



**МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. М. В. ЛОМОНОСОВА**

ГЕОГРАФИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

На правах рукописи
УДК 911.3.:379.85(4)

Набедрик Валентина Аркадьевна

**ГЕОГРАФИЯ ЛЕЧЕБНОГО ТУРИЗМА В ЕВРОПЕ:
МОДЕЛИ РАЗВИТИЯ И ТРАНСФОРМАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ**

Специальность 25.00.24 - Экономическая, социальная
и политическая география

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата географических наук

Москва 2005

Работа выполнена на кафедре географии мирового хозяйства
географического факультета
Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова

Научный руководитель:

доктор географических наук, профессор А.Ю. Александрова

Официальные оппоненты:

доктор географических наук, профессор Л.М. Корытный
кандидат географических наук Т.Т. Христов

Ведущая организация:

Российский научно-исследовательский институт культурного и
природного наследия имени Д.С. Лихачева

Защита диссертации состоится 31 марта 2005 г. в 15 час. на заседании диссертационного совета по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора географических наук Д 501.001.36 в Московском государственном университете им. М.В. Ломоносова по адресу: 119992 Москва, ГСП-2, Ленинские горы, МГУ, географический факультет, 18-й этаж, ауд.1806.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке географического факультета МГУ на 21 этаже.

Автореферат разослан 28 февраля 2005 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат географических наук,
старший научный сотрудник



С.П. Москальков

Общая характеристика работы

Актуальность темы исследования. Ускорение научно-технического прогресса и связанных с ним процессов урбанизации, индустриализации, автоматизации производства имело не только позитивные, но и негативные последствия для жизни людей. Произошло снижение функциональных возможностей человеческого организма, проявляющееся в ухудшении деятельности важнейших систем его жизнеобеспечения. Отмечаются рост заболеваемости населения, возникновение новых, более опасных заболеваний, увеличиваются стрессовые нагрузки, в организме человека накапливается физическая и умственная усталость.

Одновременно в цивилизованном обществе растет осознание значимости здорового образа жизни. Забота о здоровье, повышение жизненной активности стали неотъемлемой частью современной системы ценностей, вошло в моду гармоничное развитие личности. Повсеместно растет число людей, стремящихся поддерживать хорошую физическую форму наряду с духовным обогащением. Это подкрепляется экономической заинтересованностью работодателей, которым требуется физически здоровая рабочая сила. Тем самым сложились предпосылки для ускоренного развития лечебного туризма в мире.

По оценкам Всемирной туристской организации, лечение и оздоровление относятся к числу важнейших туристских мотиваций. За последние 15 лет количество поездок на лечение увеличилось в мире на 10%. Лечебный туризм приобретает глобальные масштабы. Его потоки охватили все континенты. Складывается мировой рынок лечебного туризма с характерными для него институтами, продуктом, производственным циклом, методами организации и производства лечебно-туристских услуг.

В последнее время лечебный туризм стал объектом пристального внимания международных организаций. На состоявшемся в 1999 г. в Испании Международном конгрессе по лечебно-оздоровительному туризму отмечалась важность развития этого вида туризма для современного общества и подчеркивалась необходимость проведения ширококомасштабных исследований рынка отдыха и лечения, разработки и внедрения стандартов курортного обслуживания.

Крупнейшим регионом мира по лечебному туризму является Европа. Здесь возникли первые курорты, зародилось курортное дело, сформировались модели развития лечебного туризма, ставшие основой функционирования оздоровительных курортов

по всему миру. В настоящее время на европейском рынке лечебного туризма протекают трансформационные процессы, складываются новые тенденции. Их изучение крайне важно для повышения конкурентоспособности отечественных курортных комплексов и выхода российского лечебного туризма на мировой уровень.

Объектом исследования являются отраслевая и территориальная структуры лечебного туризма в Европе - старейшем и наиболее развитом курортном регионе мира. Территориальная организация лечебного туризма рассматривается на различных географических уровнях - региональном, страновом (государственном) и локального масштаба.

Предметом исследования являются территориальные различия развития лечебного туризма в Европе.

Цель работы заключается в выявлении основных экономико-географических тенденций развития лечебного туризма в Европе на основе анализа региональных моделей его территориальной организации и определение путей модернизации курортных комплексов России с учетом зарубежного опыта.

Достижение поставленной цели потребовало решения ряда взаимосвязанных задач в следующей логической последовательности:

- уточнить понятийный аппарат исследования, дать определение лечебного туризма и курортного комплекса, показать их место в терминологическом ряду рекреационной географии и географии туризма;
- выявить отраслевую структуру лечебного туризма и раскрыть его особенности как сегмента мирового рынка туризма;
- разработать теоретический подход к исследованию современной территориальной структуры лечебного туризма на основе представления курортного комплекса (КК) как разновидности территориальной рекреационной системы;
- проанализировать стадийное развитие КК;
- изучить региональные модели развития КК и лечебного туризма в Европе;
- дать экономико-географическую характеристику состояния лечебного туризма в России (на примере основных курортов) и определить магистральный путь его развития с учетом зарубежного опыта;

Для решения поставленных задач были использованы следующие **методы исследования**: синтез, абстрагирование, методы формальной логики, сравнение, генерализа-

ция; системный анализ (подход); статистический, картографический, исторический методы.

Методологическая и информационная база исследования. Общенаучной базой диссертационной работы являются труды ведущих отечественных и зарубежных экономико-географов и экономистов в области страноведения, географии мирового хозяйства и мировой экономики. Сердцевину диссертационного исследования составляет комплексный экономико-географический анализ лечебного туризма, методологической основой которого послужили концепции эволюции туристского пространства Р. Батлера (1980) и пространственной поляризации туристского рынка (И.И. Пирожник, 1996; А.Ю. Александрова, 2002). Использовались достижения отечественной школы рекреационной географии - концепция территориальной рекреационной системы, разработанная в 1970-х годах коллективом ученых Института географии АН СССР под руководством В.С. Преображенского, и развитый на ее основе адаптационный подход к изучению территориальных социально-экономических систем (Н.С. Мироненко, Э.М. Эльдаров, 1998). Значительное внимание было уделено трудам отечественных и зарубежных курортологов - В. Александрова, Н. Кривобокова, А. Разумова, Е. Яшиной, Х. Наршедта, Л. Рихтера.

В исследовании были широко использованы документы Всемирной туристской организации, национальных туристских администраций, курортных ассоциаций европейских государств, а также отчеты отелей на европейских курортах. Привлекалась профессиональная периодическая печать. Статистические данные о развитии лечебного туризма в Австрии и Германии частично были получены у представителей западноевропейских компаний, специализирующихся на этом сегменте туристского рынка в Западной Европе. Эксклюзивная информация о состоянии курорта Кавказские Минеральные Воды была предоставлена администрацией Ставропольского края.

Научная новизна и теоретическая значимость работы состоят в следующем:

- уточнен понятийный аппарат исследования - дано определение лечебному туризму и курортному комплексу как разновидности территориальной рекреационной системы;
- детально изучена современная отраслевая структура лечебного туризма;
- проведен комплексный экономико-географический анализ развития лечебного

туризма и выявлены основные процессы, протекающие в его территориальной организации, в Европе - главном курортном регионе мира;

- раскрыт механизм функционирования курортного комплекса в условиях экономической и политической трансформации;

- разработаны предложения по формированию концепции развития лечебного туризма в РФ на базе анализа существующих моделей развития лечебного туризма в Европе.

Если медицинские и физико-географические аспекты лечебного туризма рассматривались в трудах российских и зарубежных ученых, то комплексный подход к изучению лечебного туризма, который бы учитывал при этом экономическую и структурную составляющие, оставался до сих пор неразработанным. Более того, лечебный туризм в работах российских исследователей не был определен терминологически. В диссертации предлагаются пути устранения указанных пробелов. Основные положения диссертации могут послужить основой для дальнейших научных исследований в области лечебного туризма.

Практическая значимость работы определяется необходимостью выработки стратегии развития курортного дела в РФ с учетом тенденций на важнейшем в мире европейском рынке лечебного туризма и поиска оптимальных путей вхождения России в мировое туристское пространство. Внедрение основных положений диссертации в практику позволит усилить конкурентоспособность отечественных курортных комплексов, повысить обоснованность управленческих решений в сфере лечебного туризма, будет способствовать формированию цивилизованных отношений на российском рынке лечебного туризма.

Аналитические и справочно-информационные материалы, содержащиеся в диссертации, выводы и рекомендации могут быть использованы туристскими и курортными администрациями, туристскими компаниями, курортными учреждениями, а также включены в лекционные курсы в вузах, учебные пособия и обобщающие труды по географии и экономике туризма.

Апробация работы и публикации. Основные положения диссертации были доложены и получили высокую оценку на Международных конференциях "Contemporary Trends in Tourism'99" (Нови-Сад, Югославия, 1999), «Проблемы и перспективы устойчивого развития туристско-рекреационного комплекса стран Черноморского

бассейна, повестка дня на 21 век» (Сочи, 2000), «Современные трансформационные процессы в мировом туризме» (Москва, 2001), «Страны СНГ в условиях глобализации» (Москва, 2004), «Россия: перспективы прорыва в цивилизацию знаний» (Москва, 2004), «Туризм и региональное развитие» (Смоленск, 2004).

Материалы исследования были использованы в учебном процессе в курсах лекций «География туризма», «Экономика международного туризма с основами статистики», «Актуальные вопросы географии международного туризма» для студентов географического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова, специализирующихся по страноведению и международному туризму.

По теме диссертации автором опубликовано пять статей, в т.ч. в зарубежных изданиях, а также тезисы и материалы научных конференций.

Структура и объем работы. Работа состоит из введения, трех глав, заключения, библиографии и приложений. Диссертация имеет общий объем 145 с. м.п. текста. Работа содержит 15 таблиц, 22 рис. (в том числе 12 карт и картосхем). Список источников насчитывает более 130 наименований на русском и иностранных языках, а также включает материалы сети Интернет.

Основные положения и выводы диссертации

1. Научное осмысление стремительного развития лечебного туризма в мире требует разработки соответствующего понятийно-концептуального аппарата. В диссертации содержание понятия «лечебный туризм» раскрывается на базе системного подхода с использованием теоретических достижений советской школы рекреационной географии применительно к новым общественно-экономическим условиям.

Анализ научной литературы по туризму показал, что в определении лечебного туризма имеют место различные подходы, однако нет ни одного глубокого исследования, которое раскрывало бы сущность этого явления. Таким образом, требовалось уточнить содержание понятия «лечебный туризм». С учетом существующих трактовок в диссертации лечебный туризм был определен как совокупность отношений и явлений, возникающих во время путешествия и пребывания людей, основной мотивацией которых является обследование, лечение и реабилитация организма, а также

профилактика заболеваний, в местностях, отличных от их постоянного места проживания и располагающих необходимыми для лечения и оздоровления человека природными, материальными и людскими ресурсами.

В определении нашла отражение исключительная географичность туристской деятельности, которая характеризуется территориальной избирательностью и является наиболее пространственно выраженной. В нем также подчеркивается роль человека как ведущего субъекта туристской практики и организатора. Человек определяет потребности, мотивации и предъявляет требования к курортному продукту. Таким образом, данное определение лечебного туризма основывается на антропоцентрическом подходе. Антропоцентризм является отражением одной из главных тенденций в развитии отечественной школы рекреационной географии - гуманизации исследований. Вместе с тем в определении отражена специфика лечебного туризма.

2. Лечебный туризм обладает рядом особенностей, что позволяет рассматривать его в качестве самостоятельного, одного из основных сегментов туристского рынка. В отраслевой структуре лечебного туризма выделяются собственно лечебный и оздоровительный туризм. Существенным критерием при разделении является их пространственное несовпадение.

Основными суботраслями лечебного туризма являются собственно лечебный (медицинский) и оздоровительный туризм (рис.1). Собственно лечебный (медицинский) туризм нацелен на получение квалифицированной помощи в клиниках, терапии, реабилитацию после хронических заболеваний. Оздоровительный туризм направлен на поддержание организма в здоровом состоянии и сохранение баланса между физическим и духовным состоянием человека. Оздоровительный туризм, в свою очередь, может быть активным (спорт и фитнес) и пассивным (программы красоты).



Рис.1. Отраслевая структура лечебного туризма

Каждая из суботраслей лечебного туризма имеет свою географию, характеризуется особым отношением к природной ресурсной базе, отличается инфраструктурной составляющей. Существенным критерием при разделении оздоровительного и собственно лечебного туризма является несовпадение их распространения по территории. Лечение пациента может проводиться в специализированной клинике, тогда как прохождение здесь же оздоровительных процедур часто оказывается невозможным.

Другими отличительными чертами лечебного туризма являются длительное пребывание на курорте, возрастная группа выезжающих лиц старше 40 лет, высокий уровень цен на лечение, наличие нетрадиционных методов лечения, специфика страхования.

3. Курортный комплекс (КК) представляет собой разновидность территориальной рекреационной системы (ТРС) с выраженными лечебными функциями. Под влиянием рыночных отношений ТРС трансформируются. Этот процесс охватил все элементы системы, их взаимосвязи между собой и с макросредами, включая организационные, структурные, управленческие, территориальные, функциональные изменения, что потребовало пересмотра прежней концепции о ТРС.

Коренные изменения в общественно-экономическом устройстве бывших социалистических стран, современные тенденции развития туризма, а также сложившаяся нормативно-правовая база порождают необходимость внесения существенных изменений в концепцию о ТРС, сформулированную в 1970-х годах. Она разрабатывалась в условиях административно-командной системы, всецело определившей ее сущность. В исходной схеме ТРС были четко прорисованы вертикальные и горизонтальные территориальные связи. Действия системы определялись директивными заданиями органа управления. На практике органы управления не обладали всей полнотой информации для принятия решений, что приводило к сбоям в работе ТРС.

Современное учение о ТРС отражает принципиально иной характер взаимоотношений между ее подсистемами и внешней средой. ТРС представляет собой самоорганизующуюся и лишь отчасти управляемую систему. Как было убедительно доказано в отечественной литературе, одним из важнейших механизмов общественно-

территориальной самоорганизации служит адаптация, понимаемая как относительно бесконфликтная, гибкая и в основных своих проявлениях приспособительная форма реакций социумов на изменения окружающей их среды [Мироненко Н.С., Эльдаров Э.М., 1998].

ТРС характеризуется гетерогенностью основных ее подсистем, но при этом она сохраняет функциональную целостность. Главной целью функционирования системы является удовлетворение туристско-рекреационных потребностей населения на основе комплексного использования природных, материальных и людских ресурсов.

Основные подсистемы (блоки) ТРС остались прежними, но их содержательное наполнение и значение изменились. Блок «Потребитель» - центральная подсистема ТРС. Главной отличительной чертой туриста как потребителя туристско-рекреационных продуктов является его избирательность и требовательность ко всем без исключения остальным подсистемам. С накоплением туристского опыта и появлением потребительского выбора его требования повышаются и становятся все более жесткими. Одно из важнейших требований, до конца неосознанное в нашей стране, - обеспечение доступа к туристско-рекреационным услугам. Это касается всего населения. На смену диктата органа управления в ТРС приходит диктат потребителя. Значение блока «Потребитель» в ТРС многократно усилилось, резко повысилась «человечность» всей системы (рис. 2).

Блок «Орган управления» претерпел самые существенные изменения. В отличие от прежних управленческих структур, которые осуществляли административно-командные функции, современный орган управления выполняет регулирующую функцию и обеспечивает контроль за работой подсистем ТРС. Современные управленческие технологии (ТИС, экспертные базы данных) позволяют организовать достоверный учет объектов управления, вести кадастры туристско-рекреационных ресурсов. Усовершенствованная правовая, экономическая, научно-методическая база способствует более эффективной работе органа управления.

Блок «Инфраструктура» в новых условиях включает туристско-рекреационные предприятия полностью самоуправляемые. Их перечень расширился за счет коммерческих посреднических фирм - туроператоров и турагентов. Туристско-рекреационные предприятия конкурируют между собой за потребителя на основе соотношения цена-качество предлагаемых продуктов.

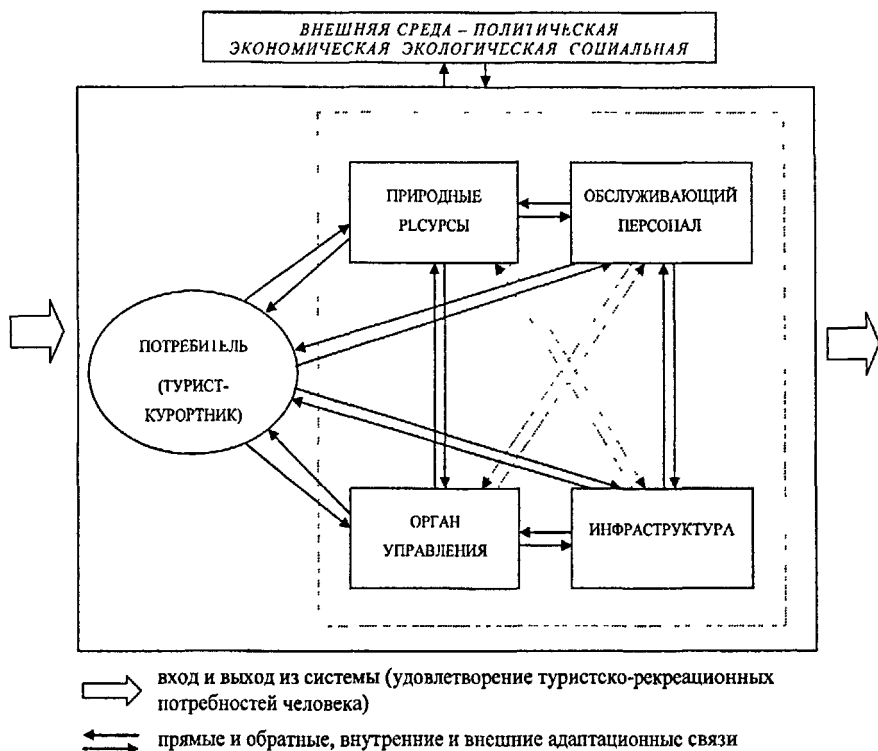


Рис. 2 Схема обновленной территориальной рекреационной системы

Блоки «Обслуживающий персонал» и «Природные ресурсы» не претерпели существенных изменений с 1970-х годов, однако в функционировании последнего возникли проблемы, спровоцированные ухудшением экологической ситуации.

ТРС неразрывно связана с внешней средой - политической, экономической, социальной, экологической. Тесные связи она имеет со структурой расселения, а также сельским хозяйством, промышленностью и транспортом. Эти связи обеспечивают жизнеспособность ТРС.

4. В функциональной типологии ТРС КК относится к лечебному типу, опирающемуся на природные факторы (минеральные воды, лечебные грязи, климатические условия). Этот тип ТРС выдвигает повышенные требования к природным комплексам, уровню обслуживания и степени благоустройства террито-

рии. Эффективная работа и взаимосвязь всех элементов КК - необходимое условие поступательного развития лечебного туризма.

КК представляет собой территориальное образование, функционирование которого отвечает определенной группе потребностей людей в лечении, оздоровлении, профилактике заболеваний. Для данного типа ТРС характерен усложненный комплекс занятий людей, включающий, с одной стороны, прием лечебных и оздоровительных процедур, а с другой - культурно-развлекательные виды деятельности. Лечебная мотивация потребителя (туриста-курортника) и комплексность его занятий на курорте предопределяют сложность КК и особую требовательность к следующим его подсистемам. 1) Блок «Природные ресурсы» - наличие природных лечебных ресурсов, достаточно изученных с точки зрения их физико-химических и других свойств и влияния их на организм человека. Важными аспектами функционирования этого блока является наличие пространственной и временной емкости, надежность и безопасность использования и по возможности неисчерпаемость природных ресурсов. 2) «Инфраструктура» - один из наиболее важных блоков КК - характеризуется повышенной сложностью и многообразием рекреационных объектов на курорте. В диссертации выделяется общая, общeturистская и специализированная курортная инфраструктура. 3) Блок «Обслуживающий персонал» расширяется. Он включает две категории работников: медицинский персонал, обеспечивающий реализацию лечебной функции КК, и работников бытового обслуживания и анимационной сферы. 4) Управленческий блок. Специфическими задачами органа управления на курорте являются благоустройство территории, включая ее функциональное зонирование, и регламентация общекурортного режима и всего уклада жизни на курорте.

5. В туризме, подобно другим отраслям экономики, используется модель жизненного цикла продукта, которая в случае лечебного туризма трансформируется в модель жизненного цикла КК. В жизненном цикле КК выделяются четыре стадии: вовлечение, развитие, зрелость и упадок. Каждая из них отличается доминирующим психографическим типом потребителя и характеризуется определенным состоянием природных ресурсов, инфраструктуры, обслуживающего персонала и органа управления.

На стадии *вовлечения* возникают рекреационные функции территории, с лечебно-оздоровительными целями начинают использоваться природные ресурсы, появляются туристы, создается первичная туристско-рекреационная инфраструктура. Специальный орган управления туристско-рекреационной сферой отсутствует, некоторые управленческие функции могут по совместительству выполнять другие управленческие структуры. Профессиональный уровень обслуживающего персонала невысок. Информационная поддержка продвижения туристско-рекреационного продукта неразвита.

Основными посетителями курортов на этой стадии являются аллоцентрики, по своей природе «первопроходцы», находящиеся в поиске неосвоенных территорий. Они преимущественно говорят на местном языке и идентифицируют себя с локальной культурой, при этом местное население положительно настроено по отношению к туристам.

На стадии *развития* лечебно-оздоровительные функции курорта диверсифицируются, складывается общая, общетуристская и специализированная курортная инфраструктура, растет антропогенная нагрузка на природные ресурсы, разрабатываются новые методы лечения, расширяется потребительский рынок. Контингент посетителей меняется: среднецентрики вытесняют аллоцентриков. Курорт перестает быть экзотическим, но еще не является традиционным.

На стадии *зрелости (стагнации)* наиболее очевидно проявляются системные свойства КК, такие как функциональная и территориальная целостность, структурность, взаимодействие с внешней средой, иерархичность, целенаправленность поведения, самоорганизация. Все блоки КК характеризуются высоким уровнем развития, включая высококвалифицированный обслуживающий персонал. На этой стадии возрастает регулирующая роль органа управления, особенно в части охраны и рационального использования природных лечебных ресурсов. Курорт становится привлекательным для иностранных инвесторов, туристских и гостинично-ресторанных транснациональных компаний, которые способствуют распространению отраслевых стандартов мирового уровня. На курорт устремляются массовые потоки туристско-психоцентриков. Взаимоотношения туристов и местных жителей приобретают деловую направленность, курорт коммерциализируется.

На стадии *упадка* территориальная организация КК не соответствуют потребностям рекреантов. Качество обслуживания туристов снижается, происходит деградация окружающей среды, потребительский спрос падает. КК постепенно утрачивает лечебную функцию под усиливающимся влиянием внешней среды. Возможно три сценария дальнейшего развития КК: «омоложение» курорта на основе модернизации; перепрофилирование, превращение курорта в классическую туристскую дестинацию без лечебной функции; утрата территорией не только лечебно-оздоровительной, но туристско-рекреационной функции вообще.

6. Богатство и разнообразие природных лечебных ресурсов, а также исторические предпосылки обусловили превращение Европы в мировой центр лечебного туризма. В этом регионе представлены все основные типы курортов. Отмечается территориальная неравномерность в распространении курортов с концентрацией в предгорных и прибрежных районах (рис.3).

Исторически первой формой лечебного туризма в Европе были путешествия к минеральным источникам, активизировавшиеся в конце XIX в. Современная сеть лечебных курортов в Европе сложилась в период между первой и второй мировыми войнами. Она включает курорты трех главных типов - бальнеологические, грязевые и климатические. Ее ядром выступают бальнеологические курорты, которым в диссертации уделяется особое внимание.

Географически курорты в Европе локализованы в трех природных зонах:

- предгорные территории и долины тектонических разломов, где сконцентрированы источники минеральных вод. Здесь расположены курорты преимущественно бальнеологического, климатического, а также переходного типа - бальнеоклиматические (Карловы-Вары, Крыница, Шавница, Велинград, Бэиле-Геркулане, Эгер, Пиештяны);

- прибрежные территории (Причерноморье, Средиземноморье, западное побережье Балтийского моря, оз. Балатон), где расположено большинство грязевых курортов. Лечебный туризм здесь развивается в сочетании с купально-пляжным и спортивным;

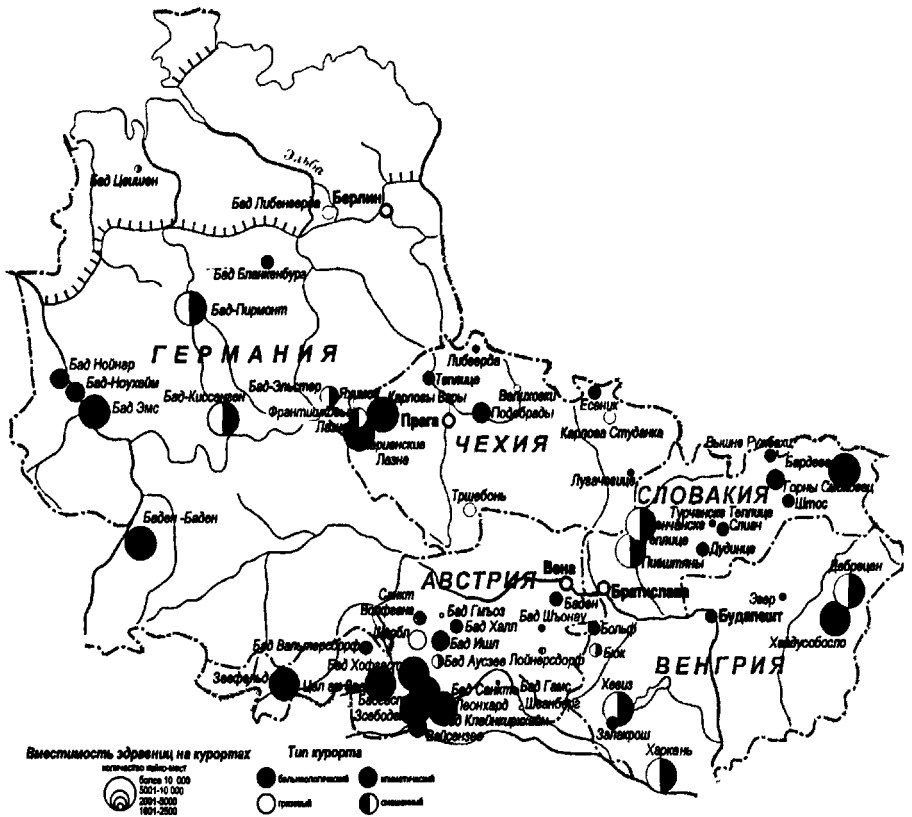


рис.3. Основные курортные центры стран-лидеров в области лечебного туризма.

- равнины и низменности - территории сравнительно бедные природными лечебными ресурсами с наименьшей концентрацией курортов (Иновроцлав, Амара, Бэиле-Феликс, Залакарош).

7. В процессе развития лечебного туризма в Европе сформировались две основные его модели - западноевропейская и восточноевропейская.

Существенным отличием развития лечебного туризма в Западной Европе является его оздоровительная направленность и полифункциональность курортов. Западноевропейские курорты традиционно рассматривались и продолжают рассматриваться в первую очередь как места отдыха, развлечений и социальных контактов. Их курортно-лечебная функция отодвинута на второй план. На западноевропейских курортах преимущественно развиваются современные направления оздоровительного туризма на базе спа-центров, фитнес-программ и программ омоложения. Ведущие операционные и реабилитационные клиники, специализирующиеся на лечебном туризме, также расположены в странах Западной Европы, главным образом в Германии, Австрии, Франции и Швейцарии. Это обусловлено наличием в названных высокоразвитых странах современного медицинского оборудования и высококвалифицированного персонала, владеющего иностранными языками. Перспективы развития лечебного туризма в Западной Европе связаны с созданием передовых медицинских технологий, оснащением клиник и реабилитационных центров новейшим оборудованием, достижениями медицинской науки в таких областях, как исследование суставов, хирургия, трансплантационная медицина и кардиология.

Восточноевропейская модель развития лечебного туризма сформировалась в период социализма. Курортное лечение было частью системы лечебно-профилактической помощи, которая предполагала широкое участие государства в финансировании курортного дела, а также врачебный контроль показаний и течения лечения, объективную оценку его текущего и отдаленного эффектов. Эта система была положена в основу восточноевропейской модели развития лечебного туризма и проявлялась в комплексности лечебной помощи, преобладании стационарного курортного лечения над амбулаторным, строго индивидуальном лечебном подходе к клиенту, тогда как на большинстве западноевропейских курортов предлагались неперсонифицированные готовые пакеты услуг.

8. В настоящее время восточноевропейская модель лечебного туризма трансформируется. Обозначилось два пути развития лечебного туризма в Центрально-Восточной Европе - традиционный и инновационный.

В 1990-е годы в условиях глубокого политического, экономического и социального кризиса в странах Центрально-Восточной Европы в жизненном цикле восточноевропейских курортов наступает стадия упадка. Она характеризовалась отказом от государственных гарантий в области охраны здоровья населения, свертыванием централизованной оздоровительной политики, сокращением числа КК, развалом сети лечебных учреждений на курортах, сокращением потребительского спроса на курортно-лечебные услуги. В настоящее время во многих странах Центрально-Восточной Европы лечебный туризм все еще находится в стадии упадка, но наличествуют признаки возрождения курортов на основе их всесторонней модернизации. Совершенствуется законодательная база курортного дела, обновляется курортная инфраструктура, появляются новые формы лечебного туризма, прослеживается тенденция к его интеграции с другими видами туризма, внедряются передовые западные методы лечения и оздоровления, заимствованные преимущественно у Германии, Австрии и Италии, повышается качество обслуживания, широкое применение находят современные технологии управления КК.

Развитие лечебного туризма в странах Центрально-Восточной Европы идет двумя путями - традиционным и инновационным. Для первого пути характерно проведение модернизации КК на основе прежней, классической схемы курортного лечения, предполагающей длительное пребывание туриста на курорте. Формируемый таким образом курортно-лечебный продукт ориентирован как на внутренних, так и на иностранных потребителей. Традиционным путем развивается лечебный туризм в Чешской Республике, а также Польше, Словакии, странах Балтии, Румынии, Хорватии, Сербии.

Для инновационного пути характерно развитие лечебного туризма с упором на краткосрочные оздоровительные программы и создание соответствующей курортной инфраструктуры (фитнес-центров, центров красоты и т.д.). Предложение курортно-лечебного продукта рассчитано на иностранный бизнес-контингент. Этим путем идет Венгрия. В ближайшем будущем за ней могут последовать Словакия и Польша.

Особое положение на рынке лечебного туризма в Центрально-Восточной Европе занимает Словения. Она избрала особый путь развития КК, сочетая традиции и инновации.

9. Россия обладает значительным природно-лечебным потенциалом, но ее КК малоэффективен и неконкурентоспособен. В регионах не созданы условия для развития рынка курортно-лечебных услуг. При этом государство не должно уступать от решения главной задачи - обеспечить доступность курортного лечения для всех россиян. Необходимо пересмотреть политику развития лечебного туризма в России с учетом фактического состояния отечественного КК, практического опыта, накопленного регионами, а также опыта стран Западной Европы и особенно Центрально-Восточной Европы и общеевропейских тенденций в курортном деле.

КК России находится в состоянии упадка. Основными факторами, сдерживающими его развитие, являются несовершенство законодательной и нормативно-правовой базы санаторно-курортной деятельности; монополизм в курортной сфере и как следствие завышенные цены на курортное лечение, значительно превышающие фактический уровень заработной платы большинства российских граждан; устаревшие методы управления КК; изношенная инфраструктура и отсутствие условий для привлечения инвестиций в курортную сферу; отсутствие генеральных планов развития городов-курортов; отсутствие государственной информационной поддержки продвижения российских курортов; свертывание научных исследований в области курортологии; несложившаяся система подготовки кадров.

В диссертации дан подробный анализ фактического состояния основных курортных центров России - Кавказских Минеральных Вод и курорта Большого Сочи. Основной задачей является повышение их конкурентоспособности на основе эффективного использования туристско-рекреационного потенциала, с учетом социально-экономических интересов и при обеспечении экологической устойчивости регионов. Для решения поставленной задачи в диссертации предлагается комплекс политических, экономических, социальных и экологических мер.

Выводы

Результаты диссертационного исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Лечебный туризм является одним из важнейших самостоятельных сегментов мирового туристского рынка, развитие которого усилилось в последние десятилетия и на данном этапе является наиболее актуальным для изучения и анализа. В отраслевой структуре лечебного туризма выделяются собственно лечебный и оздоровительный туризм.

2. Курортный комплекс (КК) представляет собой разновидность территориальной рекреационной системы с выраженными лечебными функциями. В новых условиях механизм работы КК полностью зависит от потребителя, который определяет функционирование всех остальных блоков системы. В результате трансформационных процессов КК стал самоуправляемой и лишь частично управляемой системой.

3. Модель жизненного цикла продукта в случае лечебного туризма представлена моделью жизненного цикла КК. Курорт проходит в своем развитии определенные стадии: вовлечение, развитие, зрелость и упадок. На каждой стадии меняется состояние подсистем КК - природных ресурсов, инфраструктуры, обслуживающего персонала и органа управления.

4. Большинство курортов в процессе развития продвигаются от аллоцентрического к психоцентрическому полюсу с соответствующей сменой контингента посетителей. По мере эволюции курорта характер туристских потоков меняется от единичных исследователей в начале развития до постепенной смены на стабильные индивидуальные поездки, завершаясь массовыми организованными турами на курорт.

5. Исторические предпосылки и наличие мощной базы природных ресурсов, пригодных для использования в лечебных целях, определили ведущую роль европейского региона в мировом развитии лечебного туризма. В его составе выделяются два лидирующих субрегиона лечебного туризма - Западная Европа и Центрально-Восточная Европа.

6. Западноевропейская модель развития лечебного туризма представлена австрийско-немецкой концепцией, в основе которой лежит многопрофильность курортов. Действие природно-лечебных факторов и использование ресурсов для курортного лечения и профилактики, а также медицинская терапия предлагаются в дополнение к

таким функциям курортов, как обеспечение отдыха и развлечений. Самые известные австрийские и немецкие бальнеологические и климатические курорты одновременно являются одними из наиболее популярных классических туристских центров. Лидерами в развитии лечебного туризма в странах Западной Европы являются Германия и Австрия, что обусловлено, помимо названных причин, экономическим развитием и наличием новейших медицинских технологий. Эта концепция послужила основой для распространения подобной модели развития лечебного туризма в остальных странах Западной Европы.

7. Анализ модели развития лечебного туризма в Центрально-Восточной Европе выявил следующие тенденции. С одной стороны, лечебный туризм развивается по традиционному пути. Здесь лидером выступает Чешская Республика, которая представляет собой зрелую туристскую дестинацию в сфере лечебного туризма, предлагающую длительное курортное лечение для внутреннего и иностранного рынка. Инновации преимущественно применяются в рамках старой модели курортного лечения. С другой стороны, существует инновационный путь развития лечебного туризма. Ярким представителем этого направления является Венгрия. Здесь основной упор в развитии сделан на международный рынок лечебного туризма, существует ориентация на оздоровительный туризм, который предполагает краткосрочное пребывание на курорте и рассчитан на работающий бизнес-контингент.

8. Россия обладает богатым и разнообразным природным потенциалом, необходимым и достаточным для развития лечебного туризма, но в функционировании ее КК существуют значительные проблемы. В регионах не созданы условия для развития рынка курортно-лечебных услуг. Качество предоставляемых услуг не соответствует заявленной цене. Для формирования современного конкурентоспособного КК в России необходимо пересмотреть политику государства в курортной сфере и туризме с учетом опыта европейских стран.

По теме диссертации опубликованы следующие работы:

1. Medical Tourism in Central-Eastern Europe and Russian Federation: Tendencies, Problems, Comparison // *Geographica Pannonica*. Novi Sad (Yugoslavia): Institute of Geography. 1999. № 3. P. 33-36.
2. Medical Tourism in Central-Eastern Europe // *Contemporary trends in tourism'99: Book of Abstracts of International Conference*, 15-16 Oct. 1999, Novi Sad (Yugoslavia). Institute of Geography, 1999. P. 108-110.
3. Использование глобальной сети Интернет в индустрии туризма // *Туризм: подготовка кадров. Проблемы и перспективы развития: Материалы докл. Первой Россий-*

ской науч.-практич. конф., 25-26 марта 1999 г., Москва. М.: Институт Туризма и Гос-теприимства, 1999. С. 123.

3. Некоторые аспекты развития лечебного туризма в странах Причерноморья // Проблемы и перспективы устойчивого развития туристско-рекреационного комплекса стран Черноморского бассейна. Повестка дня на 21 век: Материалы I Междунар. молодеж. науч.-практич. конф., 14-17 нояб. 2000 г., Сочи-Ялта. Сочи: РИО СГУ-ТИКД, 2001. С. 28-32.

4. Современные проблемы лечебного туризма в странах Центрально-Восточной Европы и России // Проблемы и перспективы развития туризма в странах с переходной экономикой: Материалы Междунар. науч.-практич. конф., Смоленск: СГУ, 2000. С. 231-234.

5. Лечебный туризм в Центрально-Восточной Европе и России: проблемы и перспективы // Парад Отелей. 2000. № 3(4). С. 12-17.

6. Современные трансформационные процессы на рынке лечебного туризма (на примере ключевых регионов) // Современные трансформационные процессы в мировом туризме: Материалы науч.-практич. конф., 7 дек. 2001, Москва. М.: МЭСИ, 2001. С. 15-17

7. Лечебно-оздоровительный туризм в Российской Федерации // География международного туризма: Монографич. сб. М.: Изд-во Моск. ун-та, 2003. С. 141-153.

8. Кавказские Минеральные воды - основной центр лечебного туризма России // Теория и практика международного туризма: Сб. статей. М.: КНОРУС, 2003. С.346 - 356.

9. Роль рекреации и лечебного туризма в социально-экономическом развитии России // Страны СНГ в условиях глобализации: Материалы III Междунар. науч.-практич. конф. студентов, аспирантов и молодых ученых, 31 марта - 2 апр. 2004 г., Москва. М.: ЭКОН-ИНФОРМ, 2004. С. 65-67.

10. Лечебный туризм: трансформационные и инновационные процессы в курортной сфере России // Россия: перспективы прорыва в цивилизацию знаний: Материалы V межвуз. науч. конф. РосНОУ, 5-9 апр. 2004 г., Москва. М.: РосНОУ. С. 71-74.

11. Исторические предпосылки развития моделей лечебного туризма в Европе // Туризм и региональное развитие: Материалы III Междунар. науч.-практич. конф., 4-6 окт. 2004 г., Смоленск. Смоленск: Изд-во «Универсум», 2004. С. 173-176.

12. Кавказские Минеральные Воды: трансформационные процессы и перспективы развития // География и природные ресурсы. Иркутск. 2005. № 1. С.23-35.

СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Введение

Глава 1. Теоретические и методические основы изучения географии лечебного туризма

- 1.1. Сущность, особенности и место лечебного туризма в отраслевой структуре туризма
- 1.2. Эволюция представлений о территориальной рекреационной системе
- 1.3. Курортный комплекс как разновидность территориальной рекреационной системы. Жизненный цикл курортного комплекса

Глава 2. Экономико-географический анализ развития лечебного туризма в Европе

- 2.1. Место Европейского региона в территориальной структуре лечебного туризма в мире
- 2.2. Западноевропейская модель развития лечебного туризма
- 2.3. Восточноевропейская модель развития лечебного туризма и ее трансформация

Глава 3. Особенности развития лечебного туризма в России

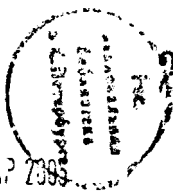
- 3.1. Предпосылки возникновения, развитие и становление лечебного туризма в России
- 3.2. Курортный комплекс Кавказских Минеральных вод и Большого Сочи - основные центры лечебного туризма в России
- 3.3. Пути совершенствования лечебного туризма в России на основе интеграции европейских моделей развития лечебного туризма

Заключение

Литература

Приложения

Отпечатано в копицентре
Москва, Ленинские горы, МГУ, 1 Гуманитарный корпус.
www.stprint.ru e-mail: zakaz@stprint.ru тел. 939-3338
тираж 100 экз. Подписано в печать 25.02.2005 г.



2695

22 MAR 1999