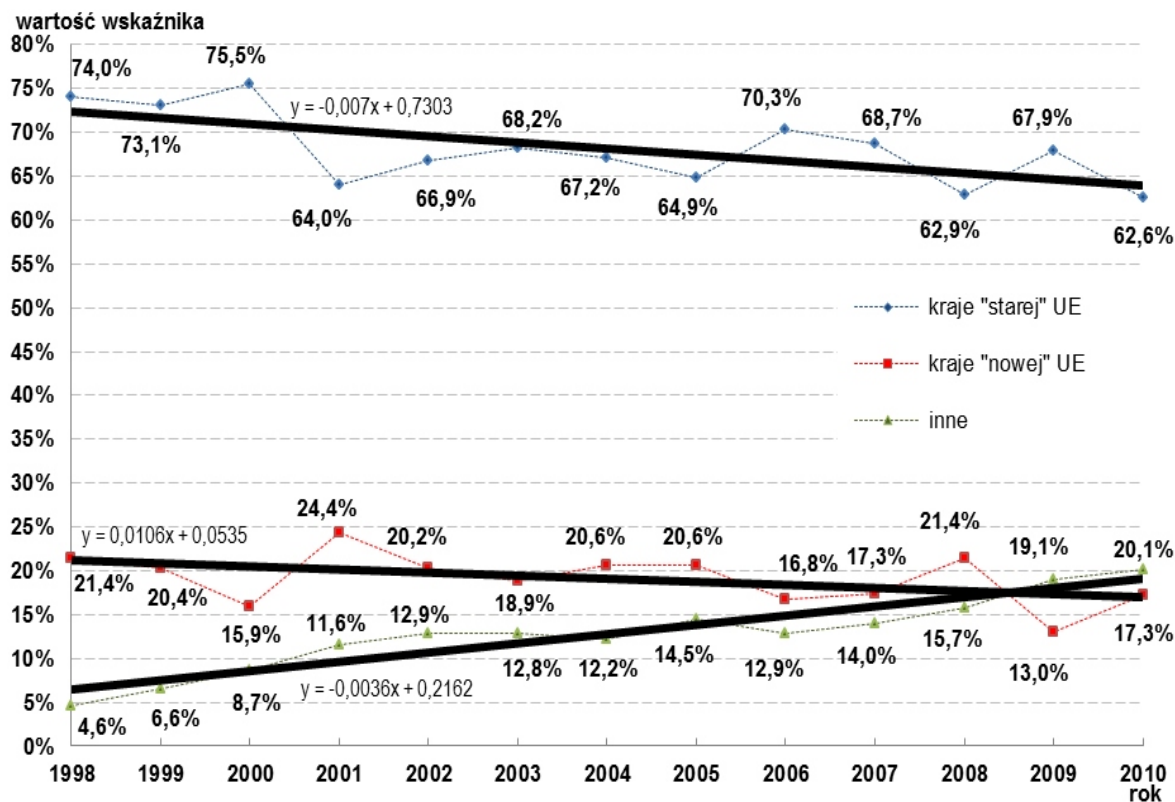
Kraje „nowej” UE vs. kraje „starej” UE

Niższe roczne tempa zmian (w tym ujemne w 1999, 2001, 2005, 2007 i 2010 r.) cechowały wskaźnik wyjazdów do krajów „starej” niż „nowej” UE (Wyk. 10.). Dodatkowo wartości tempa zmian w wyjazdach do unijnej „piętnastki” to 2000 r., 2002 – 2004, 2006 i 2009 r. Udział turystyki wyjazdowej do w/w wyniósł tu, odpowiednio: 75,5%, 66,9 – 67,2%, 70,3% i 67,9%.

Wyjazdy do „nowej” UE w 1998 r. stanowiły 21,4% i cechował je spadek do 2000 r. – 15,9% (Wyk. 10.). W roku następnym odnotowano wzrost do 24,4%, a w kolejnych dwóch udział mniejszy: 20,2% w 2002 r. i 18,9%

w 2003 r. W 2004 r. odsetek wyjazdów do w/w krajów wzrósł o 1,7 pkt. procentowego, utrzymał ten poziom w 2005 r., następnie spadł do 16,8%, wzrósł do 17,3% w 2007 r. i 21,4% w 2008 r. W 2009 r. wskaźnik turystyki wyjazdowej do „nowej” UE ukształtował się na poziomie 19,1%, a w 2010 r. – 20,1%.

W latach 1998 – 2002 kierunki wyjazdów poza UE stanowiły 4,6%-12,9% (Wyk. 10.). W latach 2003 – 2004 odnotowano nieznaczny spadek do 12,8 i 12,2%, a w 2005 r. wskaźnik turystyki wyjazdowej w/w osiągnął poziom 14,5% i w 2006 r. znów spadł do 12,9%. Kolejne dwa lata to wzrost do 14,0% i 15,7%. W 2009 r. odnotowano 13,0% a w 2010 r. – 17,3%.



Wykres 10. Funkcja trendu liniowego turystycznych wyjazdów zagranicznych Polaków w latach 1998 – 2010 wg krajów „starej” i „nowej” Unii Europejskiej oraz pozostałych.

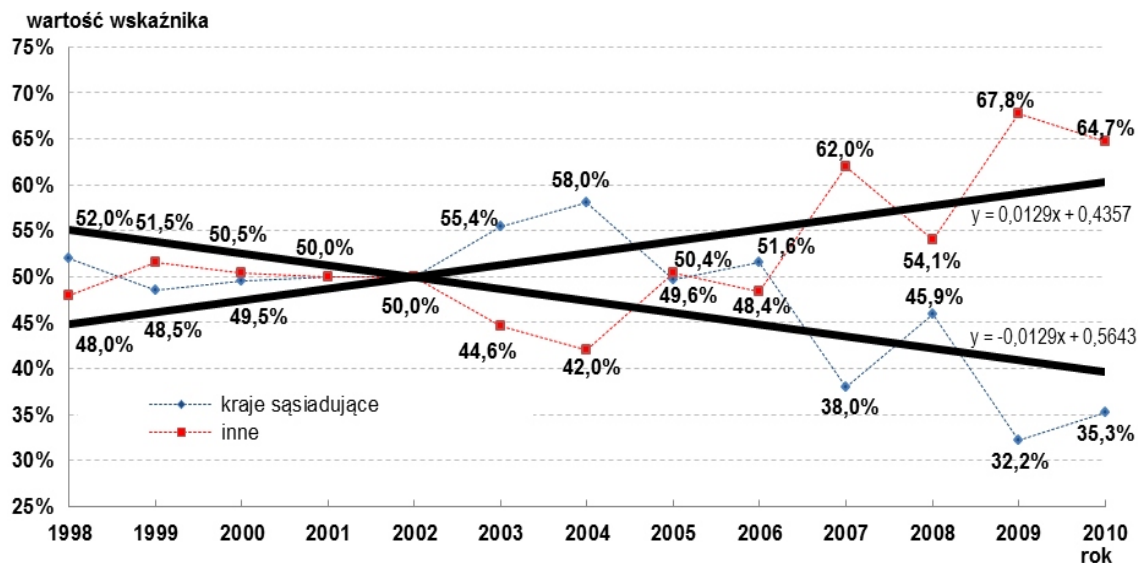
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Instytutu Turystyki.

Wyjazdy do UE charakteryzował trend spadkowy (Wyk. 10.). Wyższe ujemne tempo zmian cechował wskaźnik wyjazdów do „starej” UE. Dynamiczna fluktuacja wzrostowa to właściwość wskaźnika wyjazdów poza UE.

Zainteresowanie krajami „starej” UE było w badanej grupie względnie stałe (o czym świadczą zaznaczające się na przestrzeni 2005-2010 wyjazdy do Hiszpanii, Francji, Włoch czy Austrii) przy rosnącym zainteresowaniu krajami europejskimi spoza UE, głównie Chorwacją. Wyjazdy do krajów „nowej” UE miały raczej incydentalny charakter, sporadycznie pojawiały się w badanej grupie wskazania na Litwę czy Malte i nieco częściej deklaracje wyjazdów urlopowych na Cypr.

Kraje sąsiadujące z Polską vs. pozostałe

W 1998 r. udział zagranicznych wyjazdów do państw sąsiadujących wyniósł 52,0% (co przedstawiono na Wyk. 11.).



Wykres 11. Funkcja trendu liniowego turystycznych wyjazdów zagranicznych Polaków w latach 1998 – 2010 wg krajów sąsiadujących z Polską oraz pozostałych.

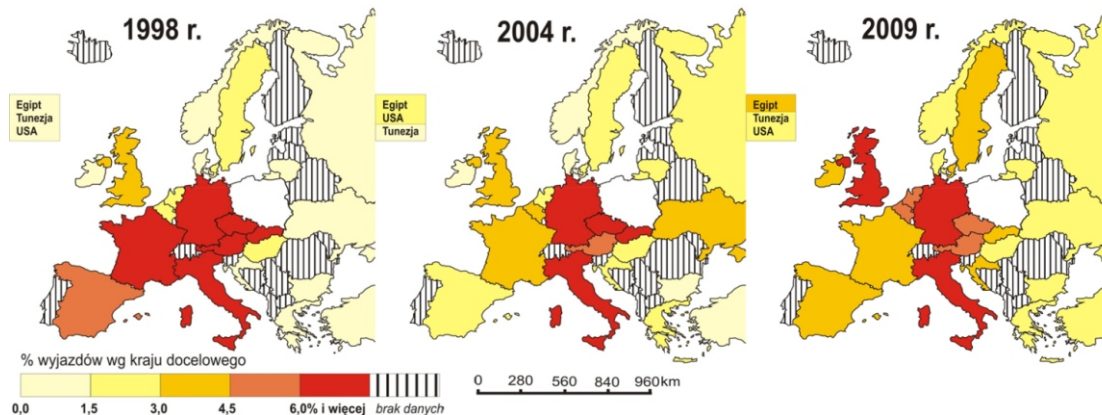
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Instytutu Turystyki.

W 1999 r. w/w spadł do poziomu 48,5% i wzrastał do 2001 r., osiągając 50,0%. Od 2002 r. zaobserwowano 2 i 3-letnią cykliczność. Wskaźnik wzrastał do 2004 r., do 58,0%, systematycznie malał do 2006 r. (do 48,4%) i w 2007 r. osiągnął 62,0%. Po spadku do 54,1% w 2008 r. odnotowano wzrost do 67,8% w 2009 r. i spadek do 64,7% w 2010 r.

Wskaźnik wyjazdów do „sąsiadów” charakteryzował trend spadkowy (i wzrostowy – do „pozostałych”) w analizowanym 13-letnim cyklu (Wyk. 11.). Przełom to 2002 r., kiedy roczne tempo zmian wyniosło ($t_{2002} = 0,0\%$), a wskaźnik dla w/w ukształtował się na poziomie 50,0%.

W badanej grupie lekarzy właściwie nie odnotowano zainteresowania wyjazdami do krajów sąsiadujących z Polską. Pojawiły się co prawda wskazania na wyjazdy do Niemiec, na Litwę, do Czech, na Słowację i na Ukrainę, ale stanowiły one marginalny odsetek w ogólnej strukturze. Ponadto cechował je zimowy sezon, ponieważ wyjazdy do Czech i na Słowację (najczęstsze w tej grupie) to podróże głównie w okresie grudzień – marzec.

Na zakończenie warto przyrzeć się najpopularniejszym kierunkom wyjazdów turystycznych Polaków. Z analiz źródeł zastanych statystyk Instytutu Turystyki wynika, że w okresie 1998-2010 silny trend spadkowy charakteryzował wyjazdy turystyczne do Niemiec, Włoch, Austrii, Francji i na Węgry. Zaobserwowano też spadek zainteresowania Czechami, Grecją, Hiszpanią i Słowacją. Dynamicznie wzrastał udział wyjazdów do Wlk. Brytanii, Holandii, Chorwacji, Egiptu, Turcji, Irlandii, Bułgarii, Rosji i na Litwę. Trend rosnący cechował także wskaźnik wyjazdów do Tunezji, Belgii, Norwegii i na Ukrainę. W przypadku Szwecji, USA i Danii trend utrzymywał się na stałym poziomie.



Rysunek 1. Kierunki turystyki wyjazdowej Polaków w 1998, 2004 i 2009 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Instytutu Turystyki.

Kierując się wynikami powyższych analiz wybrano trzy znaczące (w 13-letnim okresie) momenty czasowe celem charakterystyki wskaźnika turystyki wyjazdowej wg krajów. W 1998 r. („startowym” analizy; Rys. 1.) największy udział stanowiły Niemcy (32,4%), Włochy i Czechy (po 10,4%), Słowacja i Francja (po 7,5%), Hiszpania (5,8%). Wyjazdy do Wlk. Brytanii to 3,5%, do Belgii, Holandii, Finlandii i na Węgry – 1,53,0%, do pozostałych – poniżej 1,5%.

W roku wejścia Polski do UE głównymi kierunkami wyjazdów były Niemcy, Czechy i Słowacja, Włochy i Austria (odpowiednio: 35,1%, po 8,4%, 7,6% i 5,3%). W 2004 r. zaznaczyły się Francja, Belgia, Wlk. Brytania i Ukraina (z udziałem po 3,1%). W przedziale 1,5 - 3,0% znalazły się Hiszpania, Węgry, Holandia, Finlandia, Litwa, Rosja, Egipt, USA, Chorwacja i Grecja. Udział poniżej 1,5% charakteryzował wyjazdy do pozostałych krajów.

W 2009 r., kiedy skutki kryzysu ekonomicznego obrazował niski kurs złotego w stosunku do € i CHF, głównymi kierunkami wyjazdów były Niemcy, Włochy i Wlk. Brytania (z udziałem: 19,2%, 9,6% i 7,4%). Po 5,2% stanowiły wyjazdy do Belgii, Holandii, Czech i Austrii. Znaczący udziały miały też: Chorwacja, Egipt, Hiszpania, Słowacja, Francja, Szwecja i Irlandia (odpowiednio: 4,4%, po 3,7% i 3,0%), a pozostałe cechował udział do 3,0%.

Największe wartości dodatnie różnicy w liczbach wyjazdów turystycznych między skrajnymi momentami czasowymi analizowanego okresu (2009 – 1998; Rys. 1.) charakteryzowały: Wlk. Brytanię, Litwę, Chorwację, Egipt, Grecję i Turcję, a ujemne: Niemcy, Czechy, Słowację, Austrię, Włochy i Francję.

Porównując powyższe dane z modelami wypoczynku urlopowego badanej grupy lekarzy można zauważyć, że istnieją pewne kierunki, których badani w ogóle w ciągu pięciu lat (tu: 2005-2010) nie podejmowali. Są to m.in.: Wlk. Brytania, Finlandia, kraje Beneluksu, Szwecja, Irlandia. Z drugiej strony najpopularniejsze kierunki wyjazdów turystycznych Polaków w ogóle są w większości takie same, jak kierunki wyjazdów urlopowych badanej grupy, a dotyczy to głównie: Chorwacji, Egiptu, Grecji i Turcji. Mimo, że analiza trendu wykazała znaczny spadek wyjazdów Polaków do Włoch, Austrii i Francji to wśród badanych lekarzy są to kierunki cieszące się stałym, względnie wysokim zainteresowaniem.

3.7. Ocena możliwości komercjalizacji wyników badań

W tej części raportu przedstawiono możliwości komercjalizacji omówionych wyżej wyników badań, a konkretniej wniosków wyciągniętych na ich podstawie. Zaprezentowano cel aplikacyjny badań, wskazano na ich „innowacyjność” oraz kanały dystrybucji omówionych w dalszej części rekomendacji. W ostatnim podrozdziale odwołano się do dobrych praktyk, tj. wykorzystaniu benchmarkingu w przygotowaniu oferty turystycznej dla środowiska lekarskiego.

3.7.1. Aplikacyjność i innowacyjność

Aplikacyjność badania wyraża się w jego celu głównym. Jak zostało powiedziane w pierwszej części raportu efekt badań obejmuje wypracowanie szeregu rekomendacji, tj. wskazówek dla podmiotów gospodarczych, zajmujących się organizacją czasu wolnego, odnośnie do preferowanych form i sposobów spędzania urlopowego czasu wolnego przez przedstawicieli środowiska lekarskiego. Wyniki badań stanowiąc będą precyzyjne wskazówki dla modyfikacji i kreowania nowych produktów turystycznych skierowanych do pracowników branży medycznej. Trafne diagnozowanie potrzeb i postaw „konsumenckich” pozwoli na dopasowanie oferty turystycznej organizatorów turystyki i podmiotów świadczących usługi turystyczne do

preferencji badanej grupy społecznej. Przygotowanie profilowanych produktów turystycznych w konsekwencji umożliwi przedstawicielom branży turystycznej pozyskanie grupy klientów, charakteryzujących się wysokimi wskaźnikami ekonomicznymi przychodów i wydatków. Poza wymienionymi wyżej odbiorcami produktu aplikacyjnego badań mogą być również: Regionalna Organizacja Turystyczna Województwa Łódzkiego; regionalne stowarzyszenia przedstawicieli branży turystycznej; pojedyncze podmioty gospodarcze, świadczące usługi turystyczne i rekreacyjne na terenie województwa łódzkiego, a także jednostki naukowo – badawcze i ośrodki akademickie, w których kierunkami badań jest analiza zagospodarowania i organizacji czasu wolnego.

O charakterze innowacyjnym badań świadczy brak opracowań na przyjętym poziomie szczegółowości, zarówno na terenie województwa łódzkiego, jak i całego kraju. Mimo, że badania nad ruchem turystycznym i zagospodarowaniem urlopowego czasu wolnego są prowadzone w kraju i na świecie od kilkunastu lat, to w zdecydowanej większości dotyczą one bardzo zróżnicowane (niejednorodne) populacje. Niniejszy projekt obejmuje natomiast dokładnie zdefiniowany „wycinek” struktury społeczno – zawodowej.

Aspekt innowacyjności wiąże się tu z benchmarkingowym charakterem badań. Zgodnie z główną zasadą tzw. „odwołania się do dobrych praktyk” mówiącą, że „należy się uczyć na błędach, ale lepiej uczyć się na cudzych błędach, niż na swoich” badania odwołują się do benchmarkingu funkcjonalnego. Projekt uwzględnia odwołanie do praktyk stosowanych przez wyspecjalizowane ośrodki badawcze w kraju i za granicą oraz do możliwości wdrożeniowych wyników badań do sektora gospodarczego (tu głównie na poziomie projektowania profilowanych produktów turystycznych; Węgrzyn, 2000, Czyż Gwiazda, 2006; Kowalak, 2009).

3.7.2. Kanały dystrybucji i odbiorcy

Jak podaje literatura przedmiotu ogniwami w kanale dystrybucji mogą być osoby lub instytucje. Ze względu na ilość ogniw wyróżnia się kanały bezpośrednie (tzw. 0 – szczeblowe, „krótkie”), gdzie nie występuje w nich pośrednik oraz pośrednie (tzw. kilkuszczelbwe, „długie”) – pomiędzy producentem a konsumentem występują pośrednicy. Wypracowany w ramach badania katalog rekomendacji stanowi kategorię dystrybucji usług i planuje się jego bezpośrednią dystrybucję.

Katalog rekomendacji – wprowadzony na rynek i znajdujący zastosowanie wśród odbiorców, ma na celu zapewnienie:

- Rozwój nowych, profilowanych produktów turystycznych dla środowiska lekarskiego;
- Pozyskanie, poprzez identyfikację indywidualnych potrzeb, nowego klienta;
- Ulepszenie funkcjonowania podmiotów turystycznych – wzrost sprzedaży.

Wśród potencjalnych nabywców katalogu rekomendacji, poza tytułowymi, wymienić należy agentów turystycznych, biura turystyczne, organizatorów konferencji medycznych i animatorów-organizatorów czasu wolnego.

Znaczącą wartością dodaną dla w/w odbiorców jest, poza prawidłowym rozpoznaniem potrzeb potencjalnych klientów i ich pozyskaniem, nawiązanie i utrzymanie długookresowej relacji z klientem „ważnym dla przedsiębiorcy z ekonomicznego punktu widzenia”.

Jak pokazały badania, potencjalny rynek z punktu widzenia odbiorców katalogu rekomendacji wynosi (na terenie regionu łódzkiego) około 12,6 tys. osób. Są to lekarze i lekarze-dentyści zarejestrowani w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi (wg stanu na początek roku 2011). W opinii autora jest to znaczny potencjał, który powinien stanowić zainteresowanie odbiorców rekomendacji, których ilość szacuje się na około 150 podmiotów (w tym 47 organizatorów turystyki, pozostali to: agenci turystyczni, biura turystyczne i inni), wg danych GUS na koniec roku 2010 o liczbie zarejestrowanych podmiotów turystycznych w województwie łódzkim.

3.7.3. Bariery wdrożenia i pomiar sukcesu

Zdefiniowano dwie podstawowe bariery uniemożliwiające wejście katalogu rekomendacji na rynek (lub przynajmniej elementy to utrudniające). Pierwszą z w/w jest specyfika grupy zawodowej lekarzy. Należy brać tu pod uwagę problemy z dotarciem do przedstawicieli środowiska lekarskiego, co jest pierwszym krokiem do wypracowania katalogu rekomendacji (w ogóle). Ponadto rynek turystyczny jest rynkiem skończonym, tj. o ograniczonych możliwościach, stąd za kluczowe czynniki sukcesu uznaje się zgłaszane nowe zapotrzebowanie na rekomendacje dotyczące innych, niż lekarska, grup zawodowych.

Jak już jednak wspomniano wcześniej nie zdefiniowano barier w przypadku podstawowych odbiorców katalogu rekomendacji organizatorów turystyki.

Zdefiniowano kilka elementów w zakresie pomiaru sukcesu komercjalizacji katalogu rekomendacji, w postaci:

- Liczby podmiotów turystycznych – organizatorów turystycznych korzystających z katalogu rekomendacji;
- Liczby podmiotów turystycznych – organizatorów konferencji medycznych korzystających z katalogu rekomendacji;
- Zmiany w ilości sprzedaży produktów turystycznych dla lekarzy przed i po wdrożeniu katalogu rekomendacji – wzrost sprzedaży;
- Zainteresowania ze strony podmiotów turystycznych stworzeniem katalogu rekomendacji dla innych grup społeczno – zawodowych.

3.7.4. Wykorzystanie benchmarkingu w przygotowaniu oferty turystycznej dla środowiska lekarskiego

Główną osią podziału benchmarkingu jest jego podmiot, przedmiot i czas. Jak podaje Węgrzyn (2000) w aspekcie metodologii benchmarkingu przez podmiot rozumie się jednostki gospodarcze będące obiektem porównań. Przedmiot stanowi tu wynik lub proces, a czas to periodyzacja prac związanych z benchmarkingiem.

Z kolei Kowalak (2009) wyróżnia dwa podstawowe rodzaje benchmarkingu, tj. benchmarking wyników (dokonań) i benchmarking procesów. Jak podaje cytowany autor, pierwszy z wymienionych jest związany z porównywaniem czynników wpływających na ocenę wyników działalności przedsiębiorstwa lub jego wyodrębnionych ośrodków odpowiedzialności. Są to zazwyczaj mierniki finansowe, wśród których najczęściej wymienia się te bazujące na wynikach finansowych (zysk operacyjny, zysk netto, przychody ze sprzedaży, wskaźniki rentowności). Dodatkowo wymienia się następujące czynniki wpływające na wynik przedsiębiorstwa, które również podlegają porównaniom: ceny produktów i usług, jakość produktów i usług, szybkość dostarczenia produktów, niezawodność obsługi klienta. Z kolei benchmarking procesów polega głównie na porównywaniu procesów operacyjnych, a także procedur występujących w przedsiębiorstwie. Jego skuteczność wymaga zazwyczaj porównań z partnerami z zewnątrz (zarówno działającymi w tym samym sektorze, jak i poza nim). Ma szeroki zasięg, gdyż może obejmować procesy związane z zaopatrzeniem, działalnością podstawową, a także ze zbytem.

Dodatkowo w literaturze przedmiotu pojawia się również zagadnienie benchmarkingu strategicznego. W przeciwieństwie do dwóch opisanych wyżej, obejmujących działalność operacyjną przedsiębiorstwa, porównania w nim dokonuje się na podstawie realizowanej misji oraz celów strategicznych. Jest to ten typ marketingu, który pozwala na dostarczenie sposobów obserwacji procesów gospodarczych z perspektywy długich okresów i osiągnięć światowych. Jest to systematyczny proces oceny możliwości, wdrażania strategii i poprawy funkcjonowania firmy. Można zaryzykować zatem stwierdzenie, że benchmarking strategiczny stanowi niejako nadbudowę nad benchmarkingiem o charakterze operacyjnym.

Gabrusewicz i inni (1998) podają natomiast, że benchmarking to ciągły, systematyczny proces, polegający na konfrontowaniu własnej efektywności, mierzonej produktywnością, jakością i doświadczeniami z wynikami tych przedsiębiorstw i organizacji, które można uważać za wzór doskonałości. Zgodnie z tą definicją Czyż Gwiazda (2006) wyróżnia benchmarking przedsiębiorstw, sektorów i warunków. Benchmarking przedsiębiorstw jest jak do tej pory najbardziej rozpowszechniony. W nim firmy uczą się od siebie nawzajem, porównują wartości liczbowe, wymieniają się obiektami benchmarkingu. W przypadku benchmarkingu sektorów porównywana jest wydajność poszczególnych sektorów. Celem jest nauczenie się czegoś od innych sektorów, które są najlepsze w danej dziedzinie. Benchmarking warunków zyskuje w szczególności na znaczeniu w przypadku Unii Europejskiej. W przyszłości, w jej ramach, mają być porównywane warunki polityczne, społeczne lub ekonomiczne, tak aby poszczególne kraje członkowskie mogły się czegoś od siebie nawzajem nauczyć. Benchmarking przedsiębiorstwa z kolei dzieli się na zewnętrzny i wewnętrzny. Benchmarking wewnętrzny dotyczy może obiektów w ramach przedsiębiorstwa (tzw. benchmarking przedsiębiorstwa), bądź też obiekty te pochodzić mogą z różnych przedsiębiorstw stanowiących jednak elementy składowe koncernu (tzw. benchmarking koncernu). Z kolei benchmarking zewnętrzny dotyczy może rynku, najbliższej konkurencji (tzw. benchmarking konkurencji) lub całej branży, w ramach której działa firma (tzw. benchmarking branżowy). Wówczas celem takiego benchmarkingu jest poznanie ogólnych trendów występujących w ramach branży. Ponadto benchmarking zewnętrzny dotyczy może firm spoza branży (tzw. benchmarking pozabranżowy) wówczas poszukiwane są najlepsze praktyki, które po dostosowaniu przenieść można na grunt własnej branży.

Jak podaje dalej cytowana autorka metody benchmarkingu różnią się najczęściej tylko stopniem uszczegółowienia i oznaczeniami. Podstawowy schemat pozostaje jednak w zasadzie taki sam. Porównania benchmarkingowe pokazują bowiem różnice pomiędzy własną organizacją a partnerami. Na tej podstawie wyprowadzić można pewne wnioski dla własnej organizacji, co stanowi początek procesu uczenia się w firmie.

Celem charakterystyki podłoża metodologicznego benchmarkingu posłużono się głównie publikacją Ewy Czyż - Gwiazdy (2006) pt. „Benchmarking, Benchmark Index czyli jak porównywać się z najlepszymi?” i pozycją Roberta Kowlaka pt. „Benchmarking jako metoda zarządzania wspomagająca controlling przedsiębiorstwa”. Cytowana autorka wyróżnia tu pięć zasadniczych faz, tj.: określenie celów, wewnętrzna analiza, ustalenie działań oraz realizacja. Jak podkreśla Czyż – Gwiazda (2006) „(...) w praktyce benchmarkingowej spotyka się zwykle ich zmodyfikowane wersje, uwzględniające dodatkowo elementy specyficzne dla danego przedsiębiorstwa. Nie zmienia to jednak faktu, że każdy projekt benchmarkingowy realizowany jest według sformalizowanego toku postępowania, co zapewnia spójność i logikę poszczególnych kroków oraz lepszą kontrolę ich wyników”.

Faza określenia celów to moment, w którym ustala się zadania projektu benchmarkingowego oraz jego obiekty. Jak zauważa cytowana autorka jest to faza niezwykle ważna, ponieważ błędne lub niedokładne określenie celów w projekcie może zafałszować lub spowodować bezużyteczność uzyskanych wyników. Przy ustalaniu celów benchmarkingu ważne są tzw. cele strategiczne przedsiębiorstwa. Aktywny udział personelu kierowniczego w tej fazie zapewnia konieczne wsparcie dla prowadzonego projektu benchmarkingowego i w zasadzie decyduje o powodzeniu wszystkich kolejnych faz projektu. Sam proces poszukiwania i formułowania celów może być wspierany różnymi technikami (np. poprzez warsztaty). Głównym zadaniem jest tu przede wszystkim znalezienie, uporządkowanie i ustalenie rang dla celów zaproponowanych przez wszystkich uczestników. Następnie identyfikowany jest cel nadrzędny. W ostatniej części wspólnie opracowuje się hierarchię dla pozostałych celów (drugorzędnych, szczegółowych).

Kolejna faza metodologii benchmarkingowej to tzw. faza wewnętrznej analizy, gdzie odkrywa się podstawy dla zrozumienia własnych procesów oraz pierwsze silne strony i potencjały poprawy. Faza ta zawiera w sobie m.in. takie działania, jak: analizę bieżącej sytuacji (tj. na obecny moment czasowy przedsiębiorstwa), modelowanie i definiowanie mierników, ustalenie wielkości porównawczych oraz opracowanie kwestionariusza pytań. Kwestionariusz pytań jest traktowany jako narzędzie zebrania wszystkich wielkości pomiarowych do potencjalnych porównań przedsiębiorstwa oraz pozwala rozpoznać, czy benchmarking z wybranymi przedsiębiorstwami ma sens. Faza ta jest najbardziej czasochłonnym elementem całego projektu benchmarkingowego i stanowi średnio prawie połowę (tj. ok. 45%) jego czasu.

W kolejnej fazie, tj. fazie porównań dokonuje się ostatecznego wyboru przedsiębiorstw do porównań, czyli tzw. w literaturze przedmiotu benchmarków. Przeprowadzane jest również rzeczywiste porównanie obiektów benchmarkingowych (np. procesów), podczas którego gromadzi się przynależące do nich wskaźniki. Faza porównań charakteryzuje się głównie: wyborem przedsiębiorstwa, kontaktem z nim

i zgromadzeniem jego danych, przeprowadzeniem porównania, oceną uzyskanych wyników oraz określeniem przyczyn ustalonych różnic. Jak podaje Czyż – Gwiazda (2006) szczególną trudnością tej fazy jest poszukiwanie partnerów benchmarkingowych, którzy byliby gotowi do jawnej wymiany informacji i przy tym zechcieliby skorzystać z obustronnego procesu uczenia się.

Warto w tym miejscu przywołać wspomnianego wyżej Kowalaka (2009), który podaje szereg zagadnień istotnych do przeanalizowania przed wizytą u, nazywanego przez niego, benchmark-partnera. Cytowany autor wymienia tu m.in. opracowanie zestawu zagadnień związanych z kontaktem z uwzględnieniem wewnętrznych i zewnętrznych źródeł informacji, wysłanie ankiet do partnerów, ich zebranie i analiza (co pozwala wyeliminować tych, którzy nie zamierają współpracować), ustalenie informacji wymienianych z partnerem (ich porównanie z potrzebami ustalonymi w wyniku wcześniejszych analiz), określenie zakresu współpracy i wypracowanie kompromisu, jeżeli partner nie zamierza w pełni współpracować zgodnie z oczekiwaniami z ankiety, i na zakończenie – uzgodnienie z partnerem ostatecznego zestawu informacji (co wymaga wspólnych ustaleń, ale uchroni firmę przed przyszłymi komplikacjami i/lub zerwaniem współpracy).

Zadaniem wyłonionej w przedsiębiorstwie grupy benchmarkingowej w fazie ustalania działań jest zakomunikowanie najwyższemu kierownictwu oraz pracownikom wyników przeprowadzanej analizy i porównań. Zorganizowanie w tym zakresie warsztatów umożliwi na forum zaprezentowanie, przedyskutowanie uzyskanych wyników. Pomoże to również uzyskać zrozumienie całej grupy własnych sił i słabości. Na tej bazie definiowane są rzeczowe, mierzalne działania dla wdrożenia udoskonaleń. Następnie działania te powinny zostać zintegrowane z systematycznymi planami firmy, by osiągnąć założone wcześniej cele projektu.

Ostatnia z wymienionych faz to realizacja, czyli wdrożenie działań jest końcowym krokiem procesu benchmarkingu. Opracowane najlepsze praktyki (wspomniane wyżej „best practices”) powinny nie tylko być łatwe do implementacji w przedsiębiorstwie, lecz również powinny znacznie udoskonalić procesy, metody oraz produkty i usługi przedsiębiorstwa. Dla uchwycenia przewagi konkurencyjnej konieczne jest regularne weryfikowanie, czy wykryte najlepsze praktyki rzeczywiście są ciągle jeszcze najlepsze i jak dalece przedsiębiorstwo udoskonaliło własne wyniki w stosunku do stanu początkowego. Benchmarking utrzymuje w ten sposób proces ciągłego samo odnawiania się i doskonalenia przedsiębiorstwa.

Z kolei wykorzystując koncepcję Kotlera (2002) sam proces benchmarkingu podzielić można na następujące etapy: określenie przedmiotu benchmarkingu, określenie najistotniejszych zmiennych, które będą badane, określenie najlepszych w swojej klasie firm (można wykorzystać analizę SWOT w zakresie szans i zagrożeń), ocenę sprawności funkcjonowania tych firm (można wykorzystać analizę SWOT w zakresie szans i zagrożeń), własnej oceny sprawności funkcjonowania (można wykorzystać analizę SWOT w zakresie mocnych i słabych stron naszego przedsiębiorstwa), określenie programu i działań w celu zniwelowania luki, wdrażanie i monitorowanie rezultatów, i na koniec poszukiwanie nowych benchmarków.

Jak widać z powyżej analizy podejście do procesów tworzących benchmarking jest różne u różnych autorów. Należy jednak zauważyć, że wszystkim przyświeca ta sama idea, tj. poprawa funkcjonowania własnego przedsiębiorstwa/firmy i odpowiedniego zarządzania (Zimniewicz, 2001).

Podjęto próbę przyjrzenia się działalności trzech firm zajmujących się organizacjami konferencji dla środowiska medycznego, a były to firmy: AltaSoft (z siedzibą w Katowicach; www.altasoft.pl), Konfides (z siedzibą w Bielsku-Białej; www.konferencje-organizacja.com.pl) oraz Dom Lekarza Sp. z o.o (z siedzibą w Katowicach; www.domlekarza.pl).

Analizując informacje zawarte na stronach internetowych w/w postarano się odpowiedzieć na kilka poniższych pytań:

- Ile konferencji dla lekarzy firma zrealizowała?
- Gdzie one się odbyły, ile trwały i jaka była ich tematyka?
- Jakie imprezy towarzyszące (prócz odczytów) były w programie konferencji?
- Jaki był standard zakwaterowania (*) i kategoria obiektów noclegowych?
- Jakie wymagania mieli organizatorzy konferencji?

Poniżej zaprezentowano charakterystyki wybranych przedsiębiorstw i skupiono uwagę na ich działalności.

Przedsiębiorstwo Konfides zajmuje się kompleksową organizacją konferencji, sympoziów, szkoleń oraz imprez firmowych. Jak podkreśla firma, organizacja konferencji to wydarzenie wymagające od organizatorów zgrania i dopracowania wielu elementów, wielokrotnych spotkań i negocjacji, ustalenia najdrobniejszych szczegółów tak, aby każde przedsięwzięcie okazało się sukcesem. Konfides jest firmą działającą na terenie całej Polski, organizującą również konferencje poza granicami kraju. Przedsiębiorstwo jest stosunkowo młodą firmą, powstała w 2010 r. Specjalizuje się głównie w organizacji konferencji dla środowiska energetycznego i medycznego. W ramach drugich z wymienionych, firma oferuje kompleksową usługę zapewniając klientowi pełne wsparcie techniczne, poczynając od pomocy w doborze lokalizacji, przygotowaniu materiałów dla uczestników konferencji oraz czuwaniu nad jej przebiegiem. Przedsiębiorstwo posiada rozległe kontakty w świecie medycznym, dzięki którym jest w stanie zaoferować także pomoc w doborze prelegentów mających wystąpić na konferencji. W kwestii lokalizacji konferencji medycznej Konfides oferuje, m.in.: dobór odpowiedniego miejsca konferencji, rezerwację sal oraz nadzór nad ich przygotowaniem. W jej gestii leży także pełna organizacja sekretariatu konferencji, tj.: rejestracja uczestników, wykładowców i wystawców, obsługa płatności i wystawianie faktur, pełna informacja i obsługa na miejscu konferencji oraz przygotowanie i dystrybucja materiałów informacyjnych. Ponadto firma zapewnia przygotowanie materiałów konferencyjnych i szkoleniowych, materiałów dydaktycznych, identyfikatorów, zaproszeń czy certyfikatów i świadectw uczestnictwa (o spójnej oprawie graficznej). Poza organizacją zakwaterowania i wyżywienia (catering), Konfides zajmuje się także wszystkimi kwestiami związanymi z transportem, m.in. przewozem uczestników konferencji (w tym VIP) i materiałów konferencyjnych. Obsługa techniczna konferencji obejmuje kompleksową obsługę sal, obsługę audiowizualną, przygotowanie parkingów, nadzór nad szatniami i toaletami oraz oznakowanie miejsca konferencji. Co ważne, firma oferuje również imprezy towarzyszące konferencji, takie jak: programy rozrywkowe, imprezy integracyjne oraz organizację czasu osób towarzyszących.

Kolejna firma to Dom Lekarza Sp. z o.o. Spółka ma swoją siedzibę w budynku Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach. Jako Centrum Konferencyjne funkcjonuje na rynku od 1992 r., natomiast od 2002 r. prowadzi własną restaurację. Dom Lekarza posiada duże doświadczenie w organizacji i obsłudze sympozjów, zjazdów szkoleniowych, kursów, konferencji, szkoleń (w tym punktów edukacyjnych dla lekarzy) oraz różnego rodzaju innych imprez okolicznościowych. Dom Lekarza jest także organizatorem międzynarodowych sympozjów medycznych wymagających obsługi symultanicznej, gdzie firmy medyczne i farmaceutyczne prezentują swoje najnowsze osiągnięcia, a towarzystwa lekarskie spotykają się na zebraniach naukowych. Dom Lekarza działa w oparciu o własną bazę lokalową, własne zaplecze gastronomiczne i techniczne. Kompleksowa organizacja sympozjów, szkoleń, zjazdów, kursów jest nieco bardziej uboga niż w przypadku wyżej opisanej firmy Konfides, i obejmuje: wynajem sal konferencyjnych, druk materiałów informacyjnych i zaproszeń, rejestrację fotograficzną i dźwiękową, rezerwację miejsc noclegowych oraz biletów lotniczych i kolejowych. Przedsiębiorstwo Dom Lekarza specjalizuje się w kompleksowej organizacji konferencji, zjazdów, sympozjów, szkoleń, wystaw, targów, imprez turystycznych, imprez szkoleniowo-motywacyjnych dla środowiska medycznego.

Ostatnie z wymienionych przedsiębiorstw to **AltaSoft**. Firma powstała w 1991 r., początkowo jako instytucja świadcząca usługi softwarowe i outsourcingowe na rzecz polskich i zagranicznych klientów. Z upływem czasu wzbogaciła profil swojej działalności o organizację i kompleksową obsługę międzynarodowych kongresów, konferencji, zjazdów i szkoleń. Nie zrezygnowała jednak z pierwotnej działalności i po dziś dzień świadczy usługi jako software house. Ponadto AltaSoft sprzedaje i rozwija także własne oprogramowanie (UPSA, AVEM i inne), które w głównej mierze wspomaga wprowadzanie i analizę wyników różnorodnych testów, ankiet i egzaminów (w tym pokonferencyjnych, co opisano szerzej w kolejnym rozdziale niniejszego opracowania). AltaSoft podkreśla, że jako organizator przedsięwzięć, jest w stanie zrealizować branżową imprezę na terenie całej Europy i nie tylko. Misją firmy AltaSoft jest „(...) uzyskanie maksymalnej satysfakcji klienta przez dostarczenie usług o wysokiej jakości. Chcemy to uzyskać zarówno poprzez budowanie zespołów o wysokich kwalifikacjach jak i poprzez tworzenie jak najlepszych relacji z klientem. Tworzymy zgrany zespół otwarty na nowe wyzwania.” AltaSoft zajmuje się kompleksowym planowaniem, aranżacją, realizacją i profesjonalną obsługą kongresów i konferencji, wyjazdów motywacyjnych i szkoleniowych, wyjazdów integracyjnych oraz bankietów, imprez plenerowych czy biesiad.

Organizacją konferencji, kongresów i innych tego typu przedsięwzięć AltaSoft zajmuje się od 2002 r. Firma organizowała zarówno imprezy szkoleniowe dla kilkunastu osób, konferencje zagraniczne dla kilkuset uczestników, jak również kongresy dla ponad tysiąca lekarzy. Do zadań firmy należała kompleksowa obsługa wszystkich niemerytorycznych części imprezy – od obsługi aktywności przedkonferencyjnych (obsługa korespondencji, przygotowanie materiałów konferencyjnych, obsługa rejestracji gości, firm itp.) przez pełną obsługę logistyczną i informatyczną samej konferencji, po aktywności poza- i po- konferencyjne (organizacja imprez dodatkowych, przygotowanie materiałów pokonferencyjnych, analiza różnorodnych aktywności konferencyjnych, opracowanie wyników ankiet itp.). W ofercie konferencyjnej przedsiębiorstwa znaleźć można standardowy pakiet usług realizowany podczas konferencji, który obejmuje m.in.: organizację biura konferencji, prowadzenie korespondencji z uczestnikami i przedstawicielami firm, stworzenie i utrzymanie

strony internetowej konferencji pozwalającej także na dokonywanie rejestracji "on-line", koordynację programu i budżetu, organizację techniczną konferencji rozumianą jako wynajem i przygotowanie techniczne sal, jak również jako wsparcie określonego personelu technicznego zajmującego się obsługą i konserwacją niezbędnych urządzeń, organizację i obsługę recepcji, organizację wystaw, przygotowanie materiałów konferencyjnych i pokonferencyjnych, zakwaterowanie uczestników w hotelach, pensjonatach, pokojach gościnnych, transfery samochodami osobowymi, mikrobusami oraz autokarami, catering, wynajem sal na oficjalne spotkania i program towarzyszący, organizację imprez towarzyszących: koncertów, przedstawień artystycznych, biesiad, obsługę głosowań, przeprowadzenie i analizę testów wiedzy lub ankiet określających stopień zadowolenia uczestników ze szkolenia. Warto zauważyć, że ostatnia z wymienionych usług odróżnia AltaSoft od dwóch opisanych wyżej przedsiębiorstw.

Ponadto, jak zapewnia AltaSoft, o jej wyjątkowości decydują takie czynniki jak:

- Pracownicy o wysokich kompetencjach komunikacyjnych w języku polskim oraz językach obcych;
- Bardzo dobre relacje z partnerami umożliwiające negocjowanie korzystnych warunków;
- Oferta opieki nad klientem 24 godziny na dobę;
- Specjalistyczne oprogramowanie zapewniające automatyczną rejestrację uczestników, monitorowanie konferencji oraz analizę wyników testów, egzaminów, ankiet itp.

O doświadczeniu firmy w organizacji konferencji medycznych świadczy poniższa lista imprez dotychczas zorganizowanych:

- 7th Central European Oncology Congress - organizacja uczestnictwa dla grupy lekarzy (Opatija w Chorwacji, 11-15 czerwiec 2011);
- IV Konferencja Szkoleniowa PTA (Wisła, 13-16 kwiecień 2011; ponad 1300 osób);
- Organizacja uczestnictwa grupy lekarzy w konferencji poświęconej nowotworom piersi (San Antonio, 7-12 grudzień 2010);
- Organizacja wyjazdu grupy lekarzy na największą w Europie konferencję poświęconą nowotworom (Mediolan, październik 2010);
- II Kliniczne Forum Ekspertów PTA w ramach programu POLASTMA (Ossa, wrzesień 2010; ponad 400 osób);
- XLIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi, IV Zjazd Polskiego Towarzystwa Chirurgów Podstawy Czaszki (Warszawa, czerwiec 2010; ok. 1300 osób);
- III Konferencja Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Alergologicznego (Wisła, kwiecień 2010; ok. 1100 osób);
- Organizacja uczestnictwa grupy lekarzy w największej w Europie konferencji dotyczącej nowotworu piersi EBCC7 (Barcelona, marzec 2010; 12 osób);

- Organizacja szkolenia handlowego dla firmy Oracle Polska (Ustroń, styczeń 2010; 30 osób);
- Organizacja uczestnictwa grupy lekarzy w Światowym Kongresie poświęconemu nowotworom piersi (San Antonio w Stanach Zjednoczonych, grudzień 2009; 12 osób);
- X Międzynarodowy Kongres PTA organizacja bazy noclegowej dla uczestników kongresu (Bydgoszcz, październik 2009; ok. 1000 osób)
- I Kliniczne Forum Ekspertów w ramach Narodowego Programu Wczesnej Diagnostyki i Leczenia Astmy (Wisła, marzec 2009; ok. 1200 osób);
- Organizacja uczestnictwa grupy lekarzy w Konferencji Onkologicznej (Sankt Gallen w Szwajcarii, marzec 2009; 14 osób);
- Organizacja szkolenia dla firmy ABG (Zakopane, luty 2009; ok. 20 osób);
- Organizacja szkolenia dla firmy ABG (Ustroń, grudzień 2008; ok. 40 osób);
- Organizacja wyjazdu szkoleniowego dla firmy Konsalnet (Wiedeń, wrzesień 2008; ok. 40 osób);
- II Konferencja Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Alergologicznego (Wisła, kwiecień 2008; ok. 1300 osób);
- I Konferencja Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Alergologicznego (Wisła, kwiecień 2007; ok. 1400 osób);
- IX Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Alergologicznego (Wisła, maj 2006; ok. 1800 osób);
- Ogólnopolska Konferencja Immunoterapia 2004 (Szczyrk, kwiecień 2004; ok. 750 osób);
- Wewnętrzna konferencja szkoleniowa firmy Nexter-Allergopharma (Wiedeń, listopad 2003);
- Organizacja wyjazdu grupy lekarzy na Konferencję ERS 2003 (Wiedeń, wrzesień 2003; ok. 30 osób);
- Szkolenie dla lekarzy alergologów na zlecenie firmy AstraZeneca (Szczyrk, czerwiec 2003; ok. 130 osób);
- Szkolenie dla lekarzy POZ na zlecenie firmy AstraZeneca (Ustroń, październik 2002; ok. 170 osób);
- Impreza szkoleniowo-integracyjna dla firmy ComputerLand (Wiedeń, wrzesień 2002; ok. 20 osób);
- Wewnętrzna konferencja szkoleniowa firmy AstraZeneca (Wiedeń, sierpień 2002; ok. 200 osób).

Aktualnie AltaSoft przygotowuje trzy konferencje, tj.: XIV Sympozjum Onkologia w Otorinolaryngologii i I Forum Laryngologiczne Medycyny Rodzinnej (Warszawa, 22-24 września 2011), I Krajowy Zjazd Szkoleniowy Polskiego Towarzystwa Otorinolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi (Warszawa, 17-19 listopada 2011) oraz III Kliniczne Forum Ekspertów Polskiego Towarzystwa Alergologicznego (Wisła, kwiecień 2012).

Zgodnie z przyjętym schematem postępowania benchmarkingowego, opisanym w rozdziale benchmarking metodologia niniejszego opracowania, tj.:

Cele => Wewnętrzna analiza => Porównanie => Działania => Realizacja

zaproponowano wykorzystanie doświadczenia firmy AltaSoft w przygotowaniu oferty turystycznej dla środowiska lekarskiego lub przynajmniej niektórych jej elementów, co stanowi zasadniczy cel benchmarkingu w pracy. Należy tu wskazać głównie na kierunki (przestrzeń) i miejsca konferencji oraz organizację czasu wolnego podczas konferencji.

Wewnętrzna analiza obejmuje przygotowanie listy pytań, które zaprezentowano już na początku niniejszego podrozdziału.

Kolejna faza benchmarkingu to faza porównań, gdzie dokonuje się wyboru przedsiębiorstw, czyli tzw. benchmarków. Spośród opisanych wyżej firm, Konfides, Dom Lekarza i AltaSoft, wybrano ostatnią z nich. Faza porównań charakteryzuje się ponadto: kontaktem z przedsiębiorstwem i zgromadzeniem jego danych, przeprowadzeniem porównania, oceną uzyskanych wyników oraz określeniem przyczyn ustalonych różnic. Ze względu na brak uzyskania odpowiedzi na pytania, o czym już pisano, skupiono się na informacjach zawartych na www.altasoft.pl, gdzie skorzystano z wyników ankiet oceniających organizację konferencji medycznych przez tę firmę. Warto nadmienić, że potwierdziło się stwierdzenie Czyż – Gwiazdy odnośnie szczególnej trudności fazy porównań, tj. poszukiwania partnerów benchmarkingowych, którzy byliby gotowi do jawnej wymiany informacji, co nie dziwi autora niniejszego opracowania.

Wybrane składowe wyjazdu turystycznego (przedstawione w poniższej tabeli) porównano z cechami charakteryzującymi konferencje medyczne zorganizowane dotychczas przez firmę AltaSoft (Tab. 5.).

Tabela 5. Charakterystyka głównych składowych konferencji medycznych organizowanych przez AltaSoft.

Składowe wyjazdu turystycznego	Cechy charakteryzujące konferencje medyczne
Przestrzeń	Popularne miejscowości turystyczne w kraju: Wisła, Zakopane, Ustroń, Szczyrk; Duże miasta w kraju: Bydgoszcz, Warszawa; Miasta zagranicą: Opatija, Mediolan, San Antonio, Ossa, Barcelona, Sankt Gallen, Wiedeń.
Cele	Branżowe odczyty, wykłady, imprezy plenerowe i wyjazdy towarzyszące.
Organizacja	Kompleksowa organizacja po stronie AltaSoft, po uprzednim indywidualnym uzgodnieniu z zainteresowanymi lekarzami.
Sezonowość	Konferencje odbywają się w ciągu całego roku. Najpopularniejsze miesiące: czerwiec, wrzesień, październik. Najmniej popularne miesiące: styczeń, lipiec, sierpień i grudzień.
Dodatkowe formy aktywności	Imprezy plenerowe, imprezy towarzyszące, imprezy (programy) artystyczne (brak szczegółowych danych).
Koszty	Brak informacji o kosztach.
Inne	Dominujące specjalizacje: alergologia, chirurgia, onkologia, pulmonologia. Ankieta badająca ogólny poziom satysfakcji uczestników z organizacji konferencji.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie www.altasoft.pl.

Jak pokazuje powyższa tabela mimo, iż nie udało się zebrać wszystkich informacji (m.in. kosztów i dokładnej charakterystyki imprez towarzyszących konferencjom medycznym), to ustalono jednak kierunki – konkretne miejsca odbywania się konferencji medycznych oraz ich sezonowość (miesiące w roku). Sprecyzowano też grupy zawodowe lekarzy (specjalizacje), dla których analizowane przedsiębiorstwo organizowało konferencje.

W odniesieniu do głównego problemu badania, tj. sposobów wykorzystania wyżej opisanych informacji, należy zaryzykować stwierdzenie, że proponowane środowisku lekarskiemu wyjazdy turystyczne powinny obejmować kierunki, które nie pokrywają się z miejscami odbywania się konferencji i nie powinny być realizowane w miesiącach, takich jak: czerwiec, wrzesień, październik.

Dwa ostatnie etapy procesu benchmarkingowego, tj. fazy działania i realizacji opisano w dwóch poprzednich podrozdziałach dotyczących komercjalizacji. A ostateczny produkt zdefiniowano w postaci rekomendacji w ostatnim rozdziale raportu.

3.8. Zakończenie

W rozdziale kończącym niniejszy raport z badania przedstawiono analizę SWOT dla komercjalizacji katalogu rekomendacji oraz przedstawiono rekomendacje strategiczne i operacyjne. Raport kończy krótkie podsumowanie.

3.8.1. Analiza SWOT

W podrozdziale przedstawiono analizę SWOT dla podjętego badania. Przedstawiono mocne i słabe strony przedsięwzięcia (czyli czynniki wewnętrzne) oraz szanse i zagrożenia (czynniki zewnętrzne) mogące się pojawić w procesie komercjalizacji katalogu rekomendacji.

Tabela 6. Analiza SWOT dla komercjalizacji wyników badania (rekomendacji).

MOCNE STRONY	SŁABE STRONY
<ul style="list-style-type: none">● Rekomendacje wypracowano na podstawie rzetelnej, statystycznej analizy materiału źródłowego;● Badanie ilościowe zostało uzupełnione przez badania jakościowe (wywiady z przedstawicielami branży turystycznej);● Rekomendacje wypracowane przez osobę z odpowiednimi kompetencjami w zakresie turystyki i metodologii prowadzenia badań społecznych;● Wyniki badań skonfrontowano z badaniami prowadzonymi przez instytut turystyki na ogólnopolskich próbach reprezentatywnych;● Rekomendacje dają precyzyjne wskazówki do pozyskania przez podmioty branży turystycznej klientów o względnie wysokich wskaźnikach ekonomicznych (przychodach i wydatkach).	<ul style="list-style-type: none">● Rekomendacje wypracowano na podstawie badań na stosunkowo nielicznej próbie niereprezentatywnej łódzkiego środowiska lekarskiego;● Badania dotyczą wyłącznie jednej (choć najbardziej licznej) specjalizacji lekarskiej.

SZANSE

- Brak rekomendacji dotyczących grupy zawodowej lekarzy na rynku;
- Możliwość wykorzystania metodologii badania do wypracowania rekomendacji dotyczących innych grup zawodowych;
- Szeroki wachlarz potencjalnych odbiorców;
- Duży potencjał rynku turystycznego (szeroko rozumianego);
- Względnie niski koszt realizacji badań;
- Zainteresowanie rekomendacjami ze strony przedstawicieli branży turystycznej.

ZAGROŻENIA

- Na rynku funkcjonuje szeroka oferta (konkurencyjna) ze strony ośrodków badania opinii publicznej i badania preferencji konsumenckich (w tym dla usług turystycznych).

Źródło: Opracowanie własne

3.8.2. Rekomendacje strategiczne i operacyjne

Na podstawie przeprowadzonych badań i analizy ich wyników wypracowano rekomendacje, które zaprezentowano w poniższej tabeli. Są to dwie rekomendacje operacyjne na poziomie podmiotów gospodarczych (touperatorów i biur podróży oraz podmiotów zajmujących się organizacją konferencji medycznych) oraz jedną rekomendację strategiczną dla Urzędu Marszałkowskiego w Łodzi, Departamentu, Kultury Fizycznej, Sportu i Turystyki i Regionalnej Organizacji Turystycznej Województwa Łódzkiego.

Tabela 7. Rekomendacje strategiczne i operacyjne.

L. p.	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji
Rekomendacje strategiczne na poziomie regionu			
1.	<p>Niewystarczająco wykorzystana szansa: niedostatecznie atrakcyjna dla badanej grupy oferta w zakresie spędzania urlopów krótkich i weekendowych na terenie województwa łódzkiego.</p> <p>Problem: badani lekarze wybierają inne niż łódzki kierunek spędzania urlopów krótkich i weekendowych.</p>	<p>Należy promować region łódzki, jako obszar o potencjale i atrakcyjnej ofercie turystycznej w zakresie spędzania urlopów krótkich i weekendowych oraz jako obszar konkurencyjny względem innych regionów (szczególnie województw sąsiadujących).</p>	<p>Urząd Marszałkowski w Łodzi, Departament Kultury Fizycznej, Sportu i Turystyki, Regionalna Organizacja Turystyczna Województwa Łódzkiego.</p>
2.	<p>Niewystarczająco wykorzystana szansa: badana grupa wykazuje zainteresowanie aktywnymi formami spędzania krótkich urlopów.</p>	<p>Należy wyjść z ofertą turystyki aktywnej w regionie łódzkim, który ma potencjał do rozwoju takich form turystyki jak: konna, kajakowa czy rowerowa. Działania winnie mieć na celu wykreowanie wizerunku regionu łódzkiego przyjaznego aktywnym formom wypoczynku.</p>	

<p>3. Niewystarczająco wykorzystana szansa: badana grupa wydatkuje znacznie wyższe, niż przeciętne, sumy na spędzanie czasu wolnego - wydatki na turystykę w regionie to wymierne korzyści ekonomiczne dla lokalnych przedsiębiorców.</p>	<p>Równoległe z działaniami promocyjnymi skierowanymi do przedstawicieli badanej grupy należy podjąć działania promocyjne regionu jako obszaru atrakcyjnego dla przedstawicieli branży medycznej spoza województwa łódzkiego.</p>	<p>Urząd Marszałkowski w Łodzi, Departament Kultury Fizycznej, Sportu i Turystyki,</p>
<p>4. Niewystarczająco wykorzystana szansa: region łódzki nie jest obszarem koncentrującym krajowe i międzynarodowe konferencje medyczne.</p>	<p>Promocja regionu łódzkiego w środowisku lekarskim powinna zawierać promocję potencjału konferencyjnego Łodzi i możliwości organizacji takich wydarzeń w innych miejscowościach województwa, ze szczególnym uwzględnieniem potencjału do organizacji tzw. imprez około konferencyjnych. Promocja w tym zakresie powinna skupiać się głównie na prezentacji zaplecza konferencyjnego (w tym centrów konferencyjnych i bazy noclegowej) oraz korzystnego położenia komunikacyjnego.</p>	<p>Regionalna Organizacja Turystyczna Województwa Łódzkiego</p>
<p>Rekomendacje strategiczne na poziomie regionu</p>		
<p>1. Problem: w zakresie spędzania urlopów wypoczynkowych w kraju dominuje w badanej grupie własna organizacja wyjazdu.</p>	<p>W ofercie kierowanej do badanej grupy powinny znaleźć się propozycje krajowych wyjazdów urlopowych częściowo lub kompleksowo organizowanych przez biuro podróży.</p>	
<p>2. Problem: wśród kierunków wyjazdów krajowych dominują popularne miejscowości turystyczne.</p>	<p>Produkty turystyczne w postaci krajowych wyjazdów urlopowych powinny dotyczyć znanych polskich kurortów turystycznych, jak: Jurata, Zakopane czy Międzyzdroje i uwzględnić wysoki standard proponowanych usług noclegowych i gastronomicznych.</p>	<p>Łódzcy touroperatorzy i biura podróży</p>
<p>3. Niewystarczająco wykorzystana szansa: badana grupa wykazuje zainteresowanie względnie dalekimi (egzotycznymi) kierunkami wyjazdów zagranicznych.</p>	<p>Produkty turystyczne w postaci zagranicznych wyjazdów urlopowych powinny dotyczyć „dalekich destynacji”, głównie krajów Azji Południowo-Wschodniej, Afryki i Ameryki Południowej.</p>	

<p>4. Niewystarczająco wykorzystana szansa: model wypoczynku urlopowego w badanej grupie nie odbiega od krajowych trendów, ale utrzymuje się tu stałe i wysokie zainteresowanie wyjazdami do takich krajów jak: Włochy, Austria i Francja.</p>	<p>W katalogach turystycznych biur podróży kierowanych do przedstawicieli badanej grupy zawodowej powinna znaleźć się rozbudowana oferta wyjazdów do takich krajów jak: Włochy, Austria i Francja uwzględniająca turystykę krajoznawczą (głównie miejską) i turystykę specjalistyczną (w sezonie zimowym). Produkty turystyczne w postaci wyjazdów zagranicznych w formie turystyki wypoczynkowej (3S) powinny obejmować kraje wpisujące się w krajowe trendy turystyczne.</p>	<p>Łódzcy touroperatorzy i biura podróży</p>
<p>Problem: badani lekarze nie spędzają zimowych urlopów wypoczynkowych w kraju.</p> <p>5. Niewystarczająco wykorzystana szansa: brak atrakcyjnej dla badanej grupy oferty krajowych wyjazdów w sezonie zimowym.</p>	<p>W ofercie turystycznej biur podróży powinny znaleźć się atrakcyjne propozycje spędzenia zimowych urlopów wypoczynkowych w kraju, jako produktów konkurencyjnych dla kierunków zagranicznych (głównie alpejskich).</p>	
<p>6. Niewystarczająco wykorzystana szansa: badani lekarze podejmują urlopy wypoczynkowe (poza miesiącami letnimi) także w okresie Świąt Bożego Narodzenia i Wielkanocy.</p>	<p>Poza typowymi produktami turystycznymi dla sezonu zimowego (i wiosennego) biura podróży powinny opracować szeroki wachlarz możliwości wyjazdów w okresach świątecznych (względnie długich weekendach) częściowo lub kompleksowo organizowanych przez biuro podróży.</p>	
<p>7. Niewystarczająco wykorzystana szansa: badana grupa zawodowa wydatkuje na wyjazdy urlopowe średnio wyższe kwoty niż „statystyczny” Polak i stanowi ważną grupę klientów z punktu widzenia przedsiębiorstw turystycznych.</p>	<p>By pozyskać klientów o znacznych zasobach ekonomicznych przedsiębiorcy turystyczni powinni reklamować swoją ofertę turystyczną za pośrednictwem medycznych czasopism branżowych, m.in. wydawanych przez Okręgową Izbę Lekarską oraz informatorów dla lekarzy. Celem pozyskania i utrzymania długofalowego kontaktu z klientem sugeruje się (szczególnie w małych podmiotach) wprowadzenie odpowiednich programów lojalnościowych.</p>	

Problem:

8. badane środowisko nie preferuje spędzania urlopów w swoim środowisku zawodowym (np. wyjazdów urlopowych z innymi lekarzami) oraz wykazuje niewielkie zainteresowanie wyjazdami skierowanymi wyłącznie do lekarzy.

W ofertach biur podróży nie powinny znajdować się produkty turystyczne reklamowane jako skierowane wyłącznie dla tej grupy zawodowej, ponieważ przyniesie to odwrotny niż zamierzony skutek.

9. **Niewystarczająco wykorzystana szansa:** badaną grupę charakteryzuje udział w konferencjach medycznych.

Podmioty organizujące konferencje medyczne powinny w swojej ofercie uwzględnić preferencje środowiska lekarskiego, m.in. organizację w/w w popularnych miejscowościach turystycznych lub w obszarze dużych miast, w miesiącach: czerwiec, wrzesień, październik (pozostałe okresy to tzw. „martwy sezon”). Najbardziej „aktywnymi” pod względem konferencyjnym są lekarze o specjalizacjach: alergologia, chirurgia, onkologia i pulmonologia.

podmioty organizujące konferencje medyczne

Źródło: Opracowanie własne

3.8.3. Podsumowanie

Podsumowując zaprezentowane wyżej rozważania należy stwierdzić, że osiągnięto zdefiniowane na wstępie raportu cele badania. Przedstawiono charakterystykę zachowań realizowanych przez łódzkie środowisko lekarskie w urlopowym czasie wolnym oraz wskazano na podobieństwa i różnice w cechach przestrzennych krajowych trendów turystycznych w latach 1998 – 2010 i modeli wypoczynku urlopowego badanej grupy w latach 2005 – 2010. Odpowiadając dodatkowo na pytania szczegółowe wypracowano rekomendacje strategiczne na poziomie regionalnym oraz rekomendacje operacyjne na poziomie podmiotów gospodarczych.

3.9. Literatura

1. Bachvarov M., Liszewski S., 1996, Istota i właściwości przestrzeni rekreacyjno - turystycznej, Turyzm 8, z. 1, s. 39 - 67;
2. Bombol M., 2008, Czas wolny, jako kategoria diagnostyczna procesów rozwoju społeczno gospodarczego, Wyd. SGH, Warszawa, s. 11 - 34;
3. Brandt S., Szymanowski L., 2002, Analiza danych – metody statystyczne i obliczeniowe, Wyd. PWN, Warszawa;

21. Krawczyk Z., 2006, Współczesne trendy w rozwoju turystyki [w:] J. Kosiewicz, K. Obodyński (red.), Turystyka i rekreacja. Wymiary teoretyczne i praktyczne, Wyd. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów;
22. Latosińska J., 1998, Przestrzeń urlopowo – wakacyjna pracowników wyższych uczelni Łodzi, Wyd. ŁTN, Łódź;
23. Łoboda M., 1990, Czynniki stresogenne w organizacji [w:] A. Biela (red.), Stres w pracy zawodowej. Wybrane zagadnienia, Wyd. KUL, Lublin, s. 67–94;
24. Lutyński J., 2004, Metody badań społecznych. Wybrane zagadnienia, Wyd. ŁTN, Łódź, s. 77–109;
25. Matczak A., 1992, Model badań ruchu turystycznego. Studium metodologiczne, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź;
26. Podemski K., 2005, Socjologia podróży, Wyd. Wydawnictwo UAM, Poznań;
27. Przecławski K., 2004, Człowiek a turystyka. Zarys socjologii turystyki, Wyd. Albis, Warszawa;
28. Przecławski K., 2010, Człowiek w czasie i przestrzeni, Wyd. Albis, Warszawa;
29. Rotkiewicz M., 2008, Urlopy wypoczynkowe w różnych systemach czasu pracy, Wyd. Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr, Gdańsk;
30. Sarapata A. (red.), 1965, Socjologia zawodów, Wyd. Książka i Wiedza, Warszawa;
31. Steczkowski J., 1996, Metoda reprezentacyjna w badaniu zjawisk ekonomiczno – społecznych, Wyd. PWN, Warszawa;
32. Sułkowski B., 1998, Czas wolny [hasło] w: Encyklopedia socjologii, t. 1, Wyd. Oficyna Naukowa, Warszawa;
33. Sztumski J., 1981, Socjologia pracy w zarysie, Wyd. Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa;
34. Sztumski J., 2003, Elity, ich miejsce i rola w społeczeństwie, Wyd. Śląsk, Katowice Warszawa, s. 9–45;
35. Terelak F. (red.), 2007, Stres zawodowy. Charakterystyka psychologiczna wybranych zawodów stresowych, Wyd. UKSW, Warszawa;
36. Węgrzyn A., 2000, Benchmarking, Wyd. Antykwa, Kluczbork;
37. Wieczorkowska G., Wierzbicki J., 2005, Badania sondażowe i eksperymentalne. Wybrane zagadnienia, Wyd. Dom Wydawniczy ELIPSA, Warszawa, s. 16–18, 110–131;
38. Więckowska E., 2004, Lekarze jako grupa zawodowa w II Rzeczypospolitej, Wyd. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław;
39. Wnuk - Lipiński E., 1972, Praca i wypoczynek w budżecie czasu, Wyd. Ossolineum, Wrocław, s. 56;

4. Ciborski P., 2011, Kodeks pracy 2011 z omówieniem zmian, Wyd. Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr, Gdańsk;
5. Cieloch G., Kuczyński J., Rogoziński K., 1992, Czas wolny czasem konsumpcji, Wyd. PWE, Warszawa, s. 22 – 24;
6. Czyż-Gwiazda E., 2006, Benchmarking, Benchmark Index czyli jak porównywać się z najlepszymi?, Wyd. Centrum Benchmarkingu Polska - TÜV NORD Polska Sp. z o.o., Katowice;
7. Dobrowolski W., 2008, Analiza zmian kształtujących trendy w międzynarodowym ruchu turystycznym [w:] W. Siwiński W., R.D. Tauber, E. Mucha – Szajek, Współczesne tendencje w rekreacji i turystyce, Wyd. Wyższa Szkoła Hotelarstwa i Gastronomii w Poznaniu, Poznań;
8. Domański H., 1995, Dlaczego zawód? Problemy pomiaru położenia społecznego w badaniach socjologicznych, ASK. Społeczeństwo. Badania. Metody, nr 1;
9. Domański H., 2004, Struktura społeczna, Wyd. SCHOLAR, Warszawa;
10. Domański H., 2007, Mechanizmy stratyfikacji i hierarchie społeczne [w:] M. Marody (red.), Wymiary życia społecznego. Polska na przełomie XX i XXI wieku, Wyd. SCHOLAR, Warszawa;
11. Dziegieć E., Liszewski S., 1985, Wyjazdy urlopowo – wakacyjne mieszkańców Łodzi, Acta Universitatis Lodziensis, Turyzm 1, s. 5 – 26;
12. Gajek L., Kałuszka M., 2000, Wnioskowanie statystyczne – modele i metody, Wyd. Naukowo – Techniczne, Warszawa;
13. Górniak J., Wachnicki J., 2008, Pierwsze kroki w analizie danych. SPSS for Windows, Wyd. SPSS Polska, Kraków;
14. Guz M., 2012, Wielkość i kierunki zagranicznych wyjazdów turystycznych Polaków w latach 1998-2010. Analiza trendu [w:] K. Fortuniak, J. Jędruszkiewicz, M. Zieliński (red.), Przestrzeń w badaniach geograficznych, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź;
15. Iwasiewicz A., Paszek Z., 2004, Statystyka z elementami statystycznych metod monitorowania procesów, Wyd. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków;
16. Jażdżewska I., 2003, Statystyka dla geografów, Wyd. UŁ, Łódź;
17. Kornak A. S. (red.), 1996, Zarządzanie turystyką, Wyd. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa;
18. Kotler P., 2002, Marketing – podręcznik europejski, Wyd. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa;
19. Kowalak R., 2009, Benchmarking jako metoda zarządzania wspomagająca controlling przedsiębiorstwa, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław;
20. Kowalczyk – Anioł J., 2007, Rozwój przestrzeni urlopowo - wakacyjnej rodzin studentów Uniwersytetu Łódzkiego, Wyd. ŁTN, Łódź;

40. Zimniewicz K., 2001, Podstawy zarządzania, Wyd. Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości w Poznaniu, Poznań;

41. Strony internetowe:

- www.altasoft.pl;
- www.domlekarza.pl;
- www.intur.com.pl;
- www.dziennikturystyczny.pl;
- www.konferencje-organizacja.com.pl;
- www.turyzm.edu.pl.

