

Michalkó Gábor - Rátz Tamara

EGÉSZSÉGTURIZMUS ÉS ÉLETMINŐSÉG MAGYARORSZÁGON

Fejezetek az egészség, az utazás és a jól(l)ét magyarországi összefüggéseiről



Magyar
Tudományos
Akadémia

FÖLDRAJZTUDOMÁNYI
KUTATÓINTÉZET

Michalkó Gábor – Rátz Tamara

Egészségturizmus és életminőség Magyarországon:
Fejezetek az egészség, az utazás és a jól(l)ét magyarországi összefüggéseiről

Egészségturizmus és életminőség Magyarországon:

Fejezetek az egészség, az utazás és a jól(l)ét
magyarországi összefüggéseiről

Michalkó Gábor – Rátz Tamara



MTA Földrajztudományi Kutatóintézet
Budapest
2011

Lektorálta: Puczko László

A kutatást és a kiadvány megjelenését az OTKA K67573 (2007–2011) támogatta



A kutatás megvalósításában közreműködtek:

Giczi Johanna, Hinek Mátyás, Illés Sándor, Irimiás Anna, Kincses Márk, Michalkó Gábor, Alberto Pagani, Rátz Tamara, Tóth Géza, valamint a Kodolányi János Főiskola Turizmus Tanszékének hallgatói

© Michalkó Gábor, Rátz Tamara, 2011

© MTA Földrajztudományi Kutatóintézet, 2011

Kiadja az MTA Földrajztudományi Kutatóintézet

Felelős kiadó: Kocsis Károly igazgató

ISBN: 978-963-9545-34-2

Borítóterv: Farkas Jácint, Kaiser Miklósné

Tördelés: Laczkó Margit

Kartográfia: Kaiser Miklósné

Nyomda: Pannónia-Print Kft.

Tartalom

Bevezetés	7
<i>Rácz Tamara – Michalkó Gábor</i> Destineering és IVF kezelés: trendek a globális egészségturizmusban	13
<i>Michalkó Gábor – Rácz Tamara – Irimiás Anna – Alberto Pagani</i> Az egészségturizmus és az életminőség magyarországi kapcsolatának vonatkozásai	27
<i>Michalkó Gábor – Rácz Tamara</i> Füred városok a magyarországi kultúrtájban, különös tekintettel az üdülőingatlanok szerepére	43
<i>Michalkó Gábor – Rácz Tamara</i> Gyógyító Magyarország – Gyógyuló Magyarország: gondolatok hazánk egészségturisztikai potenciáljáról.....	57
<i>Michalkó Gábor – Rácz Tamara – Tóth Géza – Kincses Áron</i> A gyógyfürdővel rendelkező magyarországi települések életminőségi aspektusainak vizsgálata	75
<i>Illés Sándor – Michalkó Gábor – Rácz Tamara</i> A gyógyturizmusban érintett települések és környezetük lakosainak mobilitása	95
<i>Michalkó Gábor – Rácz Tamara</i> Az életminőség turizmusorientált vonatkozásainak mérése felé	115
<i>Michalkó Gábor – Rácz Tamara – Irimiás Anna</i> Egy magyarországi fürdőváros lakosságának életminősége: az orosházi eset.....	137
<i>Michalkó Gábor – Rácz Tamara – Hinek Mátyás</i> Az egészségügyi turizmus kínálatának területi különbségei Magyarországban a szolgáltatók internetes megjelenései alapján	155
Zárógondolatok.....	173

Bevezetés

Mayer János az a tipikus, sokat beszélő, egészségtől duzzadó öregember volt, akinek fürkésző tekintetét vonatútjaik során tudatosan kerülik a magunk fajta, gondolataikba temetkező kutatók. Csak hát a sors... Mayer János Hajdúszoboszlóról utazott Budapest felé a MÁV Hortobágy InterCity járatán és anélkül, hogy bárki megkérdezte volna tőle, elmesélte: őt a gyógyfürdőben kezelik (orvosi beutalóval), és mivel betöltötte a 65. életévét, olcsóbb nap mint nap ingázni, mintsem kifizetni a drága szállodai szobát a méltán népszerű fürdővárosban. Ez ám az egészségturizmus magyar módra, és ha még az elemőzsia is otthonról van, akkor aztán tényleg oda minden elmélet. Államilag támogatott fürdőbelépők és kezelések, szinte ingyenes vasúti utazás, miközben egy fillér sem kerül vissza a „közös kalapba”. Annak ellenére, hogy Mayer János esete minden bizonnyal egyedi jelenség, rámutat a magyarországi egészségturizmus azon sajátosságaira, amelyekre mindezidáig kevesebb hangsúlyt helyeztek a kutatók. A történet a tekintetben is elgondolkodtató, hogy a gyógyulást vajon tisztán a fürdőkúrával párosuló kezelések (fizikai egészség) vagy az utazással együtt járó környezetváltozás (mentális egészség), esetleg mindezek együttes hatása serkenti? Ha számba vesszük, hogy hősünk napi 4 órát vasúti kocsikban zötykölődik, ezen tevékenysége lényegesen csökkenti a kezelések élettani hatásait, amely mérsékli a beutalt életminőségének elvárt növekedését (persze az utasokkal való beszélgetés minden kétséget kizáróan pozitívan hat a jóllétét meghatározó szociabilitására).

Az egészségturizmusban való részvétel tipikusan a minőségi élet, a jólét velejárója. Akár azért utazunk, hogy az egészségünket megőrizzük, akár azért, hogy egy betegségből felgyógyuljunk, objektív és szubjektív megközelítésben egyaránt növeljük az életminőségünket. Az egészségmegőrzés legkeresettebb szinterei a wellness szállodák, amelyek úgy alakították ki szolgáltatásaikat, hogy a testi, a lelki és a szellemi felfrissülést egyszerre szolgálják. A 4 és 5 csillagos wellness szállodákban kényeztetett vendégek valóban úgy érezhetik, hogy ők az „átlagos” turistákhoz képest kedvezőbb bánásmódban részesülnek, amely feltétlenül pozitív életérzésként tükröződik a tudatukban. Ezzel párhuzamosan egy konkrét betegségből való felgyógyulás céljával utazók is átélhetik a „kiváltságosság” érzését, hisz a kezeléseknél köszönhetően sors társaikhoz képest minden bizonnyal nagyobb eséllyel folytathatják egészségesen (de legalábbis kevesebb fájdalommal) a mindennapjaikat. A wellness és a gyógyturizmus résztvevői testük, szervezetük fizikai kondicionálásával objektíven mérhető kedvező változásokon mennek keresztül, amelynek lelki, szubjektíven értelmezhető tükröződése együttesen vezet az életminőség-növekedés tényének és érzésének megfogalmazódásához.

Az egészségturizmus természetesen nem csak az utazók, hanem a vendéglátók életminőségének javulását is szolgálja. Azokon a településeken, ame-

lyeken egészségturisztikai szolgáltatók működnek, egyrészt a munkahelyek biztosítása, másrészt a települési környezet minősége, harmadrészt maguknak a szolgáltatásoknak az igénybevétele révén növelhető a helyiek életminősége. A fürdők, a wellness és gyógyszállodák, a legkülönbözőbb vendéglátó-ipari egységek, valamint a kiskereskedelmi üzletek igen jelentős munkaerő igényrel rendelkeznek, tehát képesek az életminőség objektív pillérének egyik fontos szegmensét, az egzisztenciát biztosítani. Mivel az egészségturizmus magasabb színvonalú szolgáltatásokat vonz, így a jobb munkakörülmények és munkabérek is hozzájárulhatnak a kedvezőbb életminőségi mutatók generálásához. Az adott településen élők fizikai környezetének esztétikai elemei (füvesítés, parkosítás, térkövezés, szökőkutak, műemlékvédelem, épületekonstrukciók, díszkivilágítás stb.) csakugyan életminőség-növelő tényezők, amelyek az egészségturizmus versenyképessége szempontjából sem megkerülhetők. Az a tény, hogy az egészségturizmus színtereinek lakossága maga is igénybe veheti a település nyújtotta szolgáltatásokat (sok esetben kedvezőbb áron), befolyásolhatja a helyi társadalom egészségi állapotát, mivel a fizikai közelségnek és a kedvezményes árak köszönhetően az ott élők nagyobb valószínűséggel keresik fel a gyógy és wellness szolgáltatásokat kínáló intézményeket, mint a környékbeliéket.

A fentiekén túl az egészségturizmus és az életminőség szimbiózisa számos feltáratlan dimenzióval rendelkezik. Ez leginkább arra vezethető vissza, hogy maga az egészség az emberi lét egyik megkerülhetetlen attribútuma, amelyre oly sok (egymással gyakran összefüggő) tényező hat, ezek gyakran az utazások révén aktiválódnak. Itt van például a hit és az egészség évezredes, ugyanakkor mindmáig meglehetősen homályban lévő kapcsolata. A krónikák számos gyógyulást tartanak nyilván, amelyek zarándoklatoknak köszönhetően következtek be, de egyes templomok falán ma is találkozhatunk olyan tábláscákkal, amelyek önmaguk vagy családtagjaik egészségéért a szent hely védelmezőjéhez fohászoló zarándokok hálájáról tanúskodnak. Ugyanakkor nem kerülhető meg az ezotéria kérdése sem. A Föld energiavonalainak gyógyító hatásában bízó ezrei, tízezrei kelnek útra, hogy a legoptimálisabb meridián mentén találjanak gyógyírt nyavalyáikra. A dimenziók egyre szélesedő eleme a turisztikai mobilitás révén elért orvosi beavatkozásoknak köszönhetően bekövetkező életminőség-változás. Az úgynevezett egészségügyi turizmus résztvevői a legkülönbözőbb, lakóhelyüktől távoli orvosi szolgáltatásokat (pl. fogászat, plasztikai sebészet) vesznek igénybe, amelyek a kezelések sikerétől függően javítják az életminőségüket.

Magyarország sajátos helyet foglal el a nemzetközi egészségturizmus palettáján. Kínálatának legtöbb eleme versenyképes az európai egészségturisztikai desztinációkkal történő összehasonlításban: gyógyvizeink magas hőmérsékletűek, területileg változatos kémiai összetételt mutatnak; számos 4, 5 csillagos gyógy- és wellness szálloda, magasan képzett, nyelveket beszé-

lő személyzettel várja a vendégeket; az egészségügyi turizmusban érdekelt szakorvosaink világszínvonalú szolgáltatást nyújtanak; a lelki békére vágyók szebbnél szebb szakrális helyekre tehetnek zarándoklatokat stb. Mindezzel párhuzamosan – a népesség egészségi állapotára vonatkozó nemzetközi ranglistákat böngészve – a magyar társadalom a legrosszabb mutatókat mondhatja magáénak. A paradoxon eredetét számosan kutatják, meglehetősen egyöntetűek a vélemények abban, hogy a probléma gyökerei lelki eredetűek. A 2011 januárjában elindított *Új Széchenyi-terv* egy a fizikális és mentális betegségei tekintetében egyaránt kihívásokkal küszködő társadalmi környezetben hirdeti a *Gyógyító Magyarország – Egészségipari Programot*, amelynek kulcsfontosságú üzenete, hogy az egészségiparra épülő turizmus hozzájárul az életminőség növeléséhez. Ennek felismerése azonban nem új keletű, az egészségturizmus és az életminőség kapcsolatának fontosságára már a *Nemzeti turizmusfejlesztési stratégia (2005–2013)* is rámutatott.

A hazai tudomány a politikai szándék megjelenésével párhuzamosan kezdett a turizmus – kitéüntetetten az egészségturizmus – és az életminőség kérdéseivel foglalkozni. A vizsgálatok csak kis mértékben támaszkodhattak a nemzetközi kutatási előzményekre, mivel a téma feltárása a határainkon túli műhelyekben is gyermekcipőben járt. Az adatgyűjtések és a kutatások egymás mellett, az érintettek átjárásának biztosításával az MTA Földrajztudományi Kutatóintézetben (MTA FKI), a Központi Statisztikai Hivatalban (KSH) és a Turisztikai Tanácsadók Szövetségében (TUTSZ) kezdődtek meg. Az MTA FKI-ban két kutatási program is felvállalta a turizmus és az életminőség szimbiózisának feltárását:

– 2006–2009 között az MTA Bolyai János Kutatási Ösztöndíj keretében lebonyolított, a *Turizmus és életminőség kapcsolatának területi vonatkozásai Magyarországon* című (témavezető: Michalkó Gábor),

– 2007–2011 között az OTKA által támogatott *Egészségturizmus és életminőség Magyarországon – az egészségorientált mobilitás társadalmi, gazdasági és környezeti problematikájának földrajztudományi szintézise* című (témavezető: Michalkó Gábor; szenior kutató: Rátz Tamara).

A KSH – az Önkormányzati és Területfejlesztési Minisztérium Turisztikai Szakállamtitkárságával, a Magyar Turizmus Zrt-vel és az MTA FKI-vel együttműködve – 2007 őszén *A magyar lakosság utazási szokásai* című, 2004 óta évi rendszerességgel zajló kérdőíves felmérésben helyezte el a turizmus életminőségbeli aspektusaira is rámutató kérdéseket. A 11 500 fős reprezentatív minta eredményeit a KSH kutathatóvá tette. A TUTSZ az Önkormányzati és Területfejlesztési Minisztériumtól 2008-ban kapott megbízást egy a turizmus és az életminőség kapcsolatának rendszeres mérésére, indexálására alkalmas módszertani apparátus kidolgozására (a munkában e könyv társszerzője is részt vett), amelynek eredményeként megszületett a Budapest-modell.

A fentiekben ismertetett hazai kutatási előzmények megfelelő alapot adtak a turizmus és életminőség kapcsolatrendszer teoretikus alapjainak megfogal-

mazására. Az MTA FKI által 2010-ben megjelentetett *Boldogító utazás – a turizmus és az életminőség kapcsolatának magyarországi vonatkozásai* című szakkönyv igen gazdag hazai és nemzetközi szakirodalmi forrásanyagra, a KSH említett adatbázisára, valamint a Kodolányi János Főiskolával együttműködésben lebonyolított empirikus vizsgálatok eredményeire építve teremtette meg a téma elméleti kereteit. Ezeket alapul véve, ezek felhasználásával folytak az egészségturizmusra fókuszáló kutatások, amelyek eredményeit több rangos nemzetközi konferencián is sikerrel mutattuk be, illetve különböző, döntően referált kiadványokban publikáltuk. A kutatási program célkitűzéseit annak ellenére is sikerült teljesíteni, hogy időközben számos metodikai nehézséggel kellett szembesülni.

A kiadvány 9 önálló fejezetet tartalmaz. Az elsőben – a téma kontextusba helyezése érdekében – az egészségturizmus legújabb nemzetközi trendjeinek és azok életminőségbeli vonatkozásainak bemutatására vállalkozunk. A másodikban a magyarországi egészségturisták turisztikai magatartását és az egészségturizmusban való részvétel boldogsággeneráló szerepét elemezzük. A harmadikban az egészségturizmusban érintett falvak és városok társadalom-földrajzi sajátosságait értékeljük, különös hangsúlyt fektetünk a települések különböző szempontok szerinti csoportosítására és a fürdőkhöz kapcsolódó üdülőterületek térspecifikus jellemvonásainak elemzésére. A negyedikben a hazai egészségturisztikai keresletet és kínálatot vetjük össze annak érdekében, hogy a termékben rejlő potenciálra az életminőség dimenziójából közelíthessünk. Az ötödikben a matematikai-statisztikai módszerek tárházát hívjuk segítségül annak érdekében, hogy megtudjuk, melyek azok a társadalmi-gazdasági mutatók, amelyeket kedvezően befolyásol egy település prosperáló egészségturizmusa. A hatodikban az életminőség egyik igen fontos vonatkozását, a migrációt, azon belül a belföldi vándorlást vesszük górcső alá, az egészségturizmusban érintett magyarországi települések zártsági és vándorlási mérték indexeit értékeljük. A hetedikben kísérletet teszünk az egészségturizmus és az életminőség közötti kapcsolat indexálására, amelynek során megpróbálunk egy olyan jelzőszámrendszert kidolgozni, amely statisztikai adatok alapján képes a vélt összefüggések és azok időbeli változásainak bemutatására. A nyolcadikban az Orosházán végzett kérióves vizsgálatunk eredményeit elemezzük, feltárjuk, hogy mennyiben változott a helyiek objektív és szubjektív jóléte a Gyopárosfürdőn 2004-ben átadott, részben a Széchenyi-tervből finanszírozott fürdőfejlesztésnek köszönhetően. A kilencedik fejezet az egészségturizmus legdinamikusabban fejlődő ágazatának, az egészségügyi turizmusnak a magyarországi sajátosságaira fókuszál.

Ezen könyv célja kettős, egyrészt az egészségturizmus és az életminőség kapcsolatának 2007–2011 közötti vizsgálata során magyarul, angolul és olaszul megjelent kutatási eredményeink egybe szerkesztett közreadását (az idegen nyelvűeket természetesen fordításban), másrészt az eddig publikálatlan, dön-

tően nemzetközi konferenciákon bemutatott anyagoknak a hazai szakmai közösség számára történő rendszerezett publikálását soroljuk a legfontosabb funkciói közé. A fejezetek alcím arra utal, hogy az olvasó nem egy lezárt tudásanyagot vesz a kezébe, sokkal inkább továbbgondolásra, a felvázolt kutatási irányokba történő elmozdulásra ösztönző ismeretanyaggal szembesül. A könyvet végigolvasva láthatóvá válnak az egészségturizmus és az életminőség mindazon területei, amelyek az általunk elvégzett vizsgálatokon túlmenően, mélyebb, az országos szakpolitikai, a területi és helyi önkormányzati, az egészségügyi és turisztikai szolgáltató, valamint a felsőoktatási, kutatóintézeti szféra összefogását igénylő, transzdiszciplináris szemléletű kutatási programokban folytatódhatnak.

Budapest, 2011. június

Michalkó Gábor – Rátz Tamara

Destineering és IVF kezelés – trendek a globális egészségturizmusban

RÁTZ TAMARA – MICHALKÓ GÁBOR

Bevezetés

Az egészségturizmus az elmúlt évtizedek egyik legdinamikusabban fejlődő turisztikai terméke (Messerli–Oyama 2004). Az egészség megőrzéséhez és javításához szükséges turisztikai szolgáltatások volumene, köre és színvonala jelentősen növekedett az elmúlt időszakban, az egészségtudatos életmód népszerűségének terjedése, valamint az egészség-orientált mobilitás demográfiai, gazdasági és életstílus-tényezők által befolyásolt erősödése következtében növekvő kereslet hatására pedig a nemzetközi piacon – tudatos és dinamikus fejlesztéseknek köszönhetően – számos új fogadóterület jelent meg (García-Altés 2005, Smith–Puczkó 2010).

A nemzetközi egészségturizmus fejlődésében a globalizáció általános trendje manifesztálódik (Blyth–Farrand 2005). Az eltűnő határok, megszűnő akadályok elősegítik a globális információáramlást, valamint a távolság egyre gyorsabb és kényelmesebb áthidalását ezen a területen is, így költséghatékonyabb megoldások válnak nemzetközi szinten elérhetővé. A gyógyulás, a fizikai fittség vagy a szépség iránti vágy rendkívül erős motiváció az egyén számára, amely elősegíti a nemzetközi egészségturisztikai kereslet növekedését. A kínálat megteremtését pedig a technológiai felszereltség fejlődése és homogenizálódása, a táv-diagnózis lehetősége, illetve a nemzetközi orvosképzés és ebből adódóan a globális szinten rendelkezésre álló, megbízható humán erőforrás teszik többek között lehetővé. Az egészségturizmusban a kereslet és a kínálat tehát lokális helyett globális szinten talál egymásra, amelyet hatékony és célorientált marketingtevékenység segít elő (Bookman–Bookman 2007, Gustavo 2010). A kereslet döntően a fejlett világ országaiból származik, de növekszik a fejlődő országok turistáinak részaránya is a nemzetközi egészségturizmusban. A kínálat hagyományosan Európa gyógyturisztikai desztinációit jelentette, de napjainkban Afrika kivételével minden kontinensen jelentős fejlesztések mennek végbe és számos nem hagyományos egészségturisztikai desztináció kíván globális szinten versenyelőnyt elérni, különösen a sebészeti beavatkozások és a medical wellness piacán (Smith–Puczkó 2010).

Az egészségturizmus nemzetközi trendjei

Az egészségturizmus olyan összetett fogalom, amelynek meghatározására az elmúlt évek folyamán számos kísérlet született, teljesen egyértelmű konszenzus azonban nem alakulhatott ki, mivel a nemzetközi piacon jelentős különbségek tapasztalhatóak az egyes országokban használt definíciók tekintetében, illeszkedve az adott országok egészségturisztikai gyakorlatához. A különböző meghatározások alapján általánosan azonban elmondható, hogy az egészségturizmus a turizmusnak azon területét jelenti, ahol a turista utazásának fő motivációja az egészségi állapotának javítása vagy megőrzése, tehát a gyógyulás vagy a megelőzés. Ebből adódóan az egészségturizmuson belül két alszektort lehet elkülöníteni, a gyógyturizmust és a wellness turizmust (Rátz 2001).

Az egészségturizmus – különösen a gyógyturizmus – fejlődése több évezredes múltra tekinthet vissza a világon. Európában a fürdőkultúrának, a víz gyógyászati célú felhasználásának évszázados hagyományai vannak (Erfurt-Cooper–Cooper 2009). A gyógyturizmus az állandó lakóhelyen kívül, gyógyüdülőhelyen vagy gyógyászati létesítményben való ideiglenes – de meghatározott minimális idejű – tartózkodás, amelynek célja orvosi gyógy módok alkalmazásával valamilyen meglévő betegség gyógyítása. Ezt a célt szolgálják a gyógyturizmus létesítményei, amelyekben tehát egyaránt kínálnak a vendégnek egészségügyi, orvosi, illetve turisztikai szolgáltatásokat. Hagyományosan a gyógyturizmus legjelentősebb desztinációi valamilyen természetes gyógytényezőre – például gyógyvízre vagy gyógyhatású klímára – alapulóan épültek ki. Ennek következtében a klasszikus gyógyturisztikai kínálattal szemben a keresleti oldalról ma is jelentkezik a természetes gyógytényező iránti elvárás, annak ellenére, hogy a definíció alapján tulajdonképpen ez nem feltétlenül előfeltétele a gyógyturizmus fejlődésének (Rátz 2001). A gyógyturizmus fogalmába egyaránt beletartozik a gyógyterápia és a sebészeti, illetve a fogászati beavatkozásokat magában foglaló egészségügyi (medical) turizmus. Ez utóbbi terület népszerűsége az elmúlt évtizedek során rendkívül dinamikus módon növekedett. A kedvező változások a fejlődő országokban végbemenő jelentős beruházásoknak köszönhetőek, amelyek célja elsősorban a fejlett világból érkező betegek a hazainál kedvezőbb áron vagy gyorsabban történő egészségügyi ellátása (Bookman–Bookman 2007). Számos tényező magyarázhatja azt, hogy miért külföldön, azaz a turizmus rendszer keretei között kerül sor az adott beavatkozásra:

- anyagi okok (külföldön kedvezőbb áron érhető el ugyanolyan minőségű kezelés),

- szabályozási okok (az abortusz vagy a donor által történő petesejt-ado mányozás számos országban illegális vagy nagyon szigorúan szabályozott),

- elérhetőség korlátai (hosszú várólista vagy bizonyos technikák, megoldások alkalmazásának hiánya a küldőországban),
- minőségi tényezők (a tényleges orvosi szolgáltatások és/vagy a kapcsolódó személyes szolgáltatások színvonala lényegesen magasabb külföldön),
- a környezetváltozás várható pozitív hatása (például reprodukciós beavatkozásoknál), illetve a beavatkozás titokban tartásának igénye (Blyth–Farrand 2005).

Az egészségturizmus másik területe a wellness turizmus, amelynek keretében a turista célja a holisztikus értelemben vett egészségi állapot megőrzése vagy megteremtése (Rátz 2001). Ennek megfelelően a wellness turisztikai kínálat komplex egészségmegőrzési, prevenciós programokat tartalmaz, amelyek vonzó környezetben, szórakoztató módon nyújtanak lehetőséget az egészséggel kapcsolatos tudás megszerzésére (1. fénykép). A wellness turizmusban való részvétel tudatos, proaktív döntést igényel a látogató részéről, s ennek következtében egyre inkább az általános egészségtudatosság komponensének tekinthető (Joppe–Choi 2010, Schobersberger et al. 2004).



1. fénykép Termálvizes lábfürdő Beppu onszenben (Japán).
Forrás: Rátz Tamara felvétele

Az egészségturizmus viszonylag új trendjének tekinthető a medical wellness fejlődése, amely beépíti a wellness kezelésekre a legkorszerűbb egészségügyi vívmányokat (Mayer–Priszinger 2010). A medical wellness mint turisztikai termék fejlődése visszatükrözi azt az egyébként a hétköznapi fogyasztási piacon is érvényesülő trendet, miszerint egyre több termék – például szépségápolási cikkek, tisztítószer, élelmiszerek, textíliák stb. – fejlesztése alapul tudományos kutatási eredményeken.

A nemzetközi egészségturisztikai piac fejlődését jelentősen befolyásolják egyrészt olyan globális termékfejlesztési trendek, mint például a spák és a wellness szállodák elterjedése, az orientális hangulatú milió megteremtésére való törekvés, vagy általánosan ismert és népszerű kezelések – például szauna, masszázs, szépségkezelések – szinte automatikus megjelenítése a szolgáltatás-kínálatban, helyszíntől függetlenül (Smith–Puczkó 2010). Másrészt azonban az egyes desztinációk és szolgáltatók versenyképességének meghatározásában kiemelt szerepet kapnak a lokális tényezők és kezdeményezések: a természeti vagy kulturális szempontból egyedinek, különlegesnek tekinthető erőforrások, mint például a Holt-tenger ásványi anyagai és sajátos atmoszférája (Niv 1989) vagy a japán onszenek (Rátz 2010), illetve például a tó-wellness fogalmának meghonosítására tett kísérletek a finnországi vagy a hazai turisztikai termékfejlesztésben (Tuohino–Kangas 2010, Rátz–Michalkó 2010), vagy az alpesi wellness fogalmának megjelenítése Ausztria és Svájc egészségturisztikai kínálatában (Schobersberger et al. 2004, Pechlaner–Fischer 2006). Kiváló pozícionálási lehetőséget jelenthet továbbá a globálisan is elterjedt, de kulturális szempontból meghatározott földrajzi desztinációkhoz kapcsolódó kezelések, gyakorlatok – például jóga, ajurvéda, thai masszázs – esetében az érintett országok számára az autentikusság kihangsúlyozása (Hannam 2010, Hongnaphadol 2010): a helyszín eredetisége képes felértékelni a globális szinten egyébként tömegszerűen kínált élményeket (2. fénykép).

Az egészségturizmus fejlődési trendjeit egy adott desztinációban számos tényező befolyásolja: többek között a rendelkezésre álló természeti és pénzügyi erőforrások, az egészségturizmus történelmi hagyományai, az egészségmegőrzéssel kapcsolatos, az életmódban kifejeződő társadalmi-kulturális attitűdök, a kormányzati támogatottság, a turizmus általános fejlettségi szintje, a desztináció földrajzi elhelyezkedése és megközelíthetősége, vagy az egészségügyi szolgáltatórendszer minősége és árszínvonala (Erfurt–Cooper–Cooper 2009, Hall 2011, Smith–Puczkó 2011). Mindezen tényezők következtében globális szinten jelentős eltérések figyelhetők meg az egészségturizmus kínálati és keresleti jellemzőit vizsgálva: míg például Nyugat-Európában a holisztikus, életmód-központú megközelítések térnyerése figyelhető meg, Kelet-Európában még mindig elsősorban a gyógyászat és a rehabilitáció áll az egészségturizmus



2. fénykép Iszapkezelés a Holt-tenger partján fekvő Ein Gedi Spában (Izrael).
Forrás: Rátz Tamara felvétele

középpontjában, Dél-Amerikában pedig döntően a plasztikai sebészet és a kozmetikai turizmus egyéb típusai, illetve a kaland- és ökoszák népszerűsége növekszik (Smith–Puczkó 2010). Ennek megfelelően napjainkban jelentős különbségek figyelhetők meg a globális egészségturizmus központi létesítménye, a spa fogalmának európai és Európán kívüli értelmezése között (Rátz 2001). A hagyományos európai megközelítés alapján a spa rendszerint gyógyfürdő, ahol a víz gyógyító erejét felhasználva, hidroterápiával, balneoterápiával vagy thalassoterápiával a vendégeket kigyógyítják betegségeikből vagy segítik őket egészségük megőrzésében. Az elmúlt évszázadok alatt a termál- vagy gyógyforrások mellett létesült európai gyógyfürdők gyógyító szerepet töltek be, ahol a betegek orvosi kezelésben részesültek. Az európai gyógyfürdőkultúrájának tehát az orvostudomány integráns része (Erfurt-Cooper–Cooper 2009). Európán kívül viszont a spa fogalma általában olyan létesítményt takar, ahol a szolgáltatások célja elsősorban a vendégek testi, lelki, szellemi jóllétének, egyensúlyának megteremtése, megfelelő táplálkozás, testmozgás, jóga, szépségkezelések, testkezelések, sporttevékenységek vagy például meditáció se-

gítségével (de akár egy szépségszalont vagy egy manikűrt-pedikűrt kínáló létesítményt is nevezhetnek „beauty spa”-nak vagy „nail spa”-nak) (Tabbachi 2008). Az Európán kívüli spák a kezdetektől főként egészséges fogyasztókat vonzottak, így az egészségügynek, illetve az orvosoknak ezeken a piacokon nem volt kiemelkedő szerepük (Hall 2011).

Az elmúlt évtizedek folyamán a globális piaci változásokat megfigyelve megállapítható, hogy lassú közeledés tapasztalható az európai gyógyfürdők és gyógyhelyek, valamint az Európán kívüli spák orientációjában, szolgáltatáskínálatában. A nemzetközi spa szektor fokozatosan egyre inkább egészségorientálttá válik (a hagyományos nyugati orvoslás módszereinek alkalmazásán túl ideértve a távol-keleti vagy észak-amerikai ősi gyógy módok hasznosítását is), az európai egészség-turisztikai kínálatban pedig egyre nagyobb hangsúlyt kapnak a szépségkezelések vagy a fitneszprogramok. A két folyamat egy irányba mutat: a közeledés eredményeképpen mind Európában, mind pedig az Egyesült Államokban a wellness-orientáció erősödik. A klasszikus európai gyógyfürdők komoly erőfeszítéseket tesznek annak érdekében, hogy fenntartsák versenyképességüket: a hagyományos imázs újrapozicionálásának lehetőségei között szerepel az örökségértékként való megőrzés (részben ez figyelhető meg az angliai Bath esetében) (Coles–Shaw 2002), a kikapcsolódást előtérbe helyező wellness desztinációként való újjáélesztés, továbbfejlesztés (például a belgiumi Spa városában–Smith 2010), vagy az egészség-turizmus és a konferenciaturizmus szinergiahatásának kihasználása (Davidson 2010).

Az egészség-turisztikai kereslet növekedését többek között az alábbi tényezők ösztönzik (García-Altés 2005, Azman–Chan 2010):

– A népesség öregedése, amely növekvő egészségügyi problémákkal, valamint a fejlett országokban magasabb szabadrendelkezésű jövedelemmel és több szabadidővel jár együtt.

– Életstílus-változások – növekvő igény a személyes kényelmet szolgáló és/vagy a fiatalságot konzerváló szolgáltatásokra, például spa kezelésekre, plasztikai sebészetre, fitneszprogramokra.

– Új élmények keresése a turizmusban – a számos helyet bejárt, sokféle élményt átél, tapasztalt turisták nyitottak az újszerű, alternatív termékekre.

– Az egészségügyi rendszerek sajátosságai – számos fejlett országban hosszú várólisták, magas biztosítási díjak, ebből adódóan a biztosítottság alacsony foka, illetve magas szolgáltatási díjak jellemzik az egészségügyi ellátó rendszert, mindezek pedig ösztönzőleg hatnak arra, hogy a betegek külföldön keressenek gyorsabb és/vagy olcsóbb megoldást egészségügyi problémáikra.

– Az egészség-turizmust kitörési pontnak tekintő desztinációk aktív marketingtevékenysége, amelynek célja egyrészt az egészség-turisztikai szolgáltatások iránti általános igény felkeltése, illetve célcsoporttól függően a termék

vonzó imázsának megerősítése vagy kialakítása, másrészt pedig a megcélzott turisták utazási döntésének befolyásolása.

Az egészségturizmus kutatásának főbb területei

Bár az elmúlt mintegy két évtized folyamán az egészségturizmussal kapcsolatos kutatások száma jelentős mértékben megnövekedett, a témakör a nemzetközi turizmuskutatásban még mindig viszonylag újszerűnek és ennek következtében alulreprezentáltnak tekinthető (Bennett et al. 2003, Schobersberger et al. 2004). A kutatások pedig, úttörő jellegükből adódóan, nagyrészt a kereslet és a kínálat leíró jellegű bemutatására, illetve – eltérő mélységű – elemzésére vállalkoznak. Bár azzal kapcsolatban konszenzus van a szakirodalomban, hogy az egészségturizmusban való részvétel befolyásolja az egyén jóllétét, a hosszabb távú, életminőségre gyakorolt hatások vizsgálata döntően csak érintőlegesen, egyéb témák kiegészítő kérdéseként vetődik fel. Ezzel összhangban a turizmus és az életminőség összetett kapcsolatrendszerét vizsgáló kutatások nagy része sem fókuszál kifejezetten az egészségturizmusban való részvételre, hanem általánosságban tárgyalja a turizmus és a jólét-jóllét-életminőség-boldogság fogalomkörének összefüggéseit (Neal et al 1999, Gilbert–Abdullah 2002, Hall–Brown 2006, Kovács et al. 2007).

Az egészségturizmus kínálati oldalának elemzésével foglalkozó tanulmányokat áttekintve döntően a következő kérdéskörök jelennek meg a szakirodalomban: az egészségturizmus természeti és kulturális adottságai a kiválasztott országban vagy régióban (például Pechlaner–Fischer 2006, Ciangă et al. 2010, Dinu et al. 2010), a termék fejlődéstörténete (például Molnár 2010), az egészségturisztikai szolgáltatások kvantitatív és kvalitatív összetétele (például Laing et al. 2010), az egészségturizmus marketingje szolgáltatói és desztinációs szinten (például Joukes 2010, Pearcy–Anderson 2010), spa tervezés, fejlesztés és menedzsment (például Cohen–Bodeker 2008), az egészségturizmus mint a desztináció-imázs eleme (például Bennett et al. 2003), az egészségturizmus-fejlesztés politikai és stratégiai eszközrendszere és folyamatai (például Dinu et al. 2010).

Mivel az életminőség kérdésköre elsősorban a keresleti oldal vizsgálatához kapcsolódóan jelenik meg a szakirodalomban, érdemes részletesebben is áttekinteni az egészségturisztikai kereslet kutatásának főbb témaköreit.

Tekintettel az egészségturizmus összetett és változatos kínálati spektrumára, az egészségturizmusban részt vevők motivációi, illetve a desztináció- és szolgáltatás-választásra hatással levő tényezők is meglehetősen sokszínűek (Joppe–Choi 2010). A keresletet befolyásoló faktorok között elkülöníthetünk

push és pull tényezőket. Push faktorként jelentős szerepet játszik az egyén egészségi állapota, illetve a gyógyulás, az egészségmegőrzés vágya: az egészségturizmus szolgáltatásainak igénybe vétele jelentősen javíthatja a fogyasztó fizikai állapotát és közérzetét, ezen keresztül pedig kedvezően hat az egyén életminőségére (Mayer–Priszinger 2010). Szintén push tényező lehet az életmódváltás lehetősége: az egészségturizmusban való részvétel a modern társadalom számos kívánatosnak tekintett életmód-trendjéhez illeszkedik, bár a bekövetkező változások rendszerint rövid távra korlátozódnak (Azman–Chan 2010). Egészségturisztikai utazásra ösztönözhet továbbá az egyén otthoni, a mindennapokban észlelt életminősége, illetve annak deficitjei, mint a túlzott stressz, a pihenés hiánya, az egészségtelen táplálkozás, a csekély fizikai aktivitás vagy a hétköznapiak monotóniája. Bizonyos szegmensek – például a fogyatékkal élők – számára pusztán a turizmusban való részvétel, az utazás lehetősége is életminőséget javító push tényezőnek tekinthető (Yau et al. 2004). A pull tényezők közé sorolhatjuk az egészségturisztikai desztinációk természeti erőforrásait, a gyógy- és wellness szektor folyamatosan bővülő kínálatát, valamint a kapcsolódó aktív marketingkommunikációs tevékenységet, melyek révén a potenciális vendégek megismerhetik a kínált kezelések várható pozitív eredményeit (Hongnaphadol 2010).

Az egészségturisztikai kereslet sajátosságainak kutatása során jelentős kérdés a turisták elvárásainak, észleléseinek, tapasztalatainak és tudatosságának vizsgálata. A wellness turizmus vendégeinek tipikus elvárásai közé elsősorban a relaxáció, a kényeztetés, a stressz csökkentése, az egészséges táplálkozás, illetve a fizikai aktivitás tartozik (Gustavo 2010, Joppe–Choi 2010). Az észlelt pozitívumok körében változás figyelhető meg: míg korábban a luxusminőségű szolgáltatások élvezete és a kényeztetés álltak a vendégek élményének középpontjában, napjainkra a luxus szinte minden spában adottság, így az élmény lényegi elemévé a spában átélhető és elsajátítható kiegyensúlyozott életmód vált, amely az egészséges élet hosszú távú előfeltétele (Joppe–Choi 2010). A hangsúly tehát a spa tartózkodás rövid távú pozitív hatásairól fokozatosan áttevődik a hosszú távú hatásokra, felismerve azt, hogy a wellness szolgáltatások igénybevételének kedvező következményei nem szükségszerűen korlátozódnak a desztinációban való tartózkodás időtartamára. Az egyén észlelt jóllétére különösen a holisztikus élmények képesek nagy hatást gyakorolni. Bár szinte minden wellness szolgáltató marketingkommunikációs üzenetének is része az ígért közérzetjavítás, ezek a hatások nyilvánvalóan átmenetiek, szemben az életmód – és ezáltal az életminőség – tudatos megváltoztatását középpontba helyező, úgynevezett „destineering” élménynek, amelynek során az egyén válogatott helyszíneken, luxuskörülmények között tervezheti újra az életútját és találhatja meg az élete értelmét (Destineering 2007 in Smith–Puczkó 2010).

Az egészségturisztikai szolgáltatások globális terjedése együtt jár a vendégek tájékozottságának és tudatosságának növekedésével is – a szolgáltatókkal kapcsolatos elvárások közül egyre jelentősebbé válik a megfelelő információ-ellátás, az egyes kezelések és programok várható eredményeinek részletes ismertetése (Joppe–Choi 2010). Eltérés van azonban a gyakorlott egészségturisták és a termék iránt érdeklődő, tapasztalatlan vendégek információigénye között, mind annak minőségét, mind pedig mennyiségét tekintve. Sajátos területe tehát az egészség és a turizmus összekapcsolódásának az egészségtudatos turisták utazási szokásainak, desztináció- és szolgáltatás-választási magatartásának vizsgálata. Az egészséges életmód iránt a mindennapokban megfogalmazódó igény megjelenik a turizmus területén is: a látogatók fokozottan előtérbe helyezik személyes igényeiket és egyre inkább érdeklődnek az aktív tevékenységek iránt (Hallab 2006). A turizmusban való részvételt döntően befolyásolja az egyén személyisége, értékválasztásai és énképe. Az egészségtudatos vendégek sajátos szemléletmódja, elvei következtében igényeik és elvárásaik jelentős mértékben eltérhetnek az „átlagos vendég” esetében megszokottaktól, s a turizmus szektor egyelőre nem minden esetben képes maradéktalanul kielégíteni az ilyen jellegű elvárásokat. Az egészségtudatosság olyan életstílus-döntés, amelynek célja alapvetően az egyén hosszú távú életminőségének javítása, ezen szegmens esetében azonban a turizmusban való részvételnek az egyén jóllétére gyakorolt pozitív hatása nem egyértelmű: míg az utazás során átélt élmények kedvező hatásúak, az egészséges életmód alapelveinek kényszerű, időszakos feladása vagy akár csak a mindennapokban betartott szabályok lazítása is negatív hatásokkal járhat, mind pszichés, mind fizikai szempontból (Tóth 2010). Ezzel együtt megállapítható, hogy az egészségtudatos szegmens esetében az egészségturisztikai szolgáltatások, illetve egy desztináció egészségmegőrzést elősegítő tényezői – például ásványvíz vagy gyógyvíz és ezekre épülő szolgáltatások, gyógyhatású klíma, egészséges helyi konyha – jelentősen befolyásolhatják a célterület, illetve a szolgáltatók kiválasztását, a megfelelő színvonalú és kellően összetett kínálat pedig visszatérésre is ösztönözhet. Ezek a vendégek ráadásul tudatosabban keresik és fogyasztják az egészségturizmus szolgáltatásait, fogyasztói magatartásukra jellemző, hogy az utazási élmény fókuszában a mindennapi egészséges életmód nyaralás során történő folytatása és az azt elősegítő szolgáltatások helyezkednek el, a többi program pedig ezen termékösszetevők köré rendeződik. Esetükben tehát a turizmusban való részvétel során szerzett élmények intenzívebben befolyásolhatják észlelt jóllétüket, mint az átlagos szabadidős vendég esetében (Priszinger et al. 2010).

Az orvosi beavatkozások – például műtétek – miatt utazók elvárásai az igénybe vett egészségturisztikai szolgáltatás különbözőségéből adódóan je-

lentős mértékben eltérnek a wellness vendégek várakozásaitól és élmény-észlelésétől: bár a fogyasztók a szolgáltatás technikai aspektusait – például a diagnózis korrektségét vagy az alkalmazott eljárások színvonalát – tekintik a legfontosabb követelményeknek, korlátozott egészségügyi ismereteik következtében elsősorban a szolgáltatásminőség funkcionális aspektusaival – például a várakozási idővel vagy a nővérek viselkedésével – kapcsolatban képesek elvárásokat megfogalmazni, és sok esetben ilyen tényezők alapján hozzák meg utazási döntésüket is (Guiry–Vequist 2010). Az egészségturizmus keretében igénybe vett orvosi szolgáltatások – például sebészet, plasztikai sebészet, IVF-kezelés, abortusz, bőrbetegségek, keringési problémák, ízületi gyulladások vagy légzőszervi problémák kezelése – egyértelműen befolyással vannak a turista életminőségére, de ebben az esetben nem elsősorban a turisztikai szolgáltatások hatása a döntő, hanem az egészségügyi beavatkozás sikerességének mértéke (TRAM 2006). A turisztikai szektor szolgáltatáskínálata tehát ebben az esetben csak kényelmi faktorként funkcionál, a hatás pedig hosszú távú, szemben a klasszikus szabadidős turisztikai élmények jellemzően inkább rövid vagy legfeljebb középtávú életminőség-javító hatásával (Filep–Deery 2010).

Következtetések

Az elmúlt évtizedek folyamán az egészségturizmus globális piaca jelentős átalakuláson ment keresztül. Újabb és újabb desztinációk helyezték turizmusfejlesztési stratégiájuk középpontjába az egészségturizmus egyes területeinek fejlesztését, a kínált szolgáltatások köre számottevően kibővült, minőségük pedig a globális verseny következtében emelkedett. A kereslet jellemzőit vizsgálva mennyiségi növekedés, strukturális átrendeződés és új szegmensek megjelenése egyaránt megfigyelhető. Bár a hagyományos gyógyturisztikai kereslet stagnálni látszik, az orvosi beavatkozások piacán dinamikus növekedés tapasztalható, a wellness szolgáltatások iránti igény elsődleges és másodlagos motivációként egyaránt erősödik, az egészségtudatos fogyasztók bővülő köre pedig új kihívások elé állítja a teljes turisztikai szolgáltatási szektort.

Az egészségturisztikai desztinációk és szolgáltatások sikerének egyik kulcsa a tudatos marketingtevékenység, amelynek összetett célrendszere fogalmazható meg: általában tudatosítani kell a potenciális turistában az utazás életminőség-javító szerepét és ezen belül az egészségturisztikai szolgáltatásoknak a fizikai és a mentális állapotra gyakorolt kedvező hatásait, illetve vonzóvá kell tenni számára egy konkrét desztináció és/vagy szolgáltató kínálatát. Tekintettel arra, hogy az egészségturizmusban való részvétel különösen az egészségtudatos turisták esetében jár együtt az észlelt életminőség

időszakos megváltozásával, illetve esetükben játszanak kiemelt szerepet pull tényezőként egy desztináció egészség-orientált szolgáltatásai és adottságai, célszerű különös figyelmet fordítani erre a szegmensre. Megfelelő színvonalú és összetételű kínálat, illetve ehhez kapcsolódóan kellően hatékony marketing visszatérő vendégkört eredményezhet – részben abból következően, hogy számos szolgáltató még mindig nem ismerte fel ennek a szegmensnek a speciális igényeit, így a komplex kínálatot nyújtó desztinációk egyelőre versenyelőnyt élveznek. A külföldi vendégekért folytatott globális verseny azonban folyamatosan erősödik, így hosszú távú sikerre csak olyan célterület számíthat, ahol az egészség-turizmus kínálata széles körben elérhető, magas minőségű egészségügyi ellátó rendszerre támaszkodik; ahol az egészség-turisztikai szolgáltatások a helyi adottságokra és erőforrásokra építenek, de ötvözik azokat a legkorszerűbb technológiai és szolgáltatásmenedzsment-megoldásokkal; valamint ahol a lakosság életminőségének meghatározó eleme az egészségtudatosság és ebből következően számottevő belföldi kereslet jelentkezik az egészség-turisztikai szolgáltatások iránt.

IRODALOM

- AZMAN, I.–CHAN, J.K.L. 2010: Health and Spa Business: Tourists' Profiles and Motivational Factors. In: Puczkó, L. (ed.): *Health, Wellness and Tourism: Healthy Tourists, Healthy Business? Proceedings of the TTRA Europe 2010 Annual Conference*. TTRA, Dalarna, pp. 9-25.
- BENNETT, M.–KING, B.–MILNER, L. 2003: The Health Resort Sector in Australia: A Positioning Study. *Journal of Vacation Marketing* 10. 2. pp. 122-137.
- BLYTH, E.–FARRAND, A. 2005: Reproductive Tourism – A Price Worth Paying for Reproductive Autonomy? *Critical Social Policy* 25. 1. pp. 91-114.
- BOOKMAN, M.Z.–BOOKMAN, K.R. 2007: *Medical Tourism in Developing Countries*. Palgrave Macmillan, New York, N.Y.
- CIANGĂ, N.–OPREA, M.G.–COSTEA, D.–GIURGIU, L.–CIANGĂ, I. 2010: The Reconstruction of „The Salt Road” – A Means to Develop and Promote the Saline Health Tourism in Transylvania. *Journal of Tourism Challenges & Trends* 3. 2. pp. 81-100.
- COHEN, M.–BODEKER, G. (eds.) 2008: *Understanding the Global Spa Industry: Spa Management*. Butterworth-Heinemann, Oxford.
- COLES, T.–SHAW, G. 2002: Tourism, Tourists and Local Residents: Management Implications for the City of Bath. In: Wöber, K.W. (ed.): *City Tourism 2002*. Springer-Verlag, Vienna, pp. 230-240.
- DAVIDSON, R. 2010: A spák szerepe a konferenciaturizmusban: esettanulmány az Egyesült Államokból. In: Smith, M.–Puczkó, L.: *Egészség-turizmus: gyógyászat, wellness, holisztika*. Akadémiai Kiadó, Budapest, pp. 402-404.
- DINU, M.–ZBUCHEA, A.–CIOACĂ, A. 2010: Health Tourism in Romania: Main Features and Trends. *Journal of Tourism Challenges & Trends* 3. 2. pp. 9-34.

- ERFURT-COOPER, P.–COOPER, M. 2009: *Health and Wellness Tourism: Spas and Hot Springs*. Channel View Publications, Bristol.
- FILEP, S.–DEERY, M. 2010: Towards a Picture of Tourists' Happiness. *Tourism Analysis* 15. 4. pp. 399–410.
- GARCÍA-ALTÉS, A. 2005: The Development of Health Tourism Services. *Annals of Tourism Research* 32. 1. pp. 262–266.
- GILBERT, D.–ABDULLAH, J. 2002: A Study of the Impact of the Expectation of a Holiday on an Individual's Sense of Well-being. *Journal of Vacation Marketing* 8. 4. pp. 352–361.
- GUIRY, M.–VEQUIST, D.G. 2010: The Role of Personal Values in Determining U.S. Medical Tourists' Expectations and Perceptions of Healthcare Facility Service Quality: An Exploratory Investigation. *Journal of Tourism Challenges & Trends* 3. 2. pp. 115–140.
- GUSTAVO, N.S. 2010: Health Tourism – The SPA Goers in Portugal. In: Puczko, L. (ed.): *Health, Wellness and Tourism: Healthy Tourists, Healthy Business? Proceedings of the TTRA Europe 2010 Annual Conference*. TTRA, Dalarna, pp. 45–55.
- HALL, C.M. 2011: Health and Medical Tourism: Kill or Cure for Global Public Health? *Tourism Review*, In Press. http://canterbury-nz.academia.edu/CMichaelHall/Papers/430045/Health_and_medical_tourism_Kill_or_cure_for_global_public_health (letöltve 2011.05.16.)
- HALL, D.–BROWN, F. 2006: *Tourism and Welfare: Ethics, Responsibility and Sustained Well-being*. CABL, Wallingford.
- HALLAB, Z. 2006: Catering to the Healthy-living Vacationer. *Journal of Vacation Marketing* 12. 1. pp. 71–91.
- HANNAM, K. 2010: Ájurvédikus egészségturizmus az indiai Keralában. In: Smith, M.–Puczko, L.: *Egészségturizmus: gyógyászat, wellness, holisztika*. Akadémiai Kiadó, Budapest, pp. 374–377.
- HONGNAPHADOL, W. 2010: An Exploratory Study of Consumer Choice and Motivation of Medical Tourism in Thailand: A Case Study of Healthcare Consumers Visiting a Private Hospital in Pattaya. In: Puczko, L. (ed.): *Health, Wellness and Tourism: Healthy Tourists, Healthy Business? Proceedings of the TTRA Europe 2010 Annual Conference*. TTRA, Dalarna, pp. 76–84.
- JOPPE, M.–CHOI, H.C. 2010: The Evolution of Attitudes Towards Spa Holidays in Canada. In: Puczko, L. (ed.): *Health, Wellness and Tourism: Healthy Tourists, Healthy Business? Proceedings of the TTRA Europe 2010 Annual Conference*. TTRA, Dalarna, pp. 102–108.
- JOUKES, V. 2010: The Use of Internet in Wellness Promotion by Portuguese Spas. In: Puczko, L. (ed.): *Health, Wellness and Tourism: Healthy Tourists, Healthy Business? Proceedings of the TTRA Europe 2010 Annual Conference*. TTRA, Dalarna, pp. 109–120.
- KOVÁCS, B.–MICHALKÓ, G.–HORKAY, N. 2007: The Basis for Developing a Tourism-related Quality of Life Index. *Studia Universitatis Babeş-Bolyai. Geographia* 52. 2. pp. 97–106.
- LAING, J.–VOIGT, C.–WRAY, M.–BROWN, G.–WEILER, B.–HOWAT, G.–TREMBATH, R. 2010: Sand, Surf, Spa and Spirituality? Examination of a Scoping Study of Medical and Wellness Tourism in Australia. In: Puczko, L. (ed.): *Health, Wellness and Tourism: Healthy Tourists, Healthy Business? Proceedings of the TTRA Europe 2010 Annual Conference*. TTRA, Dalarna, pp. 164–174.

- MAYER, P.–PRISZINGER, K. 2010: Tourism as Solution–Perceived Risks Influencing Participation in Health-Related Tourism. *Journal of Tourism Challenges & Trends* 3. 2. pp. 141–152.
- MESSERLI, H.–OYAMA, Y. 2004: Health and Wellness Tourism – Global. *Travel and Tourism Analyst*, August pp. 1–54.
- MOLNÁR, Cs. 2010: Health Tourism in Hungary: History, its Revaluation and Tendencies. *Journal of Tourism Challenges & Trends* 3. 2. pp. 101–114.
- NEAL, J.–SIRGY, J.–UYSAL, M. 1999: The Role of Satisfaction with Leisure Travel: Tourism Services and Experience in Satisfaction with Leisure Life and Overall Life. *Journal of Business Research* 44. 3. pp. 153–163.
- NIV, A. 1989: Health Tourism in Israel: A Developing Industry. *Tourism Review* 44.4. pp. 30–32.
- PEARCY, D.H.–ANDERSON, A. 2010: Exploring the Jamaican Health Tourism Sector within a Sustainability Framework. *Journal of Tourism Challenges & Trends* 3. 2. pp. 51–80.
- PECHLANER, H.–FISCHER, E. 2006: Alpine Wellness: A Resource-based View. *Tourism Recreation Research* 31. 1. pp. 67–77.
- PRISZINGER, K.–FORMÁDI, K.–MAYER, P. 2010: Conscious or Trendy? How Do Fashions and Trends Influence Consumers' Selection Criteria in Health-related Tourism? In: Puczkó, L. (ed.): *Health, Wellness and Tourism: Healthy Tourists, Healthy Business? Proceedings of the TTRA Europe 2010 Annual Conference*. TTRA, Dalarna, pp. 272–281.
- RÁTZ, T. 2010: Meleg vízű források Japán belföldi és nemzetközi turizmusában. In: Smith, M.–Puczkó, L.: *Egészségturizmus: gyógyászat, wellness, holisztika*. Akadémiai Kiadó, Budapest, pp. 378–381.
- RÁTZ, T. 2001: Zennis és Lomi Lomi avagy új trendek az egészségturizmusban. *Turizmus Bulletin* 5. 4. pp. 7–16.
- RÁTZ, T.–MICHALKÓ, G. 2010: Lake Wellness and Wellbeing – Health Tourism Development in Hungarian Lake Destinations. In: McIntyre, N.–Koster, R.–Lemelin, H. (eds.): *Lake Tourism Research. Towards Sustaining Communities – AND – Lake Environments*. Lakehead University, Centre for Tourism & Community Development Research, Thunder Bay, pp. 151–154.
- SCHOBERSBERGER, W.–GREIE, S.–HUMPELER, E. 2004: Alpine Health Tourism: Future Prospects from a Medical Perspective. In: Weiermair, K.–Mathies, C. (eds.): *The Tourism and Leisure Industry: Shaping the Future*. The Haworth Hospitality Press, Binghamton, NY, pp. 199–208.
- SMITH, M. 2010: Egy történelmi spa város újjászületése: esettanulmány a belgiumi Spáról. In: Smith, M.–Puczkó, L.: *Egészségturizmus: gyógyászat, wellness, holisztika*. Akadémiai Kiadó, Budapest, pp. 335–338.
- SMITH, M.–PUCZKÓ, L. 2010: *Egészségturizmus: gyógyászat, wellness, holisztika*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- TABBACHI, M. 2008: American and European Spa. In: Cohen, M.–Bodeker, G. (eds.) (2008): *Understanding the Global Spa Industry: Spa Management*. Butterworth-Heinemann, Oxford, pp. 26–40.
- TÓTH, A. 2010: Az egészséges életmód térnyerésével, „trendé” válásával hogyan változnak a turisztikai szolgáltatókkal szemben támasztott igények és elvárások? BSc szakdolgozat, Kodolányi János Főiskola, Budapest.

- TRAM 2006: *Medical Tourism: A Global Analysis*. Tourism Research and Marketing, London.
- TUOHINO, A.–KANGAS, H. 2007: Lake as a Resource in Well-being Tourism Development in Eastern Finland. In: In: Németh, Á.–Dávid, L. (eds.): *Handbook of Lakes and Reservoirs: A Sustainable Vision of Tourism*. Károly Róbert College, Department of Tourism and Regional Development, Gyöngyös, pp. 131–141.
- YAU, M.K.–McKERCHER, B.–PACKER, T.L. 2004: Traveling with a Disability: More than an Access Issue. *Annals of Tourism Research* 31. 4. pp. 946–960.

Az egészségturizmus és az életminőség magyarországi kapcsolatának vonatkozásai¹

MICHALKÓ GÁBOR – RÁTZ TAMARA – IRIMIÁS ANNA – ALBERTO PAGANI

Bevezetés

Magyarország Európa vezető egészségturisztikai desztinációinak egyike. Különösen az ásványi összetevőkben gazdag termálvizek széles választéka, valamint az azokra épülő turisztikai infra- és szuprastruktúra (gyógyfürdők, gyógyszállodák stb.) magas színvonala biztosítja az ország egészségturizmusának versenyképességét. A fürdő kultúra évezredek hagyományokkal rendelkezik Magyarországon, amelynek építészeti emlékei három jelentős történelmi korszakot reprezentálnak. A római korban a mai főváros, Budapest területén elhelyezkedő Aquincum fürdői képezték a testi, lelki megújulás helyszíneit. A török hódoltság időszakában a máig fennmaradt, illetve rekonstruált török fürdők (Eger, Buda) jelentették a fürdő kultúra fellelegvőit. A fürdő építés az Osztrák–Magyar Monarchia időszakában, különösen a XIX. és a XX. század fordulóján lendült fel. Ekkoriban épültek Budapesten a polgárság igényeit kiszolgáló, reprezentatív fürdők (Gellért, Széchenyi), de vidéken is gombamód szaporodtak a települések mai imázsának részét képező fürdőházak (Hévíz, Nyíregyháza). Annak ellenére, hogy egyes fürdők már a szocializmus időszakában is népszerűek voltak a külföldi turisták körében (leginkább Hévíz és Hajdúszoboszló), a magyarországi fürdő kultúra valódi reneszánsza a rendszerváltozást követően érkezett el.

Az 1990 utáni gazdasági-társadalmi átalakulás egyik letéteményese a turizmus, különösen az egészségturizmus fejlesztésében rejelő, az Európai Unióhoz történő felzárkózást elősegítő lehetőségek felismerése volt (Budai 2001). A nyugati és a tengerentúli minták beáramlásának következtében a magyar társadalom részéről is egyre erőteljesebb igény jelentkezett az egészségtudatos életmód gyakorlására, amelyben a szabadidős turizmus kulcsfontosságú szerepet kapott. A korábbi évtizedek húzóágazatainak (ipar, mezőgazdaság) leépülésével párhuzamosan a kormányzat is fokozódó figyelmet szentelt a turizmusra, amely a területfejlesztési politika fókuszába került. A 2000-ben indított átfogó gazdaságfejlesztési terv (Széchenyi-terv) az egészségturizmust prioritásként

¹ A tanulmány a *De Santis G. (a cura di): Salute e lavoro. Atti del Nono Seminario Internazionale di Geografia Medica. Edizioni RUIX, Perugia, 2009* kiadványban, illetve a *Geotema* 13. 3 (39). számában megjelent cikkek alapján készült.

kezelte és soha nem látott mértékű állami forrást biztosított a meglévő fürdők korszerűsítésére, illetve új létesítmények létrehozására (Budai–Székács 2001). A program keretében 81 állami és önkormányzati tulajdonú fürdő, összesen 31 milliárd forint (124 millió euró) támogatáshoz jutott. Ma 51 településen 65 gyógyfürdő várja a bel- és a külföldi vendégeket Magyarországon.

Napjainkra felismerést nyert, hogy a turizmus gazdaságösztönző, a területi versenyképesség javulását biztosító szerepén túlmenően jelentős mértékben befolyásolja a társadalom életminőségét. A hatályos Nemzeti turizmusfejlesztési stratégia miközben első számú prioritásként kezeli az egészségturizmus fejlesztését, kiemelt célkitűzésként fogalmazza meg a társadalom életminőségének turizmus révén történő javulását. Ebben a tanulmányban egyrészt elemezzük a magyar lakosság egészségturizmussal összefüggő utazási tevékenységét, másrészt összefüggést keresünk a magyar társadalom egészségturizmusban való érintettsége és az étellel való elégedettsége (boldogságtudata) között. Rendkívüli fontosságúnak tartjuk, hogy rávilágítsunk arra az ellentmondásra, amely az egészségturizmus széles, nemzetközileg is versenyképes kínálata és a magyar társadalom szerény mértékű kereslete közötti úrra vezethető vissza.

Jóllét és egészségturizmus: elméleti alapvetések

A szabadidő hosszú ideje központi szerepet foglal el az életminőséggel kapcsolatos vizsgálatokban (Csíkszentmihályi 1998, Neal et al. 1999). Ennek ellenére a munka elvégzését követően rendelkezésre álló idő utazással való eltöltésének hatásaira mindeddig kevesebb figyelmet szenteltek a kutatók. A turizmus egyetlen, határokat átívelő életminőség-kutatásban sem kapott főszerepet, azok a faktorok, amelyeket a legtöbb, az étellel való elégedettséggel kapcsolatos vizsgálat körbejár, mégis szorosan kapcsolódnak az utazásokhoz (Fekete 2006, Brülde 2007). Az életminőség lényegi összetevőinek bemutatására szolgáló Rahman modell fókuszában álló egészség, a családi, baráti kötelékek és a munka – ha különböző mértékben is – egyaránt fontos motivációját képezik az utazásnak (Rahman et al. 2005). Ebből fakadóan alakultak ki azok a turisztikai termékek, amelyek a világ egészségturizmusában, az úgynevezett VFR (visiting friends and relatives) turizmusban vagy éppen a konferenciaturizmusban öltenek testet (Puczko–Rátz 1998, Michalkó 2007).

Annak érdekében, hogy egészségünket megőrizzük, hogy társadalmi kapcsolatainkat ápoljuk, hogy a munkánkban sikeresek legyünk, gyakran elhagyjuk lakókörnyezetünket, így az utazások hozzájárulnak az étellel való elégedettség megfogalmazódásához (Richards 1999). Az Utasi Ágnes (2006)

vezette kutatási program eredményei alapján megállapítható, hogy a minőségi élet egyik attribútumát jelentő szubjektív jólét számos eleme kapcsolatba hozható a turizmussal. Bár a program keretében lebonyolított vizsgálatok külön-külön nem hangsúlyozzák az utazásoknak a társadalmi és a transzcendens kötelékek kialakításában betöltött szerepét, a kutatás hipotézise szerint a biztonság fogalomkörébe tartozó elégedettségi faktorok (partnerkapcsolat, közéletiség, vallás) súlyának növelésében kétségtelenül érdemi befolyást gyakorolnak az utazások.

Amennyiben a turizmusnak a szubjektív életminőségre gyakorolt hatásaival foglalkozó szakirodalom felől közelítjük a problémát, láthatjuk, hogy az utazásokban testet öltő jóllét megfogalmazódása magában a környezetváltozást generáló tevékenységben, a motiváció utazás révén való kielégítésében és a mindennapok befolyásolásában egyaránt megfigyelhető (Perdue et al. 1999, Jurowski–Brown 2001, Gilbert–Abdullah 2002). A turizmusban érintettek többsége számára az utazás hasznos és örömteli tevékenységként manifesztálódik, mivel a szabadidő-eltöltés szférájában az emberi lét kellemes epizódjait generálja. Elutazni jó. Tekintve, hogy az utazásra jól körülhatárolható motiváció alapján kerül sor, amelynek kivitelezését maga az utazó vagy az utazásszervező professzionális módon előkészíti, így az esetek többségében sikeres tevékenységnek bizonyul. A turisztikai mobilitásban tehát a környezetváltozás okozta élményen, a megvalósulás hordozta önigazoláson, a szükséglet kielégítése generálta örömen kívül a hasznosság is megjelenik, mivel az utazás hozzáadéka a hétköznapi életben kiválóan kamatoztatható (bővül a műveltség, új kapcsolatokra teszünk szert, szervezetünk hatékonyan regenerálódik stb.).

Az életminőség alapvető tényezője az egészség. Az egészséggel kapcsolatos utazásokat a Maslow által megalkotott szükséglet-hierarchia legalsó szintjén található fiziológiai igények kielégítése motiválja. Az egészségturizmus résztvevői gyakran a szervezet optimális működését tükröző homeosztázis helyreállítása (egészségmegőrzés), illetve a jó közérzet fenntartása (wellness) érdekében kelnek útra. A gyógyulás bekövetkezésének és a jó közérzet biztosításának az egyik legkellemesebb formája az egészségturizmusban való részvétel, így az ilyen motivációjú utazások közvetlenül is hozzájárulnak az életminőség javulásához.

A gyógyfürdőkre alapozott egészségturizmus-fejlesztés Magyarországon

A rendszerváltozást követő évek gazdasági nehézségei hosszú ideig nem tették lehetővé, hogy a kormányzat jelentősebb összegeket fordítson a folyamatosan amortizálódó (köztük számos műemléki védettségű) gyógyfürdők és a

hozzájuk kapcsolódó szállodák felújítására. 2000-ben azonban az akkor hatalmon lévő kabinet nagyszabású, az egész országra kiterjedő egészségturisztikai fejlesztésbe kezdett (Széchenyi-terv), amelyben a gyógyfürdőknek kitüntetett figyelmet szenteltek. A Széchenyi-terv keretében 2001–2004 között megvalósult fürdőberuházások és a hozzájuk kapcsolódó szálláshely-fejlesztések jelentős mértékben növelték a magyarországi egészségturizmus kínálatának mennyiségi és minőségi mutatóit, valamint mérsékelték a korábban meglévő területi koncentrációt (Ács–Laczkó 2008). A program volumenét jól mutatja, hogy a négy év során 127 projekt jutott állami támogatáshoz 31 milliárd forint értékben, amelynek köszönhetően 81,3 milliárd forint értékű beruházás valósulhatott meg. A projektek öt téma köré csoportosultak: a legalább regionális (1) és kistérségi (2) vonzású fürdők fejlesztése, a fürdőkhöz kapcsolódó szállodai (3) és gyógyászati (4) kapacitások bővítése, valamint az egészségturisztikai oktatás megindítása (5). A támogatási összeg legnagyobb hányadát (87%) a legalább regionális vonzású fürdők építésére, illetve a meglévők fejlesztésére fordították, amelynek keretében többek között:

- Felújították, bővítették a medencéket
- Korszerű vízforgató (víztisztító) berendezéseket telepítettek
- Élmenyelemeket (buborékolató, víz alatti masszázs, szökőkút, csúszda) hoztak létre
- Modernizálták az épületeket
- Esztétikailag vonzó környezetet teremtettek (parkosítás)
- Elektronikus beléptető rendszereket telepítettek
- Megvalósították az akadálymentesítést
- Korszerűsítették a gyógyászati részleget
- Lefedhetővé tették a külső medencéket

A fejlesztések közvetlen hatásai egyrészt a beruházás, másrészt az üzemeltetés területén mérhetőek. Az erre vonatkozó különböző kutatási eredmények összességében pozitív előjelűek, ugyanakkor nem mindegyik fürdő működése váltotta valóra az elvárásokat. A létesítmények megnyitását követő eufória, az újdonság ereje komoly forgalomnövekedést, ezáltal árbevétel-emelkedést eredményezett, azonban a kezdeti érdeklődés, különösen a belföldi kereslet vonatkozásában idővel elmaradt (Mundruczó–Szennyessy 2005). Valamivel hosszabb időtávon és szélesebb társadalmi, gazdasági aspektusaira is figyelemmel értékelve a fürdők működését, megállapíthatjuk, hogy a Széchenyi-terv keretében fejlesztett létesítmények hozzájárultak az adott település kereskedelmi szálláshelyein mért vendégforgalom növekedéséhez, a gazdasági mutatók javulásához (Michalkó et al. 2009). A fenntarthatósággal azonban – különösen

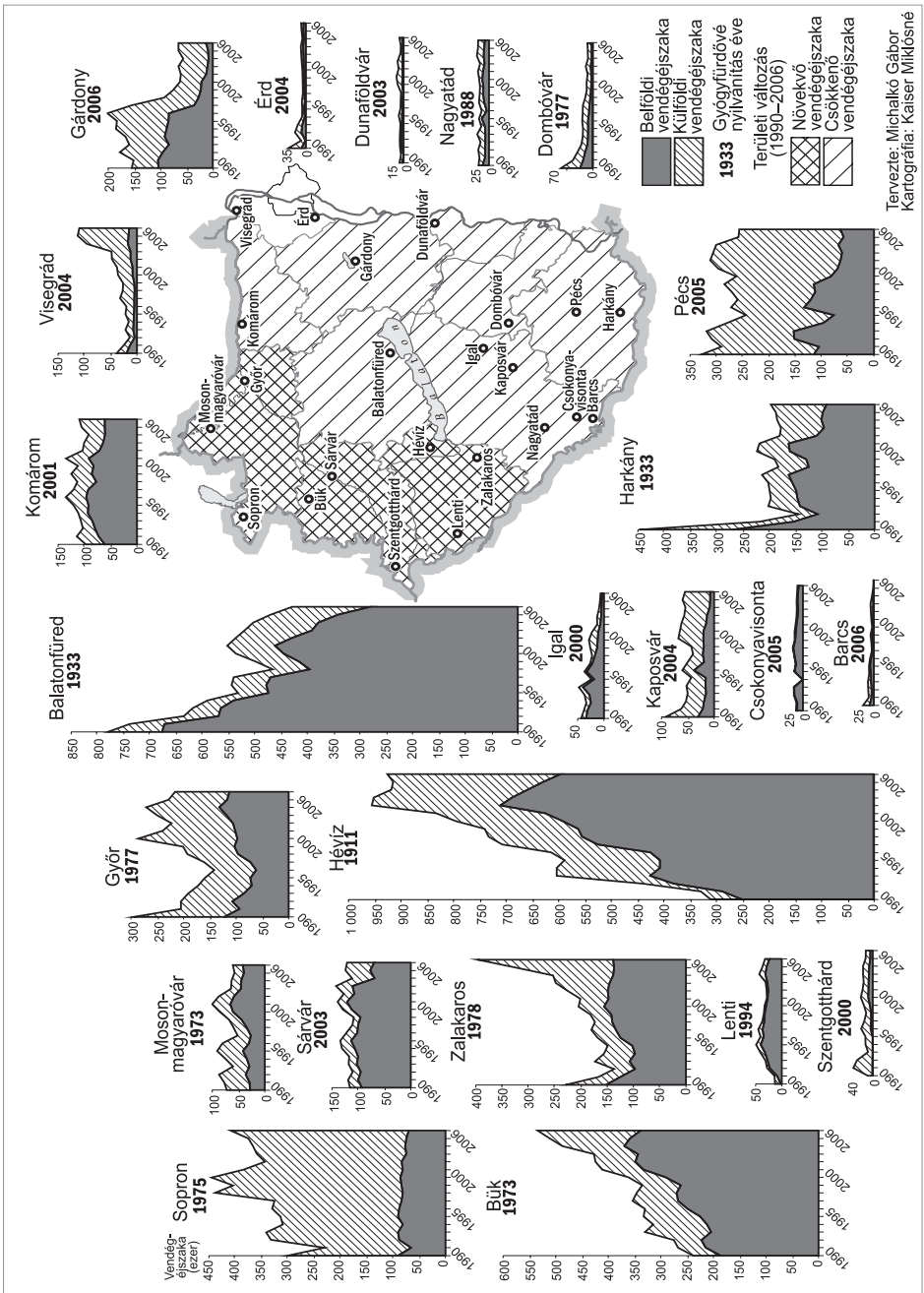
a gazdasági válságra való tekintettel – igen komoly problémaként kell szembe nézni, mert egyes fürdőkben már most is vészjósló jelek mutatkoznak arra vonatkozóan, hogy a belföldi kereslet nem lesz képes a működést biztosítani.

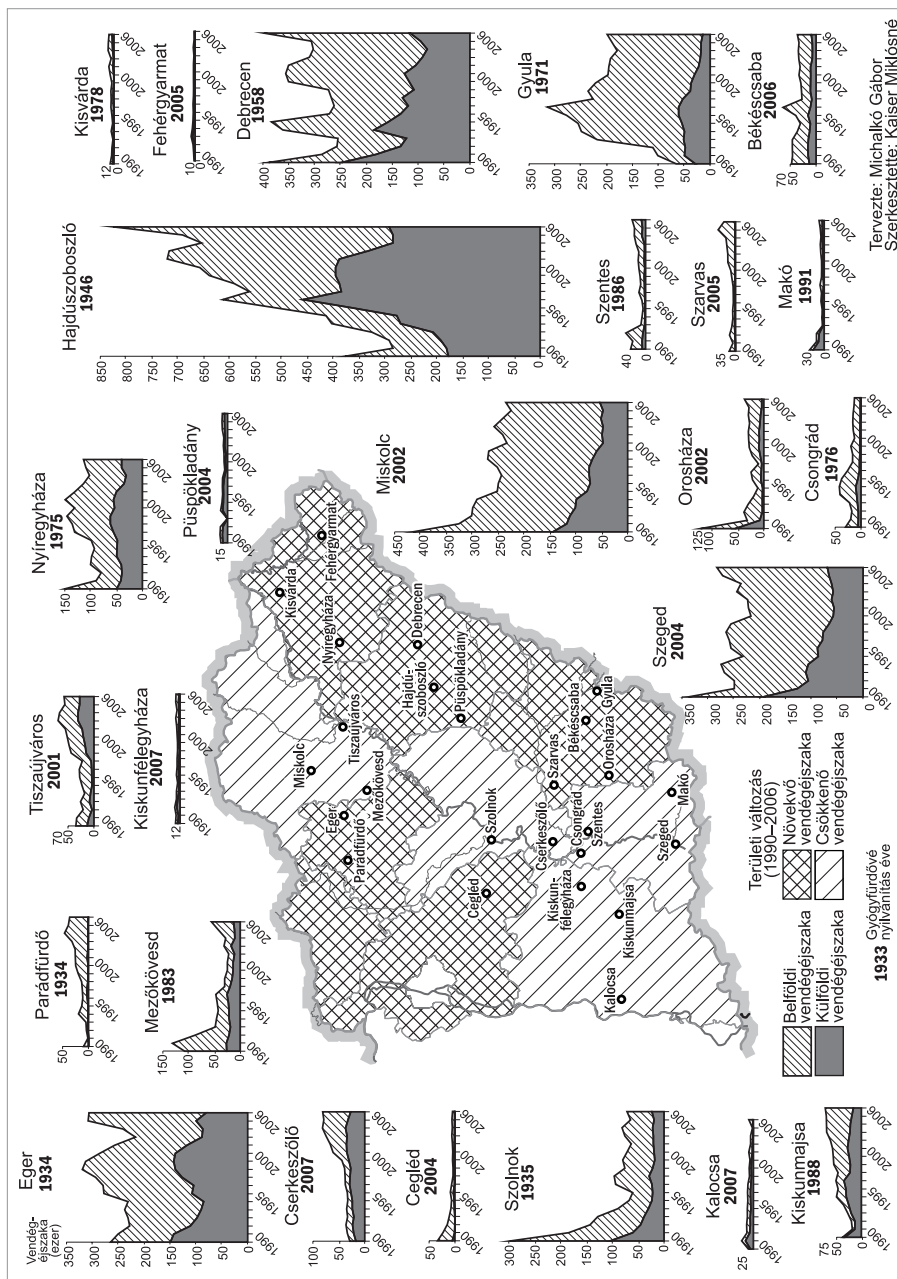
A gyógyfürdővel rendelkező települések kereskedelmi szálláshelyein regisztrált forgalmat vizsgálva megállapítható, hogy Magyarországon a nyugati határ közelében fekvő Hévíz, a keleti határ közelében található Hajdúszoboszló és a Balaton partján elhelyezkedő Balatonfüred bonyolítja a legnagyobb vendégforgalmat (1. ábra) (természetesen Budapest fürdőváros, de a keresletet nem az egészségturizmus, hanem a városi turizmus generálja). Mindhárom város részesült a Széchenyi-terv támogatásából, ezt Hajdúszoboszló és Hévíz kiválóan kamatoztatta, míg Balatonfüred alig élt vele. Ennek oka, hogy Balatonfüred fürdője kimondottan gyógyászati célú (egy kórház területén helyezkedik el), így esetében az állami támogatást inkább a vonzó, monarchia korabeli települési környezet fejlesztésére fordították. Nyugat-Magyarországon a már említett Hévíz és Balatonfüred mellett Bük, Zalakaros és Visegrád esetében látszik a Széchenyi-terv fejlesztéseinek jótékony hatása, míg Kelet-Magyarországon Hajdúszoboszló mellett csak Debrecen mutat némi kiugrást a jelentős állami apanáznak köszönhetően. A puszták számok is igazolni vélik a szkeptikusok azon félelmeit, hogy 34 fürdőváros egyszerre történő, hasonló kínálatot létrehozó fejlesztése összességében (országos átlagban) nem fogja az egészségturizmus élénkítéséhez fűzött vérmes reményeket beváltani.

Annak ellenére, hogy a statisztikai adatgyűjtés lépéshátrányban van a magyarországi egészségturizmus területén, 2004-től jól nyomon követhető a kimondottan gyógyszálló, 2006-tól a wellness-szálló minősítéssel rendelkező egységek kínálata. Amíg 2004 (56; 14868) és 2008 (54; 14645) között nincs érdemleges elmozdulás a magyarországi gyógyszállók száma és az ott igénybe vehető férőhelyek tekintetében, addig a wellness területén már dinamikusabb kínálatbővülést regisztráltak. Amíg 2006-ban 45 wellness szálloda 9021 férőhelye, addig 2008-ban már 82 wellness-szálloda 11 689 férőhelye várta a magyar és a külföldi vendégeket.

A magyar lakosság egészségturizmussal összefüggő utazási aktivitása

Miközben Magyarország előkelő helyet foglal el a nemzetközi turistaérkezések tekintetében, addig a belföldi kereslet is egyre fontosabb szerepet játszik a bővülő kínálat igénybevételében. A Központi Statisztikai Hivatal rendszeres adatgyűjtést végez a magyar társadalom utazási aktivitásának megismerése érdekében, amelynek során a legalább 2 napos utazáson (a szöveg további részében az utazás minden esetben több napos utazást jelent) résztvevők

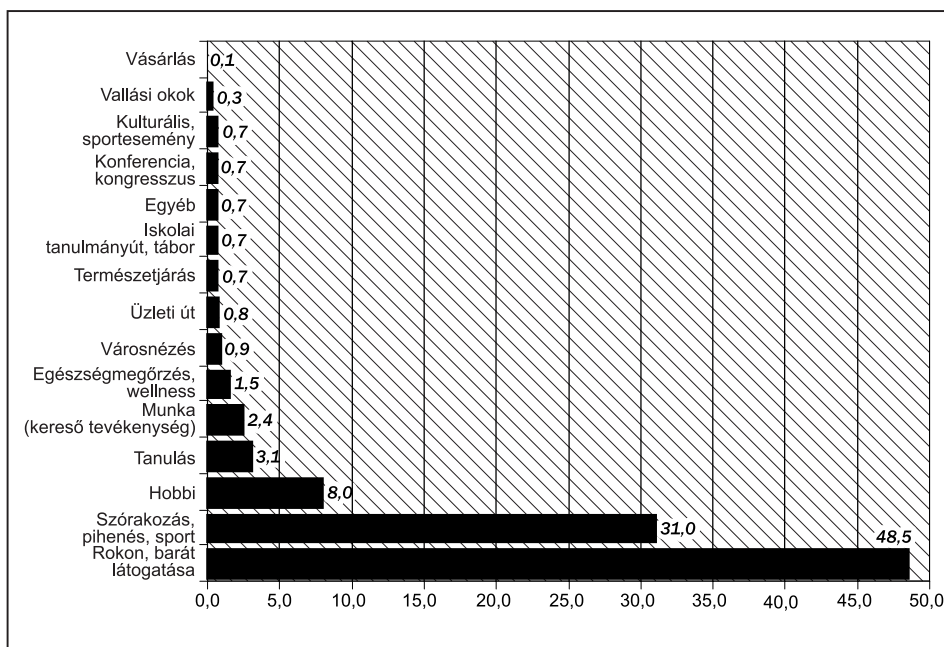




1. ábra A gyógyfürdők területi elhelyezkedése és vendégforgalma Magyarországon (1990–2006). Forrás: KSH

között folytatnak megfigyeléseket (Probáld 2008). 2004–2007 viszonylatában a teljes magyar társadalom mintegy 40%-a vett részt évente legalább egyszer 2 vagy annál több napos tartózkodással együtt járó utazáson. Minél fiatalabb valaki, annál nagyobb valószínűséggel vett részt 2007-ben utazásokon, a 0–14 éves korcsoport 50,3%-a, a 65 év felettek 28,4%-a utazott el legalább 2 napra Magyarország területén. 2007-ben a jó anyagi helyzetűek (66,0%), a felsőfokú végzettségűek (64,3%), a társas vállalkozások tulajdonosai (62,1%), az egy felnőttből és két gyermekből álló háztartások (60,6%), a vezető beosztásban dolgozók (58,8%), valamint a fővárosban élők (56,2%) a belföldi utazások tekintetében jelentősen felülreprezentáltak voltak az átlag magyar állampolgárok utazási aktivitásához (42,2%) viszonyítva.

Miközben a belföldi utazásokon résztvevők száma 2004–2007 viszonylatában jelentős növekedést mutatott (19,318 millió utazásról 26,027 millióra emelkedett), addig az egészségturisztikai motivációval útnak indulók száma csökkent (0,539 milliőről 0,392 millióra). 2007-ben a belföldi utazások legfontosabb motivációja a rokonok, barátok meglátogatása (48,5%) volt, amelyet a passzív pihenés (31%) követett, az egészségturizmusban való részvétel az összes utazásnak mindössze 1,5%-át inspirálta (2. ábra).



2. ábra Belföldi többnapos utazások motiváció szerint, 2007 (%).

Forrás: Probáld 2008, p. 71

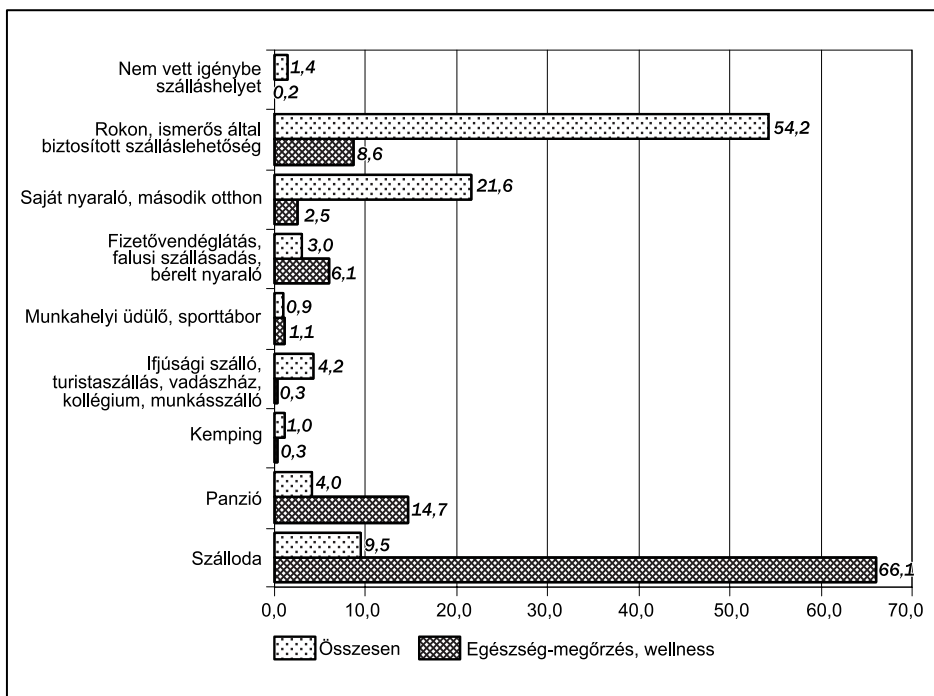
A magyarországi egészségturizmusban résztvevő belföldi turisták jellemzően az idősebb generációhoz tartoznak: míg a fiatalabb korcsoportokban alul, addig az idősebbekben felülreprezentáltak, különösen a 45–64 évesek között mutatható ki az átlagnál erőteljesebb érdeklődés az egészségturizmus kínálata iránt (1. táblázat). A legmagasabb iskolai végzettséggel rendelkezők és a jó anyagi helyzetben lévők nagyobb mértékben tekinthetők az egészségturizmus fogyasztóinak mint az alacsonyabban képzett, kedvezőtlenebb pénzügyi feltételekkel rendelkezők.

1. táblázat Az egészségmegőrzési motivációval utazó belföldi turisták szociodemográfiai jellemzői, 2007 (%)

Korcsoport					
	0–14	15–24	25–44	45–64	65–
Összesen	14,2	15,5	32,7	26,4	10,9
Egészségmegőrzés	6,7	5,1	23,8	46,4	18,0
Iskolai végzettség					
	Nincs	Alapfokú	Középfokú	Felsőfokú	
Összesen	16,2	14,9	42,0	26,9	
Egészségmegőrzés	8,1	13,5	41,0	36,7	
Anyagi helyzet					
	Nagyon szűkös	Szerény	Átlagos	Jó	Nagyon jó
Összesen	5,8	23,3	58,1	12,7	0,2
Egészségmegőrzés	2,3	20,6	56,1	18,9	2,1

(Forrás: Próbáld 2008, p. 71)

Az egészségturizmus elsősorban a regisztrált szálláshelyek igénybevételének tekintetében mutat az átlagos utazási tevékenységhez képest jelentős eltérést. Amíg az átlagos magyar utazó 2007-ben a rokonoknál, ismerősöknél, úgynevezett szívességi szálláslehetőségeket vett igénybe (54,2%), illetve a saját nyaralóját hasznosította (21,6%), addig az egészségturizmusban résztvevők szállodákban (66,1%) és panziókban (14,7%) szálltak meg (3. ábra). Ami a tartózkodási időt illeti, az egészségturisták (5,46 nap) az átlagos utazóhoz (4,06 nap) képest több időt töltöttek az általuk felkeresett desztináció(k)ban. Mindez részben összefügg a költség összetételével: az egészségturizmusban érintettek kiadásaiban a szállás befizetett étkezéssel 41,7%-ot tett ki, míg az átlagos utazó esetében ugyannerre a szolgáltatásra fordított költség aránya 20,2% volt. Nem meglepő, hogy az egészségturista egészségmegőrzéssel kapcsolatos szolgáltatásokra fordított kiadásainak aránya 7,2% (az átlagos utazó 1,6%-os részesedésével szemben). A belföldi utazásokon egészségmegőrzési motivációval résztvevők nagyobb mértékben használták a személygépkocsijukat (87,7%),



3. ábra Belföldi többnapos utazások szálláshely szerint, 2007 (%).

Forrás: Probáld 2008, p. 71

mint az átlagos utazók (69,9%). Az egészségturizmusnak a turizmusiparon belüli fontosságát támasztja alá az a tény, miszerint 2007-ben az egészségturisztikai motivációval belföldi utazáson résztvevők napi költése 2,64-szerese volt az átlagos utazóval összehasonlítva.

Az egészséggel összefüggő utazások a boldogság centrumában

Az életminőség alapvető tényezője az egészség (Kopp–Kovács 2006). A betegségek tudatos megelőzésének, egy betegségből való felgyógyulásnak, vagy éppen a jó közérzet biztosításának az egyik legkellemesebb formája az egészségturizmusban való részvétel, így az ilyen motivációjú utazások közvetlenül is hozzájárulnak az életminőség javulásához (Richards 1999, Neal et al. 1999).

A Központi Statisztikai Hivatal az Önkormányzati és Területfejlesztési Minisztérium, a Magyar Turizmus Zrt., valamint az MTA Földrajztudományi Kutatóintézet szakértőivel együttműködésben a magyar társadalom utazási

aktivitása és az étellel való elégedettség közötti elsődleges összefüggések feltárása érdekében 2007 második felében mintegy 11 500 háztartásban kérdőív felmérést végzett, melynek eredménye a teljes magyar felnőtt lakosságra vetítve reprezentatív. Az alábbiakban a magyarok étellel való általános elégedettségét és utazásaik szimbiózisát elemezzük.

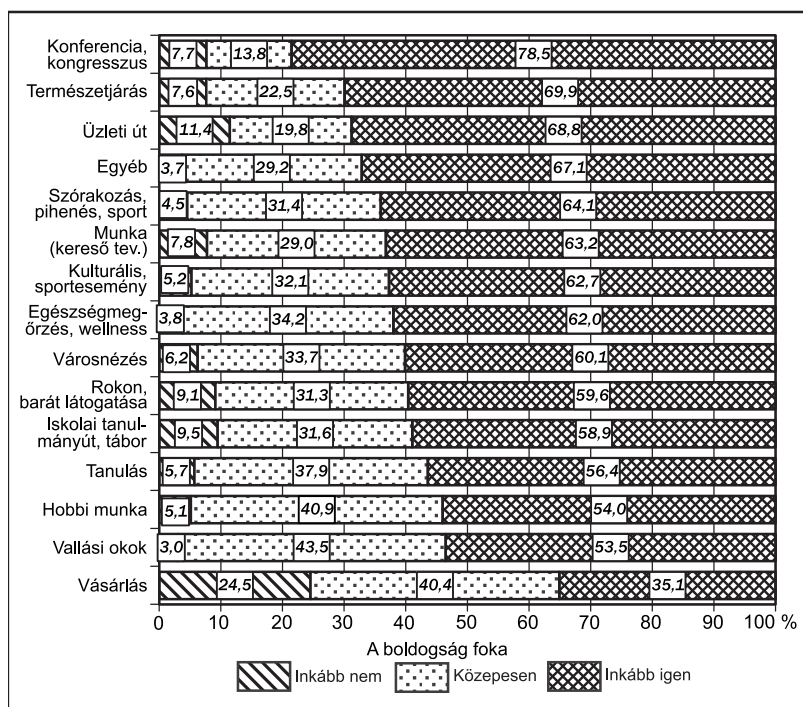
A magyar társadalom étellel való elégedettségének vizsgálatakor a közepesnél némileg kedvezőbb állapotot sikerült regisztrálni, az 1–5 közötti értékeket tartalmazó Likert-skálán, ahol az 1 a semennyire sem boldogot, az 5 a nagyon boldogot jelentette, 3,32 átlagos eredmény született. Az életkor előre haladtával egyre kedvezőtlenebb a boldogságként értelmezhető elégedettségi mutató, míg a 18–24 éves korosztályban 3,67, addig a 65 év felettiiek esetében már csak 2,89.

A szakértők által előre megadott tényezőket figyelembe véve a felnőtt magyar lakosság életére vonatkozó értékpreferencia sorrendben az egészségmegőrzés áll az első helyen. Ezt az otthonteremtés, a meglévő felújítása, csinosítása és a háztartás műszaki cikkekkel való felszerelése követi. Az 1–5-ig terjedő Likert-skálán, ahol az 1 a semmilyen, az 5 a jelentős meghatározást jelöli, az egészségmegőrzés 3,82-es értékkel a legfontosabb, az új gépkocsi vásárlása, meglévő cseréje 2,24-es értékkel a legkevésbé fontos tényezőnek számít. A belföldi utazást (3,03) megelőzi az egészségmegőrzés (3,82), az otthonteremtés, a meglévő felújítása, csinosítása (3,56) és a háztartás műszaki cikkekkel való felszerelése (3,28) is. A külföldi utazást (2,42) a ruhatár cseréje, megújítása (2,93), mozi, színház, kiállítás látogatása, egyéb kulturális tevékenység (2,67) is maga mögé szorítja.

Tekintettel arra, hogy az utazások alapvetően az emberi szükségletek kielégítésében játszanak szerepet, a legkülönbözőbb motivációval zajló turisztikai mobilitás befolyásolhatja az étellel való elégedettség érzését. A felnőtt magyar lakosság utazásai leginkább a családdal, ismerősökkel való kapcsolattartást szolgálják. Az 1–5-ig terjedő Likert-skálán, ahol az 1 a semmilyen, az 5 a jelentős meghatározást jelöli, a távolabb élőkkel való társas kapcsolatok fenntartása az utazás előre megadott funkciói közül 3,84-es értékkel a legfontosabbnak bizonyult. Ezt a köznapi értelemben vett rekreálódás követi, a munkavégző képesség megújítása (3,68) a második helyen szerepel az utazás életben betöltött funkcióinak sorában. Mivel az utazás örömszerző tevékenység, így sokan újra és újra szeretnének részesei lenni a belőle fakadó élvezeteknek, idővel tehát magáért az utazás tényéért kelnek útra. A felnőtt magyar lakosság nagyobb jelentőséget tulajdonít a turisztikai mobilitás újabb és újabb utazásokat gerjesztő mivoltának (3,44), mint az egészségi állapot javulásában betöltött funkciójának (2,83). Az utazás ösztársadalmi szinten legkevésbé az egyén sikerérezetének kiváltásában játszik közre (2,67).

Az utazásnak igen jelentős élettani hatásai vannak. A környezetváltozás eleve elősegíti a test–lélek–szellem hármasságának regenerálódását, a különböző egészségturisztikai (gyógyászat, wellness), vagy éppen az aktív turizmus (lovaglás, vízi sportok, kerékpározás stb.) alatt tárgyalt turisztikai termékek pedig jelentősen hozzájárulnak a komplex fizikai-pszichikai erősödéshez. A szervezet egyensúlyi állapotának, fiziológiai harmóniájának visszatükröződése a jó közérzet. A magyar társadalom utazásban érintett tagjainak állásfoglalása szerint, a turisztikai mobilitás kedvezően befolyásolja az egyén közérzetét, az 1–5 Likert-skálán, ahol az 1 a nagyon kedvezőtlenül, az 5 a nagyon kedvezően meghatározást jelöli, átlagosan 3,99 értéket rendeltek ehhez a tényezőhöz. A legfiatalabb (18–24 év) korosztály 87,2%-a, a legidősebb (65 év felett) 73,9%-a nyilatkozott úgy, hogy az utazás inkább kedvezően (a skála 4-es és 5-ös értéke összevonva) befolyásolja a közérzetét.

A jelen tanulmány keretében szolgáló kutatási program alapvető kérdése, hogy boldogabbak-e azok a magyarok, akik utazhatnak az utazásból kimaradó embertársaikhoz képest. A vizsgálat tanúbizonysága szerint szignifikáns



4. ábra Az utazó magyar társadalom boldogságának mértéke az utazási motivációk szerint, 2007 (%). (Forrás: KSH nem publikált adatbázisa)

összefüggés mutatható ki az utazásban való érintettség és az étellel való elégedettség között. Az eredmények kereszttáblás értékelése szerint azok, akik az utazásnak saját életükben kiemelkedő fontosságot tulajdonítanak, 72,4%-a inkább boldognak mondja magát (a skála 4-es és 5-ös értéke összevonva). Ezzel szemben az utazásnak a saját életükben semmilyen jelentőséget nem tulajdonítóknak mindössze 19,9%-a állította, hogy boldog. Ha a boldogság mértékét az utazási motivációval állítjuk párhuzamba, akkor tetten érhető a boldog emberek utazási tevékenysége. Azok, akinek a konferenciaturizmusban való részvétel jelentette az utazás elsődleges motivációját a legboldogabb (78,5%), akiknek a vásárlás, a legkevésbé boldog (35,1%) utazók közé tartoznak (4. ábra). Az egészségmegőrzés céljából történő utazásokban való érintettség ugyan nagy mértékű (62,0%) boldogságtudatot tükröz, de az utazási motiváció és a boldog lét közötti összefüggés kapcsán a természetjárás (69,9%), az üzleti út (68,8%), az üdülés (64,1%), a munka (63,2%), a kulturális és sportrendezvényeken való részvétel (62,7%) is kedvezőbb pozíciót foglal el. Természetesen tisztában vagyunk azzal, hogy a látszólagos összefüggések mögött bonyolultabb, az egyének társadalmi-gazdasági státuszát befolyásoló tényezők állnak. Az utazásnak a saját életükben kiemelkedő jelentőséget tulajdonító emberek feltehetően iskolázottságukkal összefüggő előnyös egzisztenciális helyzetük és kedvező anyagi lehetőségeik által determinálva érzik magukat boldogabbnak. Ezt látszik alátámasztani az a tény, hogy a hivatásturizmushoz tartozó konferencia és üzleti út vezető motivációt jelent a boldogság tudatosulásával történő megfeleltetésben.

Következtetések

Magyarország a 2001–2004 között, a Széchenyi-terv keretében megvalósult fejlesztéseknek köszönhetően európai összehasonlításban is versenyképes egészségturisztikai kínálattal rendelkezik. Ez az élénk nemzetközi kereslet mellett területileg erősen differenciált lehetőséget biztosít a belföldi turizmus igényeinek kielégítésére is. Annak ellenére, hogy a magyarországi fürdő-kultúra évezredes hagyományokra épül, a magyar társadalom jelentős lemaradásban van az egészségturizmus szerepének felismerésében. Ennek a helyzetnek az orvoslása érdekében a magyarországi turizmus irányítása prioritásként kezeli az egészségturizmus mutatóinak és vele összefüggésben a társadalom életminőségének javítását. Az egészségturisztikai szolgáltatások igénybevételében elsősorban a kedvezőbb egzisztenciális helyzetben lévők érintettek, az alacsonyabb iskolázottságú, rosszabb anyagi körülmények között élők ritkábban lépnek fogyasztóként erre a piacra. Mivel a magyar társadalom – különösebb az idősebb korosztály – étellel való elégedettsége alacsony

mértékű, az utazások azonban jelentős közérzetjavító hatást generálnak, így kézenfekvő a belföldi egészségturizmusban való részvétel minél szélesebb körben történő serkentése. Az egészségturizmus fejlesztésétől várható társadalmi változások a magasabb költségi mutatók miatt a gazdaságra is kedvező hatást gyakorolnak.

Tekintettel arra, hogy a magyar társadalomban az egészség megőrzése a legfontosabb értéként jelenik meg és az utazás boldogságnövelő hatása is közismert, a magyarországi egészségturizmus komoly tartalékokkal rendelkezik a magyarság testi és lelki egészségének mielőbbi helyreállításában.

IRODALOM

- ÁCS P.–LACZKÓ T. 2008: Területi különbségek a hazai egészségturizmus kínálatában. *Területi Statisztika*. 11. 3. pp. 344–356.
- BRÜLDE, B. 2007: Happiness and the good life. Introduction and conceptual framework. *Journal of Happiness Studies*. 8. 1. pp. 1–14.
- BUDAI Z. 2001: A Széchenyi Terv keretében megvalósuló egészségturisztikai fejlesztések első félévének eredményei. *Turizmus Bulletin*. 5. 3. pp. 8–15.
- BUDAI Z.–SZÉKÁCS O. 2001: A magyar egészségturisztikai kínálat alakítása a különböző célcsoportok igényei szerint. *Turizmus Bulletin*. 5. 4. pp. 13–18.
- CSÍKSZENTMIHÁLYI M. 1998: *És addig éltek, amíg meg nem haltak: a mindennapok minősége*. Kulturtrade, Budapest.
- FEKETE Zs. 2006: Életminőség. Koncepciók, definíciók, kutatási irányok. In: Utasi Á. (szerk.) *A szubjektív életminőség forrásai: biztonság és kapcsolatok*. Budapest: MTA Politikai Tudományok Intézete. pp. 277–309.
- GILBERT, D.–ABDULLAH, J. 2002: A study of the impact of the expectation of a holiday on an individual's sense of well-being. *Journal of Vacation Marketing*. 8. 4. pp. 352–361.
- JUROWSKI, C.–BROWN, D. 2001: A comparison of the views of involved versus noninvolved citizens on quality of life and tourism development issues. *Journal of Hospitality & Tourism Research*. 25. 4. pp. 355–370.
- KOPP M.–KOVÁCS M. 2006 (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- MICHALKÓ G. 2007: *A turizmuselmélet alapjai*. Kodolányi János Főiskola, Székesfehérvár.
- MICHALKÓ G.–RÁTZ T.–TÓTH G.–KINCSES Á. 2009: A gyógyfürdővel rendelkező magyarországi települések életminőségi aspektusainak vizsgálata. *Területi Statisztika*. 12. 2. pp. 170–185.
- MUNDRUCZÓ Gy.-NÉ-SZENNYESSI J. 2005: Széchenyi Terv egészségturisztikai beruházásainak gazdasági hatásai. *Turizmus Bulletin*. 9. 3. pp. 30–41.
- NEAL, J.–SIRGY, J.–UYSAL, M. 1999: The role of satisfaction with leisure travel. Tourism services and experience in satisfaction with leisure life and overall life. *Journal of Business Research*. 44. 3. pp. 153–163.
- PERDUE, R.–LONG, P.–KANG, Y. 1999: Boomtown tourism and resident quality of life. The marketing of gaming to host community residents. *Journal of Business Research*. 44. 4. pp. 165–177.

- PROBÁLD Á. 2008: *Jelentés a turizmus 2007. évi teljesítményéről*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. 110 p.
- PUCZKÓ L.–RÁTZ T. 1998: *A turizmus hatásai*. Aula–Kodolányi János Főiskola, Budapest–Székesfehérvár.
- RAHMAN, T.–MITTELHAMMER, R. – WANDSCHNEIDER, PH. 2005: *Measuring the Quality of Life across Countries–A Sensitivity Analysis of Well-being Indices*. Research Paper 2005/2006, United Nations University WIDER.
- RICHARDS, G. 1999: Vacations and the quality of life. *Journal of Business Research*. 44. 3. pp. 189–198.
- UTASI Á. 2006: A minőségi élet feltételei és forrásai. In: Utasi Á. (szerk.): *A szubjektív életminőség forrásai: biztonság és kapcsolatok*. Budapest: MTA Politikai Tudományok Intézete. pp. 13–49.

Fürdővárosok a magyarországi kultúrtájban, különös tekintettel az üdülőingatlanok szerepére¹

MICHALKÓ GÁBOR – RÁTZ TAMARA

Bevezetés

A fürdővárosok kitüntetett szerepet töltenek be a turizmus magyarországi történetében. A XXI. században is látogatható fürdők (illetve azok maradványai) arról tanúskodnak, hogy a római birodalomban, a török hódoltságban és az Osztrák-Magyar Monarchiában egyaránt virágzó fürdőélet volt a mai Magyarország területén (Farkas 1962). A magyarországi fürdőkultúra töretlen fejlődésének elismerését jelentette, hogy 1937-ben Budapesten rendezték az első Nemzetközi Fürdőügyi (Balneológiai) Kongresszust (Vitéz 1980). A fürdők a szocializmus évtizedeiben is hozzájárultak a belföldi és a nemzetközi turizmus élénküléséhez (Grove 1977). A rendszerváltozást követően – különösen a 2000-ben meghirdetett Széchenyi-tervnek köszönhetően – a fürdők kínálatára alapozott egészségturizmus lett a magyarországi turizmus elsődlegesen fejlesztendő terméke (Mundruczó–Szennyessi 2005). Napjainkban 51 olyan település található Magyarországon, amely minősített gyógyfürdővel rendelkezik, Budapesten 7 gyógyfürdő működik².

A magyarországi gyógyfürdők sajátossága elsősorban a gyógyvizek magas hőfokának és egymástól különböző ásványi összetételének köszönhető. A nemzetközi normáknak minden tekintetben megfelelő gyógyfürdők és gyógyszállodák kínálata a fürdővárosokat sok esetben az adott térség első számú turisztikai desztinációjává emelte (Tóth–Dávid 2010). Ez jelentősen hozzájárult a települések fejlődéséhez, a pozitív előjelű változások még azokban a helységekben is kimutathatóak, ahol a fürdő a centrumtól távolabb, esetleg külterületen fekszik. A monofunkciós fürdővárosokban egyértelműen az egészségturizmus jelentette a fejlesztés motorját, a többfunkciós helységekben a gyógyfürdők kínálata szinergikusan élénkítette a turizmusipar, illetve a helyi gazdaság működését (Smith–Puczkó 2009). Egyes magyarországi fürdővárosokban a nemzetközi, másokban a belföldi kereslet dominál, az érintett

¹ A tanulmány a *Hungarian Geographical Bulletin*. 59. 2. (2010) számában, valamint a *Frisnyák S. – Gál A. (szerk.) Kárpát-medence: tájak, népek, tevékenységek – Földrajzi tanulmányok. Nyíregyházi Főiskola – Bocskai István Gimnázium, Nyíregyháza – Szerencs (2011)* kötetben megjelent cikkek alapján készült.

² http://www.antsz.hu/portal/down/kulso/ogyfi/gyogyfurdok_20090829.pdf

települések többségében azonban kiegyenlített a vendégforgalom összetétele. Az újonnan épített fürdők vagy a már meglévők fejlesztése, korszerűsítése nem csak a turizmust, hanem az ingatlanpiacot is élénkítette.

A fürdők felújítása, új létesítményekkel történő bővítése, környezetük rendezése az adott településre jellemző kultúrtájat módosító beruházások (Berényi 2001). Egyes esetekben a beruházások – volumenüknek vagy karakterisztikus mivoltuknak köszönhetően – önmagukban is képesek a kultúrtáj megváltoztatására, a legtöbbször azonban a járulékos fejlesztések következtében változik a település arculata. Magyarországon klasszikus értelemben vett fürdővárossal alig találkozhatunk, mivel a gyógyturizmus dominanciája csak kevés településen jelentkezik. Ebből következően a fürdők fejlesztése leginkább a kultúrtáj egy-egy részletében ragadható meg, az összkép teljes átalakulásáról nemigen beszélhetünk. Magyarországon a kultúrtáj történelmi fejlődésének eredményeként létrejövő fürdővárosok leginkább domináns gyógyturisztikai funkcióval rendelkező falvak vagy kisvárosok, amelyek arculatában ugyan visszatükröződik a fürdőélet kiszolgálásához kötődő funkció, de a tradíció alig sugárzik belőlük. Ez részben a római és török kori fürdők elpusztulásával, részben az Osztrák-Magyar Monarchia idején létrejött létesítmények 1945–1990 közötti hanyag kezelésével magyarázható. A szocializmus időszakában felépült fürdők az azokra épülő szolgáltatások (szálloda- és vendéglátóipar, kiskereskedelem, rendezvények stb.) elégtelensége miatt nem voltak képesek valódi fürdővárossá avansálni az érintett településeket. A rendszerváltozás óta eltelt két évtized kedvező változásai, különösen az állami (részben európai uniós) és az önkormányzati finanszírozású, új építésű, illetve rekonstrukción átesett létesítmények már képesek voltak a magántőke megmozdítására is. A mennyiségi és/vagy minőségi változásokon áteső kínálat, a kereskedelmi és magánszálláshelyek, az éttermek, a cukrászdák, az üzletek, a közösségi terek (sétányok, parkok, rendezvényhelyszínek) maguk után vonták a közterületek rendezését (zöldterületek bővítése, parkolók létrehozása, a tömegközlekedést bonyolító érkezési pontok fejlesztése). Ez a folyamat párosult a magántulajdonban lévő ingatlanállomány megújulásával is, a felújítások, építkezések hozzájárultak az érintett települések (településrészek) arculatának megváltozásához, végső soron a kultúrtáj átfarmálódásához (Egedy 2009).

Azok a turisták, akik a gyógyvíz és a gyógykezelések jótékony hatásait rendszeresen igénybe kívánják venni, egyrészt saját ingatlan, másrészt üdülési jog megvásárlása révén csökkenthetik a tartózkodás költségeit. Természetesen az ingatlanvásárlások mögött nem minden esetben áll egészségturisztikai motiváció, a befektetési szándék vagy az adott település turisztikai miliójének gyakori fogyasztása is ösztönzőleg hathat az ingatlanvásárlásra. Belföldi viszonylatban viszonylag korán, már a szocializmus évtizedeiben felismerést

nyert, hogy a gyógyfürdővel rendelkező települések jó helyek, ahol érdemes telket, nyaralót, hétvégi házat vásárolni, így egész évben biztosított a fürdő igénybevétele (Martonné 1985). Az ingatlan persze alkalmas rokonok és barátok vendégül látására, a társadalmi kapcsolatok ápolására, mindemellett bérbé adható a turistáknak is. A külföldiek tömegesebb mértékű magyarországi ingatlanvásárlására csak a rendszerváltozást követően kerülhetett sor, ők is előszeretettel vettek házat vagy lakást a fürdővárosokban. Az ingatlanvásárlást a belföldiek és a külföldiek esetében is motiválhatta a befektetési szándék, mivel a fürdővárosokban található telkek, házak és lakások többsége piacképes, viszonylag könnyen eladható vagy kiadható.

A tanulmányban áttekintést adunk a magyarországi fürdővárosok belföldi és nemzetközi turistaforgalmának mint a szabadidős funkciót létrehozó és fenntartó, a változásokat előidéző katalizátor területi vonatkozásairól. Elemezzük továbbá mindazokat a turizmusföldrajzi sajátosságokat, amelyek lehetővé teszik és befolyásolják a fürdővárosok kultúrtájként történő értelmezését. Ezzel összefüggésben egyrészt értékeljük a fürdővárosok lakásállományának turisztikai vetületeit (különös tekintettel az üdülési célra hasznosított ingatlanokra, a második otthonokra), másrészt megvizsgáljuk a külföldi állampolgároknak az érintett településeken észlelhető ingatlanvásárlási aktivitását. A kutatás során a Központi Statisztikai Hivatal 1990–2006 közötti évekre vonatkozó turisztikai és a 2001. évi népszámlálási adatbázisát, továbbá az Önkormányzati Minisztérium külföldiek ingatlanvásárlásaira vonatkozó 2001–2006-os nyilvántartását hasznosítjuk³.

A fürdővárosok vendégforgalmának területi vonatkozásai

A magyarországi fürdővárosokat⁴ forgalmuk szempontjából a vendégéjszakák száma és a vendégek összetétele alapján csoportosíthatjuk. A vendégéjszakák számát vizsgálva megkülönböztethetünk jelentős, közepes és alacsony forgalmú településeket, míg a vendégek összetétele szempontjából kiegyenlített domináns belföldi és domináns külföldi forgalmú helységekről beszélünk.

³ Az adatbázis összeállítására a 2007-ben indult és 2010-ben záródó *Egészségturizmus és életminőség Magyarországon* című kutatási program keretében került sor. Tekintettel arra, hogy az adatbázist 2007-ben vásároltuk meg az illetékes szolgáltatóktól, ezért 2006 volt az utolsó elérhető év, de ez nem befolyásolja a kutatás eredményeit, mivel hosszú idősorokat elemzünk.

⁴ Tekintettel arra, hogy Mórahalmon 1998-ban, Mátraderecsken pedig csak 2002-ben létesült kereskedelmi szálláshely, ezért erre a két településre nem terjedt ki a vizsgálat. Így az OGYFI nyilvántartásában szereplő 51 településből 49 adatait elemeztük.

A regisztrált vendégéjszakák száma alapján a *jelentős forgalmat* (100 ezer vendégéjszaka) lebonyolító magyarországi fürdővárosok száma 18, amely a vizsgált településállomány 38%-a. A jelentős forgalmú települések között 5 régió-, egyúttal megyeközpont (Debrecen, Győr, Miskolc, Szeged, Pécs) és 3 megyeközpont (Eger, Nyíregyháza, Szolnok) szerepel. Ezen települések esetében – ahogyan arra már a fentiekben utaltunk – az egészségturisztikai keresletet rendkívül nehéz a többi, jobbára városi turizmusként testet öltő turisztikai terméktől megkülönböztetni. Bük, Hajdúszoboszló, Harkány, Hévíz, Sárvár és Zalakaros kapcsán a viszonylag alacsony népességszám mellett az egészségturisztikai funkció dominanciájáról beszélhetünk. A magyar-szlovák határ mentén fekvő Komárom, a magyar-román határ menti Gyula és a magyar-osztrák határváros, Sopron esetében a bevásárló és a kulturális turizmus vonzerőit is tetten érhetjük. Balatonfüred és Gárdony esetében pedig a vízparti üdülturizmussal él sikeres szimbiózisban az egészségturizmus. A *közepes forgalmú* (10 ezer vendégéjszaka<100 ezer vendégéjszaka) fürdővárosok száma 20, amely a vizsgált településállomány 42%-a. Ezek között a regionális szerepkör már egyáltalán nem érhető tetten, a megyei azonban még több megyeközpontnál (Békéscsaba, Kaposvár) is kimutatható. Amíg a jelentős forgalmat bonyolító megyeközpontok tradicionális fürdőkultúrával rendelkeznek (Egerben a török korra, Nyíregyházán az Osztrák-Magyar Monarchia időszakára visszanyúlóan) a közepes forgalmú megyeközpontokban a múltban gyökeredző örökség már nem jelenik meg vonzerőként. A közepes forgalmú települések csoportjában Cserkeszőlő, Csokonyavisonta, Igal, Kiskunmajsa, Parádfürdő tekinthető monofunkciós fürdővárosnak. Amíg Visegrádon a kultúra, Lentiben a kiskereskedelmi jelleg, addig Tiszaújváros, Szentes, Szarvas, Szentgotthárd, Orosháza, Mezőkövesd, Mosonmagyaróvár, Kisvárd, Dombóvár, Csongrád, Nagyatád esetében az ipari és/vagy mezőgazdasági szerepkör is befolyásolja a vendégforgalom alakulását. Az *alacsony forgalmú* fürdővárosok (1 ezer vendégéjszaka<10 ezer vendégéjszaka) sorában nincs sem regionális, sem pedig megyeközpont. Döntő többségében határ közeli (Barcs, Fehérgyarmat, Makó), vagy turisztikai árnyékszónában (Cegléd, Dunaföldvár, Érd, Kalocsa, Kiskunfélegyháza, Püspökladány) elhelyezkedő településekről van szó.

1990–2006 között a fürdővárosok keresletében a belföldi vendégek éves átlagos aránya 59%, míg a külföldieké 41% volt (Budapest nélkül). Domináns (67%<) belföldi forgalmat összesen 20 fürdőváros esetében, a vizsgálatba vont településállomány 42%-ában regisztráltak, míg a külföldi kereslet dominanciája (67%<) már csak 6 helységben, a fürdővárosok 13%-ában volt kimutatható. A domináns belföldi keresletű fürdővárosok döntő többsége Kelet-Magyarországon fekszik, míg a vendégforgalom tekintetében külföldi dominanciájúak kivétel nélkül Nyugat-Magyarországon. Akár a belföldi, akár

a külföldi dominanciával rendelkező településeket vizsgáljuk, érdemi területi sajátosság nem emelhető ki, tehát sem a határmentiség, sem a fővároshoz (a nemzetközi turizmus kapuja, a belföldi turizmus legfontosabb küldő területe) közeli fekvés nincs hatással a keresleten belüli arányokra. A belföldi dominanciájú települések listáját a Mátrában fekvő Parád vezeti (92%), az itt működő állami kórház beutaltjai, illetve azok hozzátartozói képezik a település vendégeinek jelentős hányadát. A külföldi dominanciájú települések között a magyar-horvát határ közelében fekvő Csokonyavisonta (83%) áll az élen, a fürdőváros azonban nem a kézenfekvőnek tűnő horvát forgalomnak, hanem a korábbi évtizedekben kialakult, jobbára németek és hollandok lakta üdülőtelep vonzásának köszönheti a pozícióját.

A magyarországi fürdővárosok turizmusföldrajzi sajátosságai

A magyarországi fürdővárosok számos turizmusföldrajzi sajátossággal rendelkeznek, amelyek közül a közigazgatási jogállásuk, a funkcionális szerepkörük és a fekvésükkel összefüggő turisztikai miliójuk emelhető ki. Tekintettel arra, hogy a fürdővárosok ezen sajátosságai egymásra hatva befolyásolják a kultúrtáj formálódását, ezért az alábbiakban röviden elemezzük a fontosabb jellemzőiket.

A vizsgálatba vont fürdővárosok többsége *városi jogállású*, mindössze 4 település (Cserkeszőlő, Csokonyavisonta, Igal, Parád) község. A fürdők generálta turistaforgalom több település esetében is hatással volt a városi cím elnyerésére. Így Hévíz (1992), Zalakaros (1997), Harkány (1999), Visegrád (2000) és Bük (2007) rendszerváltozás utáni várossá nyilvánítása nem a 2–3 ezer fős lakónépességükkel, hanem az azt többszörösen meghaladó vendégforgalmukkal hozható összefüggésbe. A városi cím természetesen nem önmagában, hanem a vele járó kiemelt állami támogatás, illetve az európai uniós pályázatok elnyerésének megnövekedő lehetősége révén segíti az adott település egészségügyi turisztikai infrastruktúrájának kiépülését. A városi cím birtoklása – ha jól sáfárkodnak vele – nagyobb lobbierőt és intenzívebb marketingkommunikációt is magával vonhat (Pirisi–Trócsányi 2009).

Az általunk fürdővárosnak nevezett települések között a magyar *fővárossal*, továbbá számos *régió- és megyeközponttal* is találkozhatunk. Budapest minden kétséget kizáróan fürdőváros, hisz területén 7 gyógyfürdő üzemel, amelyek a település turisztikai kínálatának alapköveit képezik. Székesfehérvár kivételével minden regionális központban található gyógyfürdő, azonban tradicionális fürdőélettel mindössze Miskolc dicsekedhet, ahol a miskolctapolcai barlangfürdő köré egy egész üdülő-városrész épült. Debrecenben, Szegeden és

Győrben csak az elmúlt évtizedben valósultak meg azok a fürdőberuházások, amelyek mára nemzetközileg is versenyképes egészségügyi turisztikai vonzerővel színesítették a régióközpontok gazdag turisztikai kínálatát (Pécs gyógyfürdője érdemben nem befolyásolja a régióközpont turizmusát). A megyeszékhelyként is funkcionáló fővároson és a regionális központokon kívül még öt megye központjában (tehát a 19-ből összesen 11-ben) vannak gyógyfürdők. Eger és Nyíregyháza, továbbá Szolnok tradicionális fürdőélettel dicsekedhet, előbbi a török, utóbbiak az Osztrák–Magyar Monarchia időszakára nyúlnak vissza, Békéscsaba és Kaposvár esetében a fürdő sokkal inkább kínálatbővítő elemként, mintsem első számú vonzerőként értelmezhető. A fővárosban, a régió- és megyeközpontokban a turizmus oly mértékben egybeforrt a települések többi funkciójával, hogy a jelentős lakosságszám, a gazdasági, kulturális, tudományos és oktatási szerepkör az egészségügyi turizmussal szimbiózisban levő turisztikai termékek (VFR, üzleti, kulturális és konferenciaturizmus) működését generálja (Page 1995, Aubert et al. 2007). Tiszta egészségügyi turisztikai funkció csak kevés fürdőváros esetében mutatható ki, mivel a vízparti településeken (pl. Balatonfüred, Gárdony) az üdülturizmussal, jelentős műemlékkel rendelkező településeken (pl. Gyula, Kalocsa, Visegrád, Sopron) a kulturális turizmussal fonódik össze.

A fürdővárosok turisztikai miliójét (Michalkó–Rátz 2006) az adott település közigazgatási jogállásával és az azzal részben összefüggő funkciójával karöltve értékelhetjük. A községi jogállású, monofunkciós (tehát az egészségügyi turizmusra épülő) települések (pl. Igal, Csokonyavisonta) fürdőélete *falusias* milióban zajlik, de ugyanez a milió jellemzi a központtól távol levő fürdőteleppel rendelkező városokat is (pl. Mezőkövesd–Zsóry-fürdő; Orosháza–Gyopárosfürdő) (1. fénykép).

Kisvárosi milióval egyrészt azokon a településeken találkozhatunk, ahol a fürdő a település fejlődésében (várossá válásában) központi szerepet játszott (pl. Hévíz, Harkány, Zalakaros), másrészt a település történelmi múltjának és jelenlegi funkciójának köszönhetően kisvárosi jegyeket hordoz (pl. Püspökladány, Kiskunfélegyháza) (2. fénykép).

A *nagyvárosi* milió eklatáns példája Budapest, de a régió- és megyeközpontok is magukon viselik a nagyvárosi milió számos elemét.

A milió tekintetében külön kategóriát jelentenek az üdülőtelepülések (pl. Balatonfüred, Gárdony), itt a vízparti jelleg, a nyári fürdőélet jelentősen módosítja a közigazgatási jogállásból és a funkcióból következő miliót.



1. fénykép Mezőkövesd–Zsóry fürdő, szántófeld övezte fürdőtelep egy műholdfelvételen
(Forrás: Google Earth)



2. fénykép Hévíz, a monarchiabeli hangulat keveredése a kisvárosi utcai kifőzde feelinggel
(Forrás: Michalkó Gábor felvétele)

A fürdővárosi üdülőövezetek mint a kultúrtáj meghatározó elemei

A második otthonokkal kapcsolatos bőséges szakirodalom (Hall–Müller 2004) egyik csomópontjában a kelet-európai fejlődés sajátosságai állnak (Csordás 1999). A volt szocialista országokban a rendszerváltozást megelőzően a második otthonok képezték a magántulajdon egyik alapvető bázisát. Mivel a piaczgazdaság hiányában az amúgy szerény mértékű megtakarítások értékállóságát elsősorban ingatlanok vásárlásával lehetett biztosítani, ezért a nagyvárosok környékén, a vízparti területeken és a fürdővárosokban kialakultak a második otthonokból álló üdülőzónák. A folyamatot az is erősítette, hogy a Szovjetunió érdekszférájához tartozó országok lakosságának külföldre történő utazásait a politikai hatalom korlátozta, a belföldi turizmus sajátos szuprastruktúrája (szakszervezeti, vállalati üdülők) nem tudta kielégíteni az igényeket, így jobb híján a második otthonok biztosították az állandó lakóhelyen kívüli szabadidő-eltöltést. Az ingatlanokat kezdetben üres telkeken álló kalyibák testesítették meg, mivel nagyon nehéz volt megfelelő építőanyaghoz hozzájutni, később a gyakran szerkezetkész faházak megoldások terjedtek el, a kőházak megjelenése csak az 1980-as évektől volt jellemző. Az 1990-es évektől kezdődően a második otthonok piaca megélénkült, az új tulajdonosok az egykori kalyibák és faházak helyére egyre több helyen építettek modern kőházakat vagy korszerűsítették a korábban felhúzott épületeket. A modernizáció mellett funkcióváltásra is sor került, egyes esetekben a régi/új tulajdonosok a második otthonukat első otthonukká léptették elő (például a régi tulajdonos a nyugdíjas éveit az egykori nyaralóban tölti, vagy azt átadja gyermekének, hogy ott éljen).

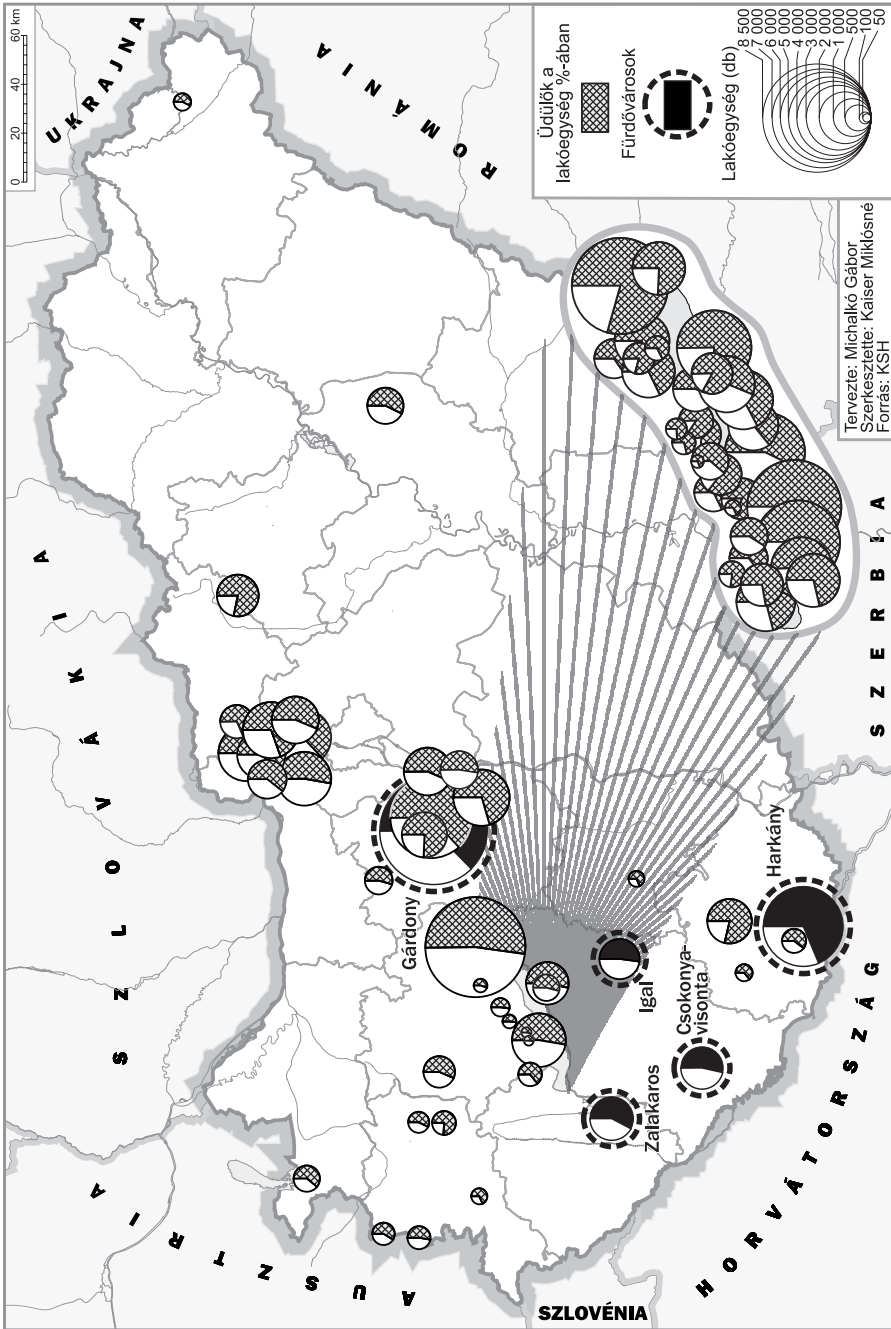
A magyarországi fürdővárosok különleges helyet foglalnak el a második otthonok tekintetében. A nagyvárosokat övező, illetve vízparti üdülőterületekkel történő összehasonlításban a fürdők környékén létesült második otthonok használata ugyanis kevésbé szezonális, amely az adott település fejlődését is kedvezőbben befolyásolta. A meleg vizű fürdők többsége fedett, illetve téliesített, amely lehetővé teszi az egész évben való látogatásukat. A második otthonok tulajdonosai az év bármely szakaszában igénybe vehetik az adott fürdő szolgáltatásait, ideiglenesen bérbe adhatják ingatlanukat vagy abban szívességi alapon vendégeket fogadhatnak. A kereslet időbeli kiegyenlített-sége kiépítettebb infrastruktúrát követelt, amely kedvezően hatott a település állandó népességének megtartására és elősegítette a beköltözés élénkülését. A fürdők környékén kiépült üdülőtelepek idővel önálló településrészé avasztáltak, illetve a település fejlődését jelentős mértékben dinamizálták.

A magyarországi második otthonokkal kapcsolatos vizsgálatokat a 2001. évi népszámlálás alkalmával végzett üdülő-összeírás adatbázisa biztosítja. Eszerint a tulajdonosok a teljes ingatlanállomány 6%-át használták második

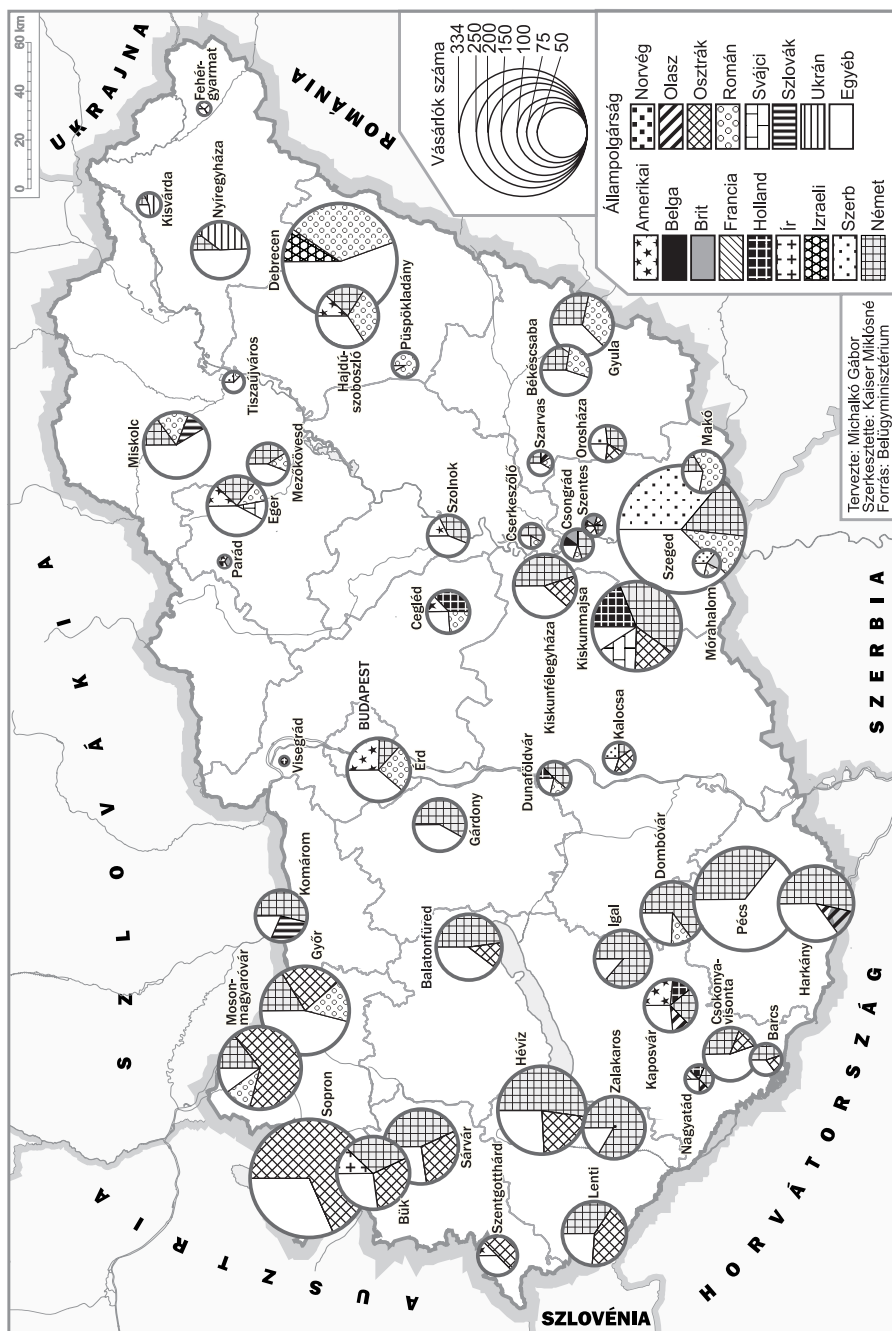
otthonként. 2001-ben 78 olyan település volt Magyarországon, ahol a második otthonok aránya meghaladta a teljes ingatlanállomány 50%-át (1. ábra). Ezeket a városokat, illetve falvakat üdülőtelepülésnek nevezzük. Az üdülőtelepülések földrajzilag a Budapesttől északra elterülő festői szépségű Dunakanyarban, valamint a vízparti nyaralásra alkalmas Velencei-tó és a Balaton környékén koncentrálnak.

Magyarország 78 üdülőtelepüléséből mindössze 5 fürdővárossal találkozhatunk. Az üdülőállomány Harkányban (68,7%), Gárdonyban (62,6%), Zalakaroson (57,8%), Csokonyavisontán (53,3%) és Igalon (51,9%) éri el a teljes ingatlanállomány felét. Mind az 5 fürdőváros a Dunától nyugatra helyezkedik el, a 2001. évi népszámlálás alkalmával egyik település lélekszáma sem haladta meg a 10 000 főt, a legtöbben Gárdonyban (8 073 fő), a legkevesebben Igalon (1 351 fő) éltek. Figyelemre méltó, hogy az alacsony népességszám ellenére az 5 fürdővárosból 3 (Gárdony, Harkány és Zalakaros) közigazgatási értelemben városi jogállású, Harkány és Zalakaros esetében a város cím rendszerváltozás utáni elnyerésében minden kétséget kizáróan meghatározó szerepet játszott a domináns egészségturisztikai funkció, Gárdony a lakosság számának köszönhetően is rendelkezett városi alapfunkciókkal. Balatonfüred (35,2%), Visegrád (32,5%), Cserkeszlő (25,6%), Hévíz (23,2%), Parád (19,4%), Hajdúszoboszló (17,2%), Bük (15,6%) esetében a második otthonok aránya a teljes ingatlanállományon belül már nem tekinthető dominánsnak, de részesedésük mégis jelentős. További 23 fürdővárosban 1–10% között van az üdülők aránya, tehát alacsonynak mondható, a maradék 14 esetében pedig elhanyagolható, 0–1% között mozog.

A magyarországi fürdővárosok ingatlanpiaca kivétel nélkül érintett a külföldiek keresletében. A külföldi állampolgárok 2001–2006 közötti ingatlanvásárlásait vizsgálva megállapítható, hogy Budapest önmagában a teljes piac 20,6%-át uralja, 9,8%-a pedig a vidéki fürdővárosokban realizálódott (2. ábra). Míg a Budapest iránti kereslet állampolgárság szerinti összetételének arányai jelentősen eltérnek az országos átlagtól, addig a vidéki fürdővárosokban a dobogós helyek tekintetében ahhoz hasonló az érdeklődés. Budapest az ír (28,9%), a brit (10,9%), a német (9,2%), a román (6,4%), az amerikai (5,1%) és az olasz vásárlók számára vonzó. A vidéki fürdővárosok a németek (29,6%), az osztrákok (16,8%), a románok (11,9%), a szerbek (5,1%), az amerikaiak (5,0%) és a hollandok (4,1%) körében a legnépszerűbbek. Egy-egy településen belüli kereslet összetételét értékelve domináns, tehát 50% feletti részesedést csak a németek, az osztrákok, a románok és az ukránok értek el. A német vásárlók 8 településen dominánsak, arányuk a Kelet-Magyarországon fekvő Cserkeszlőn (58%), és a Nyugat-Magyarországon fekvő Igalon (86%), Zalakaroson (83%), Dombóváron (65%), Gárdonyban (58%), Komáromban (54%), Harkányban (53%)



1. ábra Magyarország domináns üdülőfunkcióval rendelkező települései, 2001



2. ábra A külföldiek ingatlanvásárlásai a magyarországi fürdővárosokban (Budapest kivételével), 2001–2006.

és Hévízen (52%) haladja meg az 50%-ot. Az osztrákok a magyar-osztrák határhoz közeli Sopronban (68%) és Mosonmagyaróváron (65%), a románok Kelet-Magyarország hosszanti középtengelyére felfűzhető Püspökladányban (92%), Tiszaújvárosban (63%) és Makón (61%), az ukránok pedig a magyar-ukrán határhoz közeli Kisvárdán (55%) dominánsak. A téma szempontjából Kiskunmajsa és Bük helyzete egyaránt figyelemre méltó, előbbiben a svájci (26%) és a holland (21%), utóbbiban az ír (42%) állampolgárok koncentrációival találkozhatunk.

A települések funkcióját és a külföldi kereslet összetételét vizsgálva megállapítható, hogy a földrajzi közelség minden bizonnyal befolyásolta a választást, az egészségturisztikai motiváció azonban csak a német és az osztrák állampolgárok esetében tételezhető fel (Illés 2007). A román és az ukrán dominancia mögött sokkal inkább egzisztenciális indítékok húzódnak, tehát az adott települések, illetve térségek munkaerőpiaca ösztönözhetette a vásárlást.

Következtetések

A magyarországi fürdővárosok – nemcsak történelmi múltjukat, hanem jelenlegi teljesítményüket és a trendek alapján várható jövőbeli pozícióikat is vizsgálva – kiemelkedő szerepet játszanak az ország belföldi és nemzetközi vendégforgalmában. A római korig visszanyúló történelmi előzmények elsősorban a fürdőkéltúra elterjedését, a Széchenyi-tervnek köszönhető beruházások az infrastruktúra fejlesztését, a demográfiai trendeket figyelembe vevő turizmuspolitikai döntések pedig a versenyképesség jövőbeli biztosítását szolgálták.

A fürdők a magyarországi egészségturizmus letéteményesei, a fürdővárosok pedig a forgalom hasznélvezői. Annak ellenére, hogy a fürdővárosok térbeli eloszlása egyenletes, a rendszerváltozást követően egyaránt erős verseny bontakozott ki az él- és a középmezőnybe, illetve a felzárkózók közé tartozó települések között. Tekintettel arra, hogy a gyógyvíz hőfoka és ásványi összetétele mindenhol megfelelő, ezért elsősorban a szolgáltatások minősége, a fürdőre épülő szuprastruktúra (szálláshely és vendéglátás) és a megközelíthetőség befolyásolja a kereslet mértékét.

A magyar és a külföldi állampolgárok előszeretettel vásárolnak ingatlanokat a fürdővárosokban, a fürdőket övező üdülótelepek több helyen a második otthonok megteremtésének köszönhetően jöttek létre. A kedvező folyamatok ellenére a fürdővárosok nem tekinthetők a második otthonot vásárló magyar és külföldi ingatlantulajdonosok első számú célterületének. A fürdővárosok második otthonná válása felgyorsítja a kultúrtáj átalakulását. Az eredetileg át-

meneti tartózkodásra használt ingatlanok állandó lakóhellyé válnak, amelynek következtében a társadalmi alapfunkciókat kiszolgáló infrastruktúra szemmel láthatóan, a település morfológiáját módosítva korszerűsödik.

Összességében megállapítható, hogy a nagyszámú magyarországi fürdő és az irántuk tapasztalható élénk kereslet ellenére, a vizsgált létesítmények kevés település esetében képezik a kultúrtáj domináns elemét, jobbára az érintett falvak és városok más funkcióit kiszolgáló infrastruktúra egyenrangú elemeként jelennek meg.

IRODALOM

- AUBERT A.–CSAPÓ J.–SZABÓ G. 2007: A geográfia és a turizmus területi aspektusai. In: AUBERT A. (szerk.) *A térségi turizmuskutatás és tervezés módszerei, eredményei*. PTE TTK Földrajzi Intézet, Pécs. pp. 133–156.
- BERÉNYI I. 2001: Kultúrtáj-kutatás európai dimenzióban. In: *A földrajz eredményei az új évezred küszöbén: Magyar Földrajzi Konferencia*, Szeged, 2001. október 25–27. SZTE TTK Természeti Földrajzi Tanszék, Szeged. CD.
- CSORDÁS L. 1999: Second homes in Hungary. In: DURÓ A. (ed.) *Spatial research in support of the European integration*. MTA RKK, Pécs. (Discussion Papers, Special) pp. 145–160.
- EGEDY T. 2009: *Városrehabilitáció és életminőség*. MTA Földrajztudományi Kutatóintézet. Budapest.
- FARKAS K. (szerk.) 1962: *Magyarország gyógyfürdői, gyógyhelyei és üdülőhelyei*. Medicina, Budapest.
- GROVE, D. 1977: *Magyarország páratlan kincse: a termálvíz üdülési és idegenforgalmi hasznosításának tervezése. Beszámoló az ENSZ magyar regionális fejlesztési tervezési projektről*. Regionális Fejlesztési Tervezési Projekt Iroda, Budapest.
- HALL, M.–MÜLLER, D. (eds.) 2004: *Tourism, Mobility and Second Homes: Between Elite Landscape and Common Ground*. Channel View Publications, Clevedon.
- ILLÉS S. 2007: Polgármesteri szemmel a turizmusról és a migrációról. *Comitatus*. 17. 10. pp. 50–66.
- MARTONNÉ ERDŐS K. 1985: Bogács termálfürdőre alapozott idegenforgalmának jellemző vonásai. *Földrajzi Értesítő*. 34. 4. pp. 455–474.
- MICHALKÓ G.–RÁTZ T. 2006: The mediterranean tourist milieu. *Anatolia*. 17. 1. pp. 93–109.
- MUNDRUCZÓ GY.–NÉ-SZENNYESSI J. 2005: A Széchenyi Terv egészségügyi beruházásainak gazdasági hatásai. *Turizmus Bulletin*. 9. 3. pp. 30–41.
- PAGE, S. 1995: *Urban tourism*. Routledge, London.
- PIRISI G.–TRÓCSÁNYI A. 2009: Így készül a magyar város. *Területi Statisztika*. 12. 2. pp. 137–147.
- SMITH, M.–PUCZKÓ L. 2009: *Health and wellness tourism*. Elsevier, Oxford.
- VITÉZ A. (szerk.) 1980: *Budapest gyógyfürdői és fürdői*. Panoráma, Budapest.
- TÓTH G.–DÁVID L. 2010: A magyarországi idegenforgalmi régiók fejlettségének, versenyképességének és leterheltségének vizsgálata. *Közép-Európai Közlemények*. 3. 1. pp. 121–132.

Gyógyító Magyarország – Gyógyuló Magyarország: gondolatok hazánk egészségturisztikai potenciáljáról

MICHALKÓ GÁBOR – RÁTZ TAMARA

Bevezetés

A turizmus kutatása önmagában is feltételezi a transzdiszciplináris szemléletmód felvállalását, de az egészségturizmus tanulmányozása különösen megkerülhetetlenné teszi a tudományokon átívelő gondolkodást (Martonné 1985, Fluck 1992, Csapó–Kocsis 1997, Gyuricza 2000, Lőrincz 2003, Aubert–Miszler 2004, Hanusz et al. 2009, Molnár–Tóth–Kincses 2010). Csak a gyógyítás háttérében legalább fél tucat tudomány húzódik, amelyek közül a biológia, a fizika, a kémia vagy a teológia hosszú évszázadok óta szolgálja az emberiség egészségi állapotának javítását. A betegségekhez vezető okok feltárásával már valamivel fiatalabb tudományok foglalkoznak, kitüntetetten a szociológia, a pszichológia és a demográfia, az ellátás finanszírozásával, az egészségügy osztársadalmi szintű kezelésével pedig a közgazdaságtudomány és a politológia, mindezek területi összefüggéseivel pedig a geográfia (Pál 2005, 2007, Uzzoli 2003). Annak tehát, aki az egészségturizmussal kíván foglalkozni, igencsak felkészülten kell a vizsgált probléma elemzéséhez kezdeni. Az egészségturizmus tágabb aspektusainak feltárása tovább fokozza a transzdiszciplinaritás igényét, ugyanakkor a szaktudomány biztonságos talajától elrugaszkodó megközelítések gyengíthetik az eredmények tudományos érvényességét.

A fentiek tudatában kezdtünk hozzá az *Egészségturizmus és életminőség Magyarországon* című kutatási program megvalósításához, amely egy kézenfekvőnek tűnő jelenség komplex társadalmi, gazdasági és környezeti vonatkozásainak feltárására vállalkozott. Abból indultunk ki, hogy hazánkban, a gyógy- és élményfürdők kelet-közép-európai Mekkájában, ahol az egymást követő kormányok forint milliárdokat költöttek az egészségturizmus infra- és szuprastruktúrájának fejlesztésére, minden bizonnyal markáns életminőségbeli különbségekkel találkozhatunk a gyógyuláshoz, a betegségmegelőzéshez vagy éppen a wellness-hez kötődő turistaforgalomban érintett, illetve az abból kimaradó települések vonatkozásában (Farkas 1962, Grove 1977, Lengyel 1977, Czeglédi 1981, A turizmus és gyógyturizmus fejlesztési koncepciója 1993, A Széchenyi-terv Turizmusfejlesztési Programja 2001). Feltételeztük, hogy a fürdővárosokban nemcsak a vendégek fogyasztásával összefüggő gazdasági hatások (munkahely, jövedelem, adóbevétel stb.) révén, hanem az egészségturisztikai létesítmények rendszeres használatából eredően is az átlagnál kedvezőbb életminőség-indikátorokra lelhetünk.

Azt már a kutatás első fázisában észleltük, hogy miközben a felnőtt magyar társadalom véleménye szerint az egészség az első számú életminőség-faktor (Kopp–Kovács 2006), az annak megőrzésével kapcsolatos utazások száma messze elmarad a hazai turizmuspolitika, illetve a turizmusmarketing generálta laikus képzetektől. Ha relatíve alacsony az egészséggel összefüggő utazások aránya, akkor az ebből a motivációból fakadó környezetváltozás és annak hatásai sem fogják különösebben befolyásolni a magyar társadalom életminőségét, pedig a nemzetközi egészségügyi statisztikák és a hazai életminőség-kutatások szerint ráférne. Akár a WHO, akár az OECD vonatkozó adatbázisát vesszük górcső alá, láthatjuk, hogy az a Magyarország, amelynek kormánya 2011 januárjában a *Gyógyító Magyarország* címmel indította útjára az Új Széchenyi-terv turizmusfejlesztési programját, nagyon beteg. Tehát a magyar társadalom valóban gyógyításra szorul, a turizmus pedig az életminőség-javulással együtt járó gyógyulás egyik alternatívája (a szakpolitikai szándék persze hordoz némi paradoxont, de ennek kibontása túllépné a kiadvány biztosította kereteket).

A tanulmány elsődleges célja, hogy miközben áttekinti a magyarországi egészségturisztikai potenciált, megpróbál választ találni a kereslet statisztikai adatokban mérhető sajátos fogyasztói magatartására, vagyis a gyógy-és élmenyfürdők, valamint a velük szimbiózisban élő szállodák igénybevételenek az elvárt (vélt) szinttől való elmaradására. Mindehhez az OECD és a Központi Statisztikai Hivatal egészségügyi, illetve egészségturisztikai statisztikáit, a turizmusért felelős minisztérium pályázatkezelési adatbázisát, valamint a magyarországi vízparti turisztikai desztinációkat vizsgáló, kényelmi mintán végzett kérdőíves felmérésünk (2009) eredményeinek másodelemzését fogjuk hasznosítani.

A hazai egészségturisztikai kereslet kórképe az OECD vizsgálata alapján

Ahogy arra már a *Bevezetésben* is utaltunk, nincs könnyű helyzetben, aki az egészségről kíván értekezni, különösen nehéz egy egész társadalom fizikai és mentális állapotát tükröző diagnózist felállítani. Márpedig ha az életminőség problematikáját az egészségturizmus vonatkozásában tárgyaljuk, elkerülhetetlen a potenciális piac kórképének felvázolása. Amennyiben a társadalom beteg, akkor annak tagjai mielőbb gyógyításra szorulnak, nehogy a kór még komolyabb tüneteket idézzon elő. Ha pedig az emberek makk egészségesek, akkor ezt az állapotot érdemes fenntartani, mert köztudott, hogy a betegség megelőzése kifizetődőbb, mint annak kezelése. Az egészségturizmus egyik sajátossága, hogy képes a terápiára szorulókat és a prevenciót igénylőket keres-

leti elvárásainak egyazon desztinációban megfelelni, így fejlesztése nem csak az egyén, hanem a társadalom szintjén is kifizetődő. Persze kérdéses, hogy az igénybe vett szolgáltatásokat kinek kell megfizetni, az egyénnek vagy a társadalomnak kell mélyen a pénztárcájába nyúlnia, mivel a gyógykezelések, a szállodai, vendéglátó-ipari szolgáltatások, az érintett desztináció felkereséséből fakadó közlekedési kiadások jelentősen megterhelik a háztartások költségvetését. A szegény és beteg társadalmak számos tudományos paradoxonnal és fejlesztési, fenntartási nehézséggel állítják szembe a szakembereket.

Az OECD – amelynek Magyarország 1996 óta a tagja – számos javaslattal, az azokat megalapozó kutatási eredményekkel segíti a tagállamokat gazdasági és szociális politikájuk összehangolásában, fejlesztésében. A közelmúltban ennek keretében került sor egy 34 országra kiterjedő, a jólétre fókuszáló kutatás lebonyolítására, amely különböző indikátorok mentén vizsgálta az egyes országok életminőségét.

Az objektív és szubjektív mutatókkal egyaránt operáló, 11 dimenzió mentén zajló kutatás Magyarország vonatkozásában lesújtó eredményeket hozott a felszínre, illetve már korábban is ismert tényeket erősített meg (OECD 2011). Ezek közül a témánk szempontjából három dimenziót emelünk ki, a jövedelmi és az egészségügyi helyzetet, valamint az étellel való általános elégedettséget, a boldogságot¹:

– Ugyan pénzzel nem lehet a boldogságot megvásárolni, de az anyagi erőforrások elengedhetetlenek a magasabb életszínvonal biztosításához, a jólétet garantáló javak és szolgáltatások eléréséhez, különösen az otthonteremtéshez, az iskolázáshoz és az egészségügyi kezelések igénybevételéhez. Egy magyar háztartás szabadon felhasználható (nettó) jövedelme 2009-ben 13 858 USD volt, amely messze elmaradt az OECD 22 284 USD átlagától.

– Az utóbbi évtizedekben a születéskor várható élettartam a legtöbb OECD országban emelkedett, amely összefüggésben áll a javuló életkörülményekkel, a fejlett közegészségüggyel és egészségügyi ellátórendszerrel. 2008-ban a születéskor várható élettartam 73,8 év volt Magyarországon, amely több mint öt évvel marad el az OECD átlagától (79 év), hazánk ezen a téren egyedül Törökországot előzi meg a vizsgálatba vont országok közül. 2008-ban a teljes magyarországi egészségügyi költségvetésen belül 31,6% volt a gyógyszerterápiák aránya, amellyel az OECD országokon belül sikerült negatív rekordot elérnünk. Az OECD által megkérdezett magyar állampolgároknak mindössze 55%-a vallotta magát egészségesnek, amely jóval az OECD 69%-os átlaga alatt van.

¹ <http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/hungary/> Letöltve 2011. június 4.

– A boldogság, vagyis az étellel való általános elégedettség kapcsán az emberek mindennapjaira vonatkozó pozitív tapasztalatok és érzések meglétét, illetve a negatív visszatükröződések hiányát vetik össze. Hazánk a legboldogtalanabb az OECD országok táborában, a megkérdezetteknek mindössze 23%-a vallotta magát elégedettnak, 65% volt azoknak az aránya, akik egy napon belül több pozitív, mint negatív életérzéssel szembesültek (az OECD átlag 72% volt).

Látható, hogy Magyarország a világ fejlett, illetve közepesen fejlett országainak táborában meglehetősen kedvezőtlen pozíciót foglal el a szubjektív életminőség, valamint az arra erőteljesen ható jövedelmi és egészségügyi mutatók vonatkozásában. A nemzetközi összehasonlításban rövidebb életű, betegségtudattal élő társadalom szegény, az állam nem engedheti meg magának az egészségügy OECD átlagának megfelelő finanszírozását, ennek ellenére arányaiban nagyok a gyógyszerkassza kiadásai. Mindebből egyenesen következik, hogy a magyarok más nemzetekkel való egybevetéskor önmaguk életével kapcsolatban elégedetlenebbeknek bizonyulnak, magasabb arányban számolnak be negatív életérzésekről.

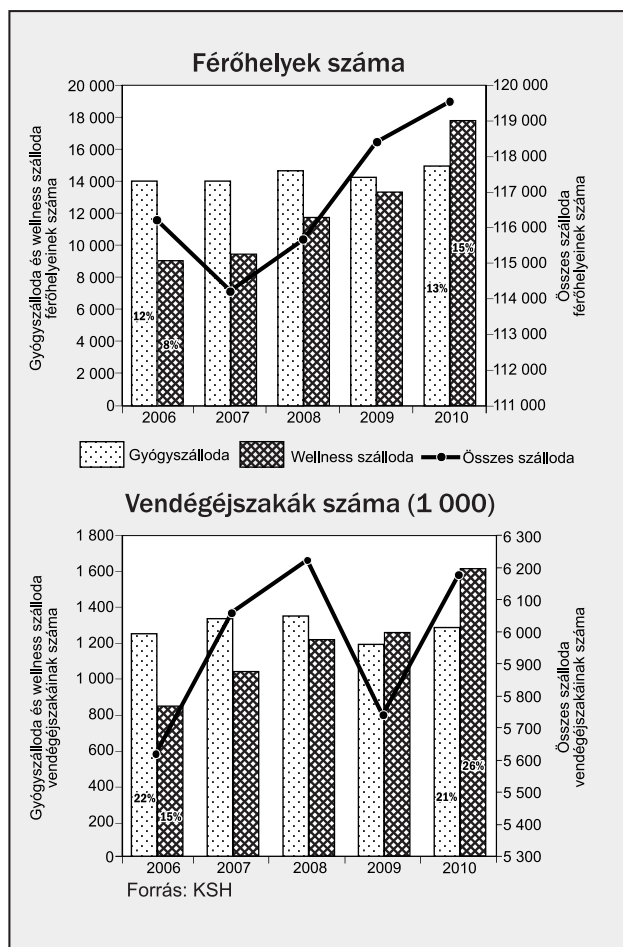
Ha mindezt az egészségturizmus kontextusában kívánjuk értékelni, elmondhatjuk, hogy a magyar társadalom alacsony jövedelmi pozíciója nem kedvez a turisztikai kereslet generálódásának, mivel a hétköznapiakat szegénységben élő emberek kevésbé engedhetik meg maguknak, hogy szabadidejükben utazzanak. Arra pedig különösen kevés szabadon felhasználható jövedelem marad, hogy a betegségeket ne gyógyszerekkel, hanem környezetváltozással párosuló gyógykezelésekkel orvosolják. Hasonló a helyzet a betegségmegelőzést illetően, ebben az esetben is a szegénység okozta keresletmaradás, illetve más természetű motivációk (pl. rokonlátogatás, vízparti üdülés) előtérbe helyezése következik be. Mivel elmaradnak az utazásból fakadó pozitív élmények és életérzések, így a hétköznapi nehézségeket is nehezebb átvészelni, hosszabb ideig tart a problémákon túljutni, amely újabb, immár mentális betegségek kialakulásához vezethet, ezek pedig közvetve és közvetlenül is visszahatnak az érintettek munka-erőpiaci pozíciójára, jövedelemtermelő képességére. A patthelyzetet leginkább állami, önkormányzati szinten lehet feloldani, egészségturisztikai beruházásokkal és azok igénybevitelét lehetővé tevő támogatásokkal, kedvezményekkel célszerű a társadalmat az eddigiéknél nagyobb arányú egészségturisztikai motivációjú utazásokra ösztönözni.

Egészségturisztikai látlelet a statisztikák és a mentális térképek tükrében

Tekintettel a Magyar Turizmus Zrt. által a korábbi években folytatott, az egészségturizmust kiemelt termékként kezelő marketingkommunikáció sikerére², továbbá a 2000-ben meghirdetett Széchenyi-tervhez kapcsolódó kormányzati propaganda eredményességére, a turizmusipart csak utazóként ismerő laikusok joggal feltételezik, hogy a gyógyfürdők, gyógy- és wellness szállodák felkeresése a belföldi utazások legfontosabb motivációinak, illetve az abból fakadó szabadidős tevékenységeinek egyike. Sajnos tévednek, ugyanis az egészségmegőrzésnek hosszú évek óta nem sikerült a magyar társadalom utazási motivációinak élmezőnyébe kerülnie. A KSH által közölt turizmusstatisztikai adatokat elemezve megállapítható, hogy az egészségmegőrzés mint utazási motiváció az úgynevezett turisztikai célú, többnapos belföldi utazásokat tekintve 2006–2010 között egyik évben sem haladta meg a 2%-ot (a rokonok, barátok ismerősök felkeresése minden esetben 50% körül alakult). Ebből arra következtethetnénk, hogy mivel az egészségturizmus kínálata iránt nagy fokú érdektelenség mutatkozik a belföldi többnapos utazásokon résztvevők körében, így az egészségturizmus infra- és szuprastruktúrája kihasználatlanul áll az egyes desztinációkban. Ez természetesen nem igaz, amit egyrészt cáfolnak a fürdővárosok kereskedelmi szálláshelyeinek statisztikái (az első 10 legkeresettebb magyarországi város között évek óta többségében fürdővárosokkal találkozhatunk), másrészt a nemzetközi kereslet jelentősen módosítja a fürdők, a gyógy- és a wellness szállodák igénybevételének mértékét, harmadrészt a KSH által közölt adatok a belföldi utazások elsődleges motivációjára vonatkoznak, így elképzelhető, hogy az elsősorban rokonok meglátogatására indulók alkalom adtán a fürdőket is felkeresik.

A magyarországi gyógy- és wellness szállodákban – a 2008 második felétől jelentkező gazdasági recesszió ellenére – az utóbbi években élénk belföldi vendégforgalom tapasztalható (1. ábra). 2006–2010 között elsősorban a wellness szállodák iránti kereslet növekedett, ennek mértéke +91,6%-os volt, ezzel a szállodai forgalmon belül a wellness szállodákban töltött belföldi vendégéjszaka arány 14,8%-ról 25,9%-ra változott. A wellness szállodáknak 2008/2009 viszonylatában is sikerült növekvő belföldi vendégforgalmat produkálni (+3,1%), miközben ebben a válságos periódusban a szállodai (–7,7%), azon belül a gyógyszállodai (–11,9%) forgalom egyaránt visszaesett. A gyógyszállodák iránt 2006–2010 között viszonylag kiegyensúlyozott kereslet mutatkozott, a növekedés mértéke mindössze +3,1%-os volt, a szállodák belföldi forgalmából való részesedése 22,0%-ról, 20,6%-ra mérséklődött. Ezzel szinte teljes mértékben

² 2003 és 2008 volt az egészségturizmus tematikus éve.



1. ábra A gyógy- és wellness szállodák kapacitása, belföldi vendégforgalma Magyarországon (2006–2010).

Forrás: KSH

összhangban vannak a férőhely-szám változások, vagyis a kínálat igyekszik követni a keresletet (ami a rendkívül hatékony marketingkommunikációnak köszönhetően fordítva is igaz, vagyis a kapacitások értékesítése sikeres), ez szintén a wellness szállodák esetében mutat látványos változásokat, ahol a férőhelyek száma a vizsgált időszakban majdnem megduplázódott (+96,7%). A kedvező szálláshely-statisztikai adatok mögött húzódó valóságot alaposabban feltárva megállapíthatjuk, hogy a magyar társadalom utazó tagjainak csupán 13–15%-a éjszakázik szállodában, a többség saját nyaralójában, rokonoknál,

ismerősöknél, vagyis úgynevezett szívességi szálláshelyeken (70–75%) tölti az éjszakát. Függetlenül attól, hogy a gyógy- és wellness szállodák igénybevétele a társadalom igen alacsony hányadát érinti, a turisztikai szuprastruktúra ezen szegmensében észlelt folyamatok feltétlenül bizakodásra adnak okot, a wellness kezd életformává válni, amely divat (és a mögötte megbúvó trend) terjedése az egészségturizmus más területein is kedvező változásokat generálhat. Az a korosztály, amelynek tagjai jelenleg prevenció célból veszik igénybe az egészségturisztikai szolgáltatásokat, később, az életkoruk előre haladtával a szükséges terápiát sem csupán gyógyszerekre, hanem – feltehetően – utazással kombinált gyógykezelésekre fogják bízni.

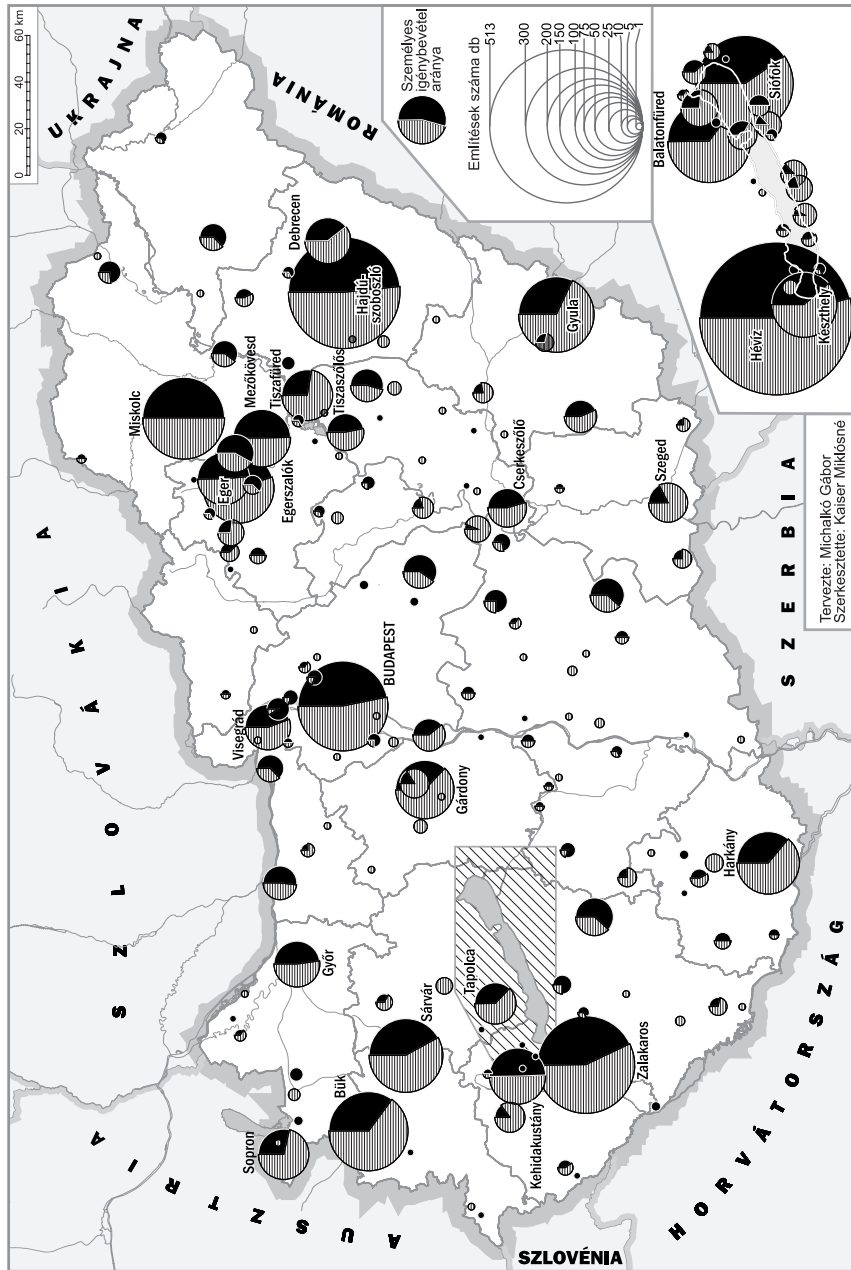
Ami az említett divatot illeti, az utóbbi években terjed az egysíkú üdülést nyújtó vízparti desztinációk kínálatának különféle egészségturisztikai létesítményekkel való kiegészítése (Dávid–Baros 2007). Ez megtörténhet teljesen új beruházások vagy a régebbi egységek felújítása, korszerűsítése, bővítése révén. Az országszerte észlelhető folyamatokat egyrészt a globális klímaváltozás következményei (Dávid–Baros 2006), másrészt a kereslet igényeinek módosulása gerjesztik (Rátz 2001, Várhelyi 2009). A korábban sokkal kiszámíthatóbb, fürdőzésre alkalmas barnító jó időt a változékonyabb időjárás és a bőrünkre már veszélyes UV sugárzás váltotta az elmúlt évtized nyarain. A vendégek olyan desztinációkat keresnek, amelyek a vízparti fürdőzés mellett lehetőséget kínálnak a védettebb és kényelmesebb körülményeket biztosító egészségturisztikai létesítmények igénybevételeire (Kiss–Török 2001). Azzal, hogy a vízparti üdülőhelyeken gyógyfürdők, gyógy- és wellness szállodák létesülnek, illetve minőségi paramétereik tekintetében kedvező változások következnek be, a beruházók lehetőséget teremtenek a nyári főszezon kiszélesítésére, a tavaszi elő-, az őszi utó- vagy éppen a téli holtszezon vendégforgalmának élénkítésére, a potenciális szinergiák hatékonyabb kihasználására. Ennek a folyamatnak a jegyében jött létre például 2006-ban a *Galerius Élmenyfürdő és Wellness Központ* Siófokon a Balaton mellett; ugyancsak 2006-ban nyitott az *Agárdi Gyógy és Termálfürdő* Gárdonyban a Velencei-tó partján; 2007-ben került átadásra a négycsillagos *Tisza Balneum Hotel*, amely Tiszafüreden, közvetlenül a Tisza-tó partján nyújt wellness szolgáltatásokat; 2009-től várja vendégeit a négycsillagos, superior kategóriájú *Thermal Hotel Visegrád* a Dunakanyarban.

Az utazási döntés, vagyis az utazást generáló motivációkhoz kötődő szükségletek kielégítésére hivatott színhely kiválasztásában rendkívül fontos szerepet játszanak az úgynevezett mentális térképek. Ezek, az agykéregben rögzült, valamifajta térbeli pozíciót, különböző mélységű információt és nem egyszer értékítéletet is tartalmazó asszociatív „térképek” segítenek a hétköznapi tájékozódásban, az információk gyűjtésében, rendezésében, egyes döntések előkészítésében és meghozatalában (Cséfalvay 1990, Balogh–Bajmócy 2009,

Rédei–Kincses–Jakobi 2011). A turisztikai célterületek, a vonzerők fogyasztását biztosító létesítmények, a szálloda- és vendéglátó-ipari vállalkozások menedzsmentjének különösen nagy hangsúlyt kell(ene) helyezni arra, hogy az értékesíteni óhajtott kínálat milyen pozíciót foglal el a potenciális kereslet fejében. Ez az információ jelentős mértékben segítheti a versenyképesség megteremtéséhez, megőrzéséhez és fejlesztéséhez szükséges lépések megtételét, nemkülönben a marketingkommunikáció tervezését és végrehajtását. Mivel 2009-ben 74 gyógyfürdő, 54 gyógy- és 90 wellness szálloda számított a belföldi vendégek érkezésére, ezért nem mindegy, hogy a meglehetősen kielezett versenyben ki hol helyezkedik el a társadalom mentális fürdőtérképén.

A magyarországi vízparti turisztikai desztinációk sajátosságait feltáró, 2009-ben a Kodolányi János Főiskola Turizmus Tanszéke hallgatóinak bevonásával végzett kérdőíves vizsgálatunk többek között arra a kérdésre kereste a választ, hogy miként élnek a folyó- és tóparti egészségturisztikai létesítmények (gyógyfürdők, gyógy- és wellness szállodák) a magyar társadalom fejében. A 668 főre kiterjedő, kényelmi mintán lebonyolított felmérés eredményeiből e helyütt kizárólag az OTKA kutatás problémája szempontjából relevánsakat összegezzük.

A megkérdezettek 175 olyan – általuk vízpartinak vélt – települést neveztek meg, ahol tudomásuk szerint egészségturisztikai létesítmény működik. A KSH 2006–2008. évi település szintű egészségturisztikai adatbázisa szerint a 175 településből valójában csak 73 esetében találkozhatunk minősített gyógyfürdő, gyógyszálloda, wellness szálloda valamelyikével, vagy bármelyik kombinációjával. Az összes megkérdezett 5%-a feletti említési arányt elért települések rangsorát, messze az élmezőnyt megelőzve, Hévíz (76,8%) vezeti, őt Hajdúszoboszló (40,9%) követi, a dobogó harmadik fokát Zalakaros (31,4%) foglalja el (2. ábra). Az első tíz között találjuk még Siófokot (31,1%), Budapestet (26,6%), Balatonfüredet (22,6%), Miskolcot (22,0%), Büköt (20,5%), Gyulát (18,7%) és Sárvárt (18,0%). Az 5% feletti említési arányt elért települések közül kizárólag Kehidakustány és Keszthely esetében regisztráltunk tévesztést, vagyis ezeken a településeken 2006–2008 viszonylatában valójában nem működött minősített egészségturisztikai létesítmény, a megkérdezettek fejében mégis úgy élt, mintha lett volna. A 175 település egészségturisztikai létesítményeit 2006–2008 között a megkérdezettek 42%-a kereste fel személyesen is, az 5% feletti említési arányt elért településeket vizsgálva, Miskolc (49,7%), Kehidakustány és Mezőkövesd (egyaránt 49,3%), valamint Hajdúszoboszló (48,4%) esetében regisztráltuk a legnagyobb arányú látogatottságot, Szeged (17,6%), Tiszafüred (28,1%) és Sopron (28,6%) kapcsán pedig a legkisebb arányút. Ha megvizsgáljuk a megkérdezettek által egyáltalán nem említett, de a KSH nyilvántartása szerint egészségturisztikai létesítménnyel rendelkező



2. ábra Vízparti egészségturisztikai desztinációk a magyar társadalom mentális térképén, 2009.
(Forrás: Saját adatgyűjtés, n=668)

települések listáját, megállapíthatjuk, hogy nincs olyan jelentős vendégforgalmat bonyolító vízparti település, amely ne élne a felmérésben résztvevők mentális térképén.

A fenti eredmények a magyarországi egészségturisztikai létesítmények ismertsége és kihasználtsága szempontjából feltétlenül kedvezőnek mondhatók, mivel a megkérdezettek mentális térképén valóban azok, a gyógyfürdővel, gyógy- és wellness szállodával rendelkező települések élnek, amelyek a hivatalos statisztikai szerint is hazánk leglátogatottabb fürdővárosai. Ezek egyrészt a marketingkommunikációnak, másrészt a rokonok, ismerősök elbeszéléseinek, harmadrészt a személyes tapasztalatoknak köszönhetően rögzülhettek a megkérdezettek fejében.

A Széchenyi-terv: gyógyír a múltból

Közel egy évtizede indult útjára a Széchenyi-tervbe ágyazott turizmusfejlesztési program, amelynek célkitűzései között találjuk „a lakosság életkörülményeinek”, ma azt mondanánk életminőségének javítását. A dokumentum *Gyógy- és termálturizmus fejlesztési alprogramjának* legperspektivikusabb célkitűzése a „nemzetközi szinten is tartósan versenyképes termékfejlesztés” szorgalmazása volt. Ez a gyakorlatban azt jelentette, hogy többségében az 1960-as, '70-es évek óta funkcionálisan és esztétikailag konzerválódott fürdőket a XXI. század színvonalának megfelelő berendezésekkel, élményelemekkel látják el, vagyis a létesítményeket felújítják, korszerűsítik, bővítik, ahol a vízbázis és a helyi erőforrások lehetővé teszik, ott új beruházásként megépítik. A tervezett termékfejlesztés természetesen nem csak a fürdők, hanem a vendégek kényelmes tartózkodását biztosító gyógy- és wellness szállodák létrehozását, illetve felújítását is szorgalmazta. Annak ellenére, hogy a program útjára bocsátását nem előzte meg országos kitekintésű hatástanulmány készítése – tehát nem lehetett prognosztizálni a piaci folyamatok várható alakulását –, a kormányzat a turizmusfejlesztésben korábban sohasem látott mértékű állami támogatást helyezett kilátásba. Hatalmas érdeklődés övezte a pályázatokat, végül a Magyar Turisztikai Hivatal rendelkezésünkre bocsátott nyilvántartása szerint 2001–2002 között 127 egészségturisztikai pályázat összesen 30 790 801 ezer forint állami támogatásban részesült, ami 81 119 752 ezer forint értékű beruházás megvalósulását tette lehetővé³.

A Széchenyi-terv Turizmusfejlesztési Programja mélyreható változásokat indukált Magyarország egészségturisztikai kínálatában, infrastrukturális tekintetben hazánkat nemcsak regionális, hanem európai összehasonlításban

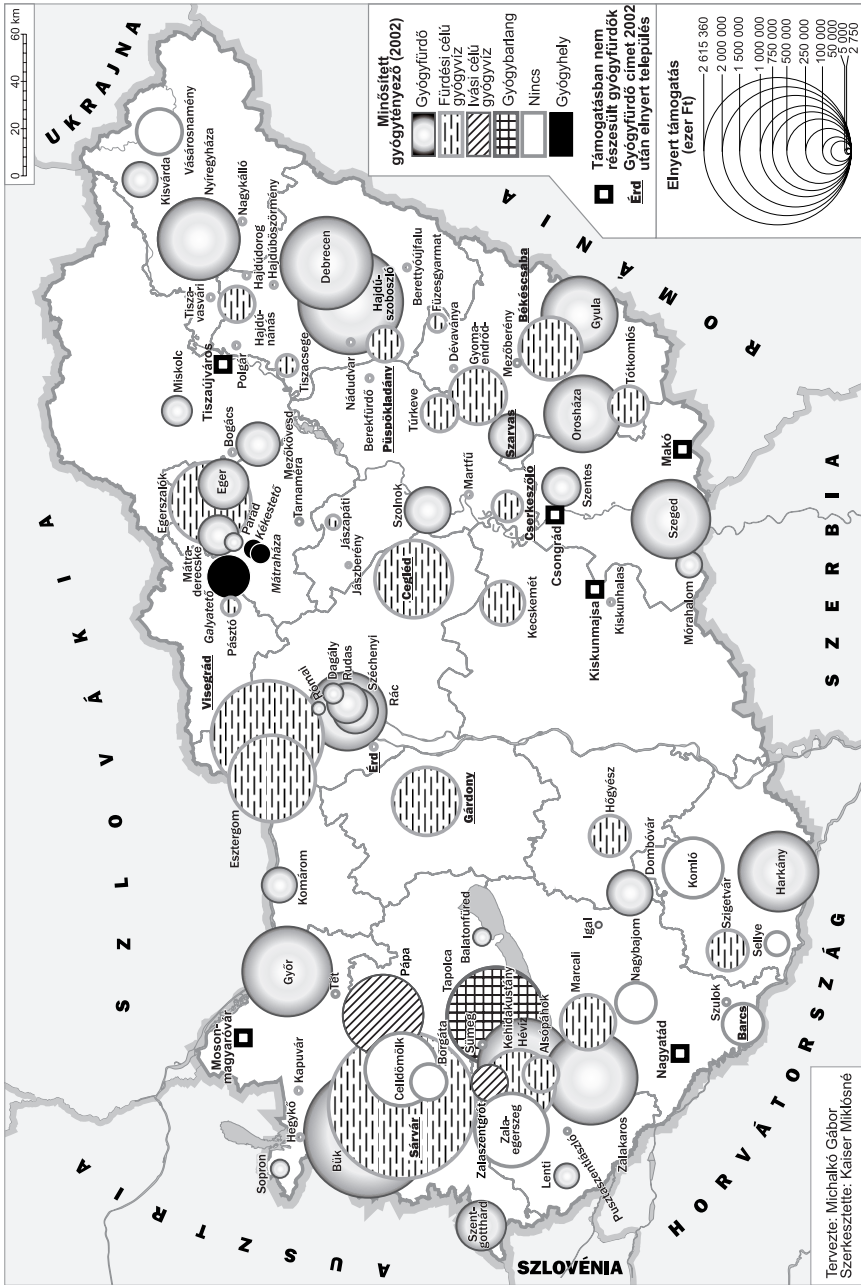
3 A TU-1; TU-2; TU-21; TU-23 pályázati kiírásokban.

is versenyképessé tette. Ezzel párhuzamosan lehetőséget teremtett a fürdőket övező szuprastruktúra kiépítésére, a program keretében felépült, megújult fürdők sok helyen vonzást gyakoroltak a szálloda- és vendéglátó-ipari, valamint a kiskereskedelmi beruházásokra, arra ösztönözték az önkormányzatokat, hogy erejükhöz mérten lépéseket tegyenek a létesítmények környezetének megszépítésére. Miközben a Széchenyi-tervhez kötődő beruházásoknak köszönhetően jelentős egészségturisztikai potenciál született, a kihasználtság és a fenntarthatóság tekintetében jó néhány létesítmény mind a mai napig kihívásokkal kénytelen szembesülni.

A Széchenyi-terv keretében elnyert 127 pályázatból 92 településen sikerült kisebb-nagyobb egészségturisztikai beruházás(oka)t megvalósítani (3. ábra). A legkisebb elnyert összeg Jászberényben talált gazdára, a Jászság fővárosában 2 750 ezer forintos támogatás mellett egy 5 500 ezer forint értékű vízforgató berendezést sikerült beépíteni. A legnagyobb összegű támogatással Bük dicsekedhet, a közelmúltban városi rangot elnyert vas megyei település 2 615 360 ezer forintnyi állami támogatással 8 815 140 ezer forint értékben valósította meg a fürdő bővítését, korszerűsítését, továbbá hozott létre négycsillagos szállodai kapacitásokat. Egymilliárd forint feletti állami támogatásban 8 település részesült, a már említett Bükön kívül Debrecen, Hévíz, Zalakaros, Tapolca, Hajdúszoboszló, Visegrád és Sárvár tekinthető a legszerencsésebb pályázóknak. Ha ma ezekre a településekre ellátogatunk, a saját szemünkkel is meggyőződhetünk a Széchenyi-terv jótékony hatásairól.

A Turizmusfejlesztési Program egyik igen fontos hozadéka a fürdők minősítésében érhető tetten. Számos létesítmény a fejlesztések hatására nyerte el az egészségturisztikai potenciált növelő gyógyfürdő rangot, korábban csak az ott hasznosított víz rendelkezett az OGYFI „gyógy” minősítésével, maga a fürdőkomplexum nem. Többek között Sárvár (2003), Visegrád (2004), Gárdony (2006), Cserkeszőlő (2007) a Széchenyi-terv keretében megvalósított beruházásokat követően válhatott gyógyfürdővé. Az egészségturisztikai pályázati pénzek elosztásának nem volt feltétele az OGYFI⁴ lajstromában való szereplés, ennek megfelelően például Zalaegerszeg, Celldömölk és Komló úgy jutott százmillió nagyságrendű támogatáshoz, hogy minősített gyógytényezővel egyáltalán nem rendelkezett. Mindössze 6, területileg viszonylag szórta elhelyezkedő olyan településsel találkozhatunk (Nagyatád, Mosonmagyaróvár, Tiszaújváros, Makó, Csongrád, Kiskunmajsza), amelyek annak ellenére sem részesültek széchenyi-terves támogatásban, hogy a településen a program meghirdetésekor minősített gyógyfürdő működött (arról nincs tudomásunk, hogy pályáztak-e). A 3. ábra jól szemlélteti, hogy a sikeres pályázatok nem

⁴ Országos Gyógyhelyi- és Gyógyfürdőügyi Főigazgatóság

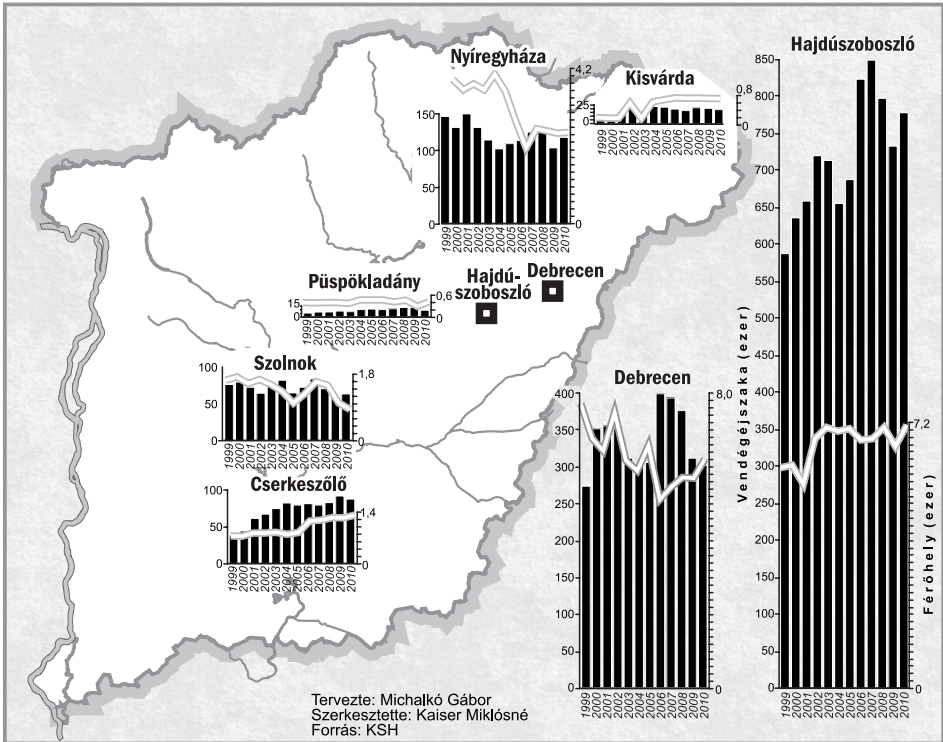


3. ábra A Szechenyi-terv keretében egészségügyi-turisztikai fejlesztésekre elnyert támogatások Magyarországon, 2001–2002 (Forrás: Magyar Turisztikai Hivatal, 2006)

kötődnek különösebb területi preferenciákhoz, azok kelet-nyugati megoszlása viszonylag kiegyenlített, Budapest szokásos túlsúlya sem érvényesült. Ennek ellenére bizonyos regionális sűrűsödések mégis észlelhetők, például Békés megyében 6, Zalában 8 fürdőt fejlesztettek a Széchenyi-terv biztosította központi keret segítségével, amely nem feltétlenül kívánatos és célravezető versenyt idézett elő az érintett települések között.

A Széchenyi-terv Turizmusfejlesztési Alprogramjának megvalósulása lehetőséget teremtett a fürdővendégekre épülő turisztikai szuprastruktúra kiépítésére, mennyiségi, minőségi mutatóinak javítására, végső soron a szálláshelyigényes vendégforgalom növelésére. Rendkívül nehéz a beruházások komplex hatásának objektív értékelését elvégezni, hisz számos, egymástól független indikátort kellene összevetni, egy biztos, hogy a szálláshelyek férőhely-kapacitása és a vendégéjszakákban mért forgalma a fajsúlyosabb mutatók közé tartozik (Aubert 2004).

Ha egy tetszőlegesen kiválasztott mintaterületen, esetünkben az Észak-Alföldön megvizsgáljuk a Széchenyi-tervben érintett fürdővárosok vonatkozó statisztikáit, megerősítést nyer, hogy a turisztikai infrastruktúrára koncentrált fejlesztések (a beruházások volumene) és a szálláshely-igényes vendégforgalom növekedése között nem feltétlenül mutatható ki az elvárt összefüggés (4. ábra). Ha a recesszió torzító hatását elkerülendő kizárólag a 2000. és a 2007. évet vesszük alapul, és a kettő közötti változásokat elemezzük, akkor megállapíthatjuk, hogy a legnagyobb arányú vendégforgalom-növekedést Kisvárdán (+116,9%) és Cserkeszőlőn (+79,9%) könyvelhette el, a legalacsonyabbat Debrecen (+12,4%) és Szolnokon (+5,3%), Nyíregyházán pedig egyenesen visszaesés következett be (-5,1%). A kereskedelmi szálláshelyek férőhelyeinek számában még szembetűnőbbek, ugyanakkor sokkal kedvezőtlenebbek a változások, amíg Kisvárdán a 2000. évi kapacitás 2007-re +330,1%-kal, Cserkeszőlőn 59,6%-kal, Hajdúszoboszlón 11,9%-kal, Püspökladányban 6,6%-kal bővült, addig Nyíregyháza (-29,3%), Debrecen (-19,5%) és Szolnok (-7,3%) is veszített a férőhely kínálatából. Amennyiben a változásokat reprezentáló mutatókat forintosítani szeretnénk, az 1 vendégéjszakányi növekedésre, illetve csökkenésre eső támogatások összegével operálhatunk. A legjobban Cserkeszőlőn sáfárkodott az önkormányzat, ott 3 126 Ft állami támogatásból sikerült 1 vendégéjszakányi növekedést elérni, a legdrágábban Szolnokon szepültek a vendégforgalmi statisztikák, ott 61 933 Ft kellett minden egyes plusz vendégéjszakához, a vizsgált mutató Hajdúszoboszlón 6 284 Ft, Kisvárdán 15 322 Ft, Debrecenben 23 901 Ft, Püspökladányban 34 247 Ft volt, Nyíregyháza pedig minden egyes ki nem használt vendégéjszaka után 118 925 Ft állami támogatást „pocsékol” el. A helyenként döbbenetes adatokból azonban nem szabad messzemenő következtetéseket levonni, mert a beruházások életminőséget befolyásoló „megtérülése” más, itt nem elemzett hatások révén is végbemehetett. Például



4. ábra A Széchenyi-terv hatása az észak-alföldi fürdővárosok vendégforgalmára és szálláshely kínálatára, 1999–2010. (Forrás: KSH)

a fürdőbe látogató vendégek számának ugrásszerű növekedése, vagy az őket kiszolgáló vendéglátó-ipari, kiskereskedelmi létesítmények megnyitása, az ezekkel összefüggő munkahelyteremtés, továbbá a létesítmények környezetének rendezése, megszépülése révén.

A számok makacs világából kilépve elmondható, hogy a széchenyi-terves fürdőfejlesztések olyan lehetőségeket teremtettek az Észak-Alföld számára, amelyre például további beruházások (lásd Hajdúszoboszló Aqua-Palace), más turisztikai termékek fejlesztése (lásd Nyíregyházi Állatpark), település-rendezés (lásd Debrecen belvárosa) révén számos, korábban ki nem használt szinergiát tudtak mozgósítani. Ennek köszönhetően az adott település a régió turizmusának európai, illetve országos kitekintésben is versenyképes turisztikai célterületévé válhatott. Arra, hogy ezen tény mennyire befolyásolta a helyi lakosság közérzetét, az életével való általános elégedettségét, vagyis mennyire lettek boldogabbak az ott élők, további vizsgálatok deríthetnek majd fényt.

Következtetések

Az egészségturizmusról való gondolkodás, annak fejlesztésével kapcsolatos célkitűzések és feladatok megfogalmazása rendkívül alapos valóságismeretet igényel, amely a legkülönbözőbb tudományok vonatkozó eredményeinek alapos feldolgozásával sajátítható el. Nincs még egy olyan turisztikai termék, amelyet annyira körültekintően kellene fejleszteni, mint az egészségturizmust, mivel ez esetben a vonzerő fogyasztása közvetlenül az emberi lét legfontosabb szegmensére, az egészségre fejt ki hatását. Az egészségturisztikai beruházások rendkívüli módon érzékenyek a környezeti feltételekre (lásd termálvíz-felhasználás), a szükséges technológia (gépek, berendezések, orvosi műszerek stb.) miatt meglehetősen drágák és ritkán nélkülözhetik az állami támogatást, ezzel összefüggésben fenntartásuk sem finanszírozható tisztán a piacról. Ha valaki a horgászturizmus fejlesztésébe kezd, annak egy jó helyre épített stégen kívül nem igen kell komolyabb beruházásokat eszközölni, egy gyógyfürdő esetében azonban sokkal körültekintőbben kell az első kapavágásokat megtenni. Ugyanis ha nem jönnek a horgászok, az nem ugyanakkora probléma, mintha az egészségturisták maradnak el...

A magyarországi turizmusirányítás már a rendszerváltozást megelőzően is felismerte a gyógy- és termálturizmusban rejlő lehetőségeket, tisztában volt hazánk természeti adottságaival, orvosi szaktudásával, a nemzetközi piaci trendekkel, így a pénzügyi erőforrásokhoz igazodóan igyekezett a létesítmények fejlesztéséhez szükséges lépéseket megtenni. Az igazán átütő fejlesztések a 2000-ben meghirdetett Széchenyi-terv biztosította állami támogatásoknak köszönhetően valósulhattak meg, ettől az időszaktól kezdődően terjedt el a komplex termékben, történetesen az egészségturizmusban való gondolkodás. Az európai összehasonlításban is versenyképes fürdőlétesítmények kiépülésével párhuzamosan gyorsult fel az egészségturisztikai szuprastruktúra kínálatának megteremtése, de a gyógy- és wellness szállodák férőhely-kapacitása egyes régiókban messze elmarad a gyógy- és élményfürdők befogadóképességétől.

Az elmúlt évtizedben létrejött magyarországi egészségturisztikai kínálat igénybevételében egyre nagyobb szerepet kapnak a belföldi vendégek, akik elsősorban az üdülési csekk-rendszernek köszönhetően tudják a viszonylag drága szolgáltatásokat igénybe venni. A kiélezett nemzetközi versenyben csak egy stabil belföldi keresletre épülő egészségturizmus képes a kínálat színvonalát megőrizni, a szükséges fejlesztéseket végrehajtani, ez ugyanis a külföldiek elmaradása esetén is biztosítja a létesítmények zavartalan működtetését. Tekintettel arra, hogy a magyar társadalom a legtöbb fizikai és mentális egészségi mutatóját tekintve nemzetközi összehasonlításban igen kedvezőtlen kórképpel rendelkezik, elméletileg motivált a rendelkezésre álló egészségtu-

risztikai infra- és szuprastruktúra igénybevételére. A beteg emberek gyógyulni vágnak, kérdés persze, hogy a tradicionális utat, vagyis a gyógyszeres terápiát vagy a kellemesebb, a közérzetet sokkal hatékonyabban javító, a szervezetet gyorsabban regeneráló kellemesebb változatot, az otthontól távolabbi, utazással párosuló gyógykezeléseket választják. Utóbbiak ráirányíthatják a figyelmet a betegségmegelőzés szerepére is, így a gyógyulás a prevencióval is bővíthető. A rendszer működéséhez azonban pénz kell, nagyon sok pénz, mivel az utazás, a szállás, az otthonon kívüli étkezés, a fürdőlétesítmények és a gyógykezelések igénybevétele drága, amelyet az európai összehasonlításban szerény anyagi körülmények között élő magyar társadalom és a költségvetési kiadásokat folyamatosan csökkenteni óhajtó kormányok nehezen tudnak finanszírozni, támogatni.

Az egészségturisztikai szakemberek a jelen tanulmány címéből is kiolvasható paradoxon mielőbbi feloldásában érdekeltek, mivel a széchenyi-terves támogatások révén kiépült infrastruktúra fenntartása és fejlesztése kizárólag annak igénybevétele esetén valósítható meg. A konstrukciót úgy kell megalkotni, hogy miközben a magyar társadalom GYÓGYUL, addig a hazánkba érkező külföldieket GYÓGYÍJTJUK. Tekintettel arra, hogy a magyarok többsége pillanatnyilag nem képes az egészségturisztikai szolgáltatásokat megfizetni (a kínálat komplex igénybevétele ritka), az állami támogatások korlátozottak, tehát a meglévő fürdő-, valamint a szálloda- és vendéglátó-ipari kapacitások hasznosításában a külföldi kereslet kulcsfontosságú szerepet játszik. Azonban már középtávon is arra kell törekedni, hogy a magyar társadalom gyógyulásában, betegségmegelőzésében egyre nagyobb hangsúlyt kapjon a folyamatosan szélesedő egészségturisztikai potenciál igénybevétele, amely jelentős mértékben hozzájárulhat a lakosság életminőségének kívánatos mértékű növekedéséhez.

IRODALOM

- A Széchenyi Terv Turizmusfejlesztési Programja 2001. *Turizmus Bulletin*. 5. 1. pp. 6–18.
- A turizmus és gyógyturizmus fejlesztési koncepciója 1993: *Kereskedelmi Szemle*. 34. 11. pp. 41–54.
- AUBERT A. 2004: Az egészségturizmus regionális szintű fejlesztése Magyarországon. In: Hanusz Á. (szerk.) *Földrajzi környezet – történeti folyamatok. Tanulmánykötet Dr. Frisnyák Sándor 70. születésnapja tiszteletére*. Nyíregyházi Főiskola, Nyíregyháza. pp. 155–162.
- AUBERT A.–MISZLER M. 2004: A regionális szintű termékfejlesztés és -menedzselés elméleti keretei a gyógy- és termálturizmusban. In: AUBERT A. – CSAPÓ J. (szerk.) *Egészségturizmus*. PTE TTK Földrajzi Intézet, Pécs. pp. 3–28.

- BALOGH A.–BAJMÓCY P. 2009: Városok egyetemisták mentális térképein. *Tér és Társadalom*. 23. 3. pp. 97–109.
- CZEGLEDI J. 1981: A termálüdülés és gyógyidegenforgalom VI. ötéves tervi fejlesztési koncepciója. *Kereskedelmi Szemle*. 22. 8–9. pp. 45–49.
- CSAPÓ T.–KOC SIS Zs. 1997: A büki gyógyturizmus és hatása a térségre. *Vasi Szemle*. 51. 2. pp. 197–208.
- CSÉFALVAY Z. 1990: *Térképek a fejünkben*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- DÁVID L.–BAROS Z. 2006: A globális klímaváltozás hatása a turizmusra. *Gazdálkodás*. 15. Különkiadás. pp. 82–91.
- DÁVID L.–BAROS Z. 2007: A tavak turisztikai célú hasznosítása az éghajlatváltozás tükrében. *Földrajzi Közlemények* 55. 3. pp. 171–186.
- FARKAS K. (szerk.) 1962: *Magyarország gyógyfürdői, gyógyhelyei és üdülőhelyei*. Medicina, Budapest.
- FLUCK I. 1992: Gyógy-idegenforgalmi lehetőségeink orvosi szemmel. *Balneológia, gyógyfürdőügy, gyógyidegenforgalom*. 13. 1–2. pp. 71–76.
- GROVE, D. 1977: *Magyarország páratlan kincse – a termálvíz üdülési és idegenforgalmi hasznosításának tervezése. Beszámoló az ENSZ/magyar regionális fejlesztési, tervezési projectről*. Regionális Fejlesztési Tervezési Project Iroda, Budapest.
- GYURICZA L. 2000: A termálvíz hasznosítási lehetőségei Közép- és Nyugat-Zalában. In: LOVÁSZ Gy.–SZABÓ G. (szerk.) *Területfejlesztés–regionális kutatások*. PTE TTK Földrajzi Intézet, Pécs. pp. 73–79.
- HANUSZ Á.–KÓKAI S.–SÜTŐ L.–SZEPESI J. 2009: Egy turisztikai összefogás földrajzi összefüggései a Hit és Egészség Projekt esettanulmánya alapján. In: GÁL A.–HANUSZ Á. (szerk.) *Tiszteletkötet dr. Frisnyák Sándor professzor 75. születésnapjára*. Nyíregyházi Főiskola Turizmus és Földrajztudományi Intézete–Bocskai István Gimnázium, Nyíregyháza–Szerencs. pp. 163–177.
- KISS K.–TÖRÖK P. 2001: Az egészségturizmus nemzetközi keresleti és kínálati trendjei. *Turizmus Bulletin*. 5. 3. pp. 7–14.
- KOPP M.–KOVÁCS M. (szerk.) 2006: *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- LENGYEL M. 1977: Milyen szerepet játszhat a termálvíz a magyarországi idegenforgalomban? *Területrendezés*. Különszám. pp. 20–24.
- LÓRINCZ K. 2003: A hazai turisztikai régiók és az egészségturizmus. *Comitatus*. 13. 3. pp. 65–74.
- MARTONNÉ ERDŐS K. 1985: Bogács termálfürdőre alapozott idegenforgalmának jellemző vonásai. *Földrajzi Értesítő*. 34. 4. pp. 455–474.
- MOLNÁR Cs.–TÓTH G.–KINCSES Á. 2010: A fürdőfejlesztések hatásai Kelet-Magyarországon. *Turizmus Bulletin*. 13. 4. pp. 20–32.
- OECD 2011: Compendium of OECD well-being indicators. <http://www.oecd.org/dataoecd/4/31/47917288.pdf> Letöltve: 2011. június 4.
- PÁL V. 2005: Fogalmi kérdések, történeti csomópontok, kutatási irányzatok az egészségföldrajzban. *Földrajzi Értesítő*. 54. 3–4. pp. 435–453.
- PÁL V. 2007: The geography of health in the Hungarian human geography. In: Kovács Cs. (ed.) *From villages to cyberspace*. Department of Economic and Human Geography, University of Szeged, Szeged. pp. 417–424.

- RÁTZ T. 2001: Zennis és Lomi Lomi, avagy új trendek az egészségturizmusban. *Turizmus Bulletin.* 5. 4. pp. 7–16.
- RÉDEI M.–KINCSES Á.–JAKOBI Á. 2011: The World seen by Hungarian students : a mental map analysis. *Hungarian Geographical Bulletin.* 60. 2. pp. 135–159.
- UZZOLI A. 2003: A magyar népesség egészségi állapota az európai országok körében. *Földrajzi Közlemények.* 51. 1–4. pp. 131–156.
- VÁRHELYI T. (szerk.) 2009: *Világtrendek az turizmus-iparban.* Szolnoki Főiskola, Szolnok.

A gyógyfürdővel rendelkező magyarországi települések életminőségi aspektusainak vizsgálata¹

MICHALKÓ GÁBOR – RÁTZ TAMARA – TÓTH GÉZA – KINCSES ÁRON

Bevezetés

A Széchenyi-terv keretében megvalósult fürdőberuházások és a hozzájuk kapcsolódó szálláshely-fejlesztések jelentős mértékben növelték a magyarországi egészségturizmus kínálatának mennyiségi és minőségi mutatóit. A turizmuspolitika által szorgalmazott egészségturisztikai fejlesztések (Budai 2001, Budai–Székács 2001) és a velük szorosan összefüggő marketingkommunikáció (Budai 2002, KPMG 2002) arra ösztönözték a kutatókat, hogy a korábbiaknál nagyobb figyelmet szenteljenek a kedvezőnek tűnő változások társadalmi-gazdasági hatásainak vizsgálatára (Mundruczó–Szennyessy 2005, Formádi 2007, Ács–Laczkó 2008). A téma kapcsán az MTA Földrajztudományi Kutatóintézet koordinálásában 2007 nyarán megkezdődött kutatás elsősorban arra koncentrált, hogy átfogó képet adjon az egészségturizmusban érintett települések lakosságának életminőségéről.

A területi versenyképesség erősítését befolyásoló turizmus egyrészt a látogatók igényeinek kielégítése (szolgáltatóipar kiépülése), másrészt a helyi lakosság életkörülményeinek javítása (élhető település megteremtése) révén válik az adott helységben mérhető életminőség letéteményesévé (Dobos–Jeffres 1993, Jurowski–Brown 2001). Ismert, hogy a fizikai és a mentális egészség kapcsán egyaránt jelentős kihívásokkal küszködő magyar lakosság (Kopp–Kovács 2006) az egészségturizmus kínálatának aktív fogyasztásával kedvezőbbé teheti az életminőségét meghatározó egyes tényezőket, de vajon jobb-e az életminősége azoknak az állampolgároknak, akik az egészségorientált vendégforgalom feltételrendszerének eleget tevő településeken élnek? Ennek a kérdésnek a körültekintő megválaszolása igen összetett kutatást igényel, amelynek első lépéseként a gyógyfürdővel rendelkező magyarországi települések vendégforgalmi mutatóit (különös tekintettel a Széchenyi-terv keretében megvalósuló beruházásokra), illetve a fejlesztések társadalmi-gazdasági hatásait tettük matematikai statisztikai módszerekre épülő vizsgálat tárgyává. Ezzel átfogó képet kívántunk alkotni a köztudatban sikertörténetként élő fürdőfejlesztések generálta folyamatokról, elsősorban az életminőséget közvetve/közvetlenül befolyásoló keresleti változásokról és annak a helyi társadalomban, valamint a gazdaságban kikristályosuló lenyomatairól.

¹ A tanulmány a *Területi Statisztika* 2009/2. számában megjelent cikk másodközlése.

A gyógyfürdők vendégforgalom-dinamizáló szerepe

Az elemzés első fázisában kitüntetett figyelmet fordítottunk annak a kérdésnek a megválaszolására, hogy az országos átlaghoz viszonyítva mennyire kedvezőbbek vagy éppen kedvezőtlenebbek a minősített gyógyfürdővel (a továbbiakban gyógyfürdő) rendelkező település-csoport vendégforgalmi mutatói. 2006-ban 50 olyan település volt Magyarországon, ahol gyógyfürdő is működött². Tekintettel arra, hogy Mórahalmon 1998-ban, Mátraderescskén pedig csak 2002-ben létesült kereskedelmi szálláshely, így a hosszabb idősort átfogó dinamikák összehasonlítása során e két település mutatóit nem vettük figyelembe. A megfigyelés a vizsgálatba vont 48 település 1995. és 2006. évi vendégforgalmára fókuszált, melynek során bázisviszonyszámokat számítottunk, ezek segítségével feltártuk hogyan is alakultak 12 év viszonylatában a legfontosabb idegenforgalmi folyamatok. Az adatok forrása a KSH Tájékoztatói adatbázisa volt.

1995-höz képest 2006-ra országos átlagban a vendégek száma 39,6 %-kal növekedett, amelyen belül a belföldiekénél 70,9%, míg a külföldiekénél 15,0%-os bővülés történt. A gyógyfürdővel rendelkező települések közül 16 olyan település van, amelyek esetében a vizsgált időszakban csökkent a vendégek száma. A legjelentősebb visszaesés Baracson történt (közel 90%-os). További 13 olyan település van, ahol 1995–2006 viszonylatában a vendégek számának növekedése elmaradt az országos átlagtól. A vizsgált időszakban a legjelentősebb növekedést Kisvárdán (473,2%) észleltük.

A belföldi vendégek számát tekintve már csak 10 olyan település van, ahol 1995-höz képest 2006-ban csökkent a vendégek száma, igaz további 15 településen a bővülés mértéke elmaradt az országos átlagtól. A legjelentősebb visszaesés ebben a vonatkozásban is Baracson történt (–68,5%-os), míg a legnagyobb növekedés Zalakaroson (+650,1%) volt. Ezzel ellentétben a külföldi vendégek száma 34 településen csökkent, s további két településen regisztráltak az országos átlagnál lassabb fejlődést. A legjelentősebb visszaesés Fehérgyarmaton (–97,2%), míg a legnagyobb növekedés Szentgotthárdon (+3 115%) zajlott.

A vendégéjszakák száma 1995-ről 2006-ra országosan 20,3%-kal bővült. Ezen belül a belföldi vendégéjszakáknál 51,5%-os, míg a külföldiekénél 0,5%-

¹ Balatonfüred, Barcs, Békéscsaba, Bük, Cegléd, Cserkeszőlő, Csokonyavisonta, Csongrád, Debrecen, Dombóvár, Dunaföldvár, Eger, Érd, Fehérgyarmat, Gárdony (Agárd), Győr, Gyula, Hajdúszoboszló, Harkány, Hévíz, Igal, Kalocsa, Kaposvár, Kiskunfélegyháza, Kiskunmajsa, Kisvárda, Komárom, Lenti, Makó, Mátraderecske, Mezőkövesd, Miskolc, Mórahalom, Mosonmagyaróvár, Nagyatád, Nyíregyháza, Orosháza, Parád-fürdő, Pécs, Püspökladány, Sárvár, Sopron, Szarvas, Szeged, Szentes, Szentgotthárd, Szolnok, Tiszaújváros, Visegrád, Zalakaros

os növekményt észleltünk. A vizsgálatba vont települések közül 22 olyant találhatunk, ahol csökkent a vendégéjszakák száma, további 3 növekedésének mértéke pedig nem érte el az országos mutatót. Az összes vendégéjszaka vonatkozásában 92,6%-os csökkenéssel Barcs volt a legrosszabb helyzetben, míg +433,4%-as növekedéssel Szentes a legkedvezőbbben. A belföldi vendégéjszakák száma 11 településen csökkent a vizsgált 12 évben, s további 10 településen a bővülés mértéke elmaradt az országos átlagtól. A két szélső értéket Barcs (-75,3%) és Cserkeszölő (+521,9%) produkálta. A külföldi vendégéjszakáknál rosszabb a helyzet, 31 település esetében csökkenés történt, míg Parádon lényegében az országos átlagnak megfelelő stagnálást mértek. Baracson a visszaesés mértéke messze a legmagasabb (-97,7%), míg Szentgotthárdon ezzel szemben +2026,7%-os bővülést tapasztalhatunk.

Semmi esetre sem állíthatjuk tehát, hogy a gyógyfürdővel rendelkező magyarországi települések vendégforgalmi mutatói általánosan kedvezőbbek lennének, mint az országos átlag. Sok olyan település van, ahol a turisztikai kereslet dinamikája jóval meghaladja az országos átlagot, de több település jelentősen elmarad tőle.

Az országos mutatókat erőteljesen befolyásoló, számottevő kereslettel rendelkező turisztikai célterületek (Budapest, Balaton) torzító hatásának kiszűrése érdekében külön is megvizsgáltuk, hogy a gyógyfürdővel rendelkező települések vendégforgalma hogyan viszonyult a megyéjükben tapasztalt folyamatokhoz képest. Ennek a vizsgálatához valamennyi település bázisviszonyszámát a megyéje megfelelő adatához hasonlítottuk. Úgy véltük, így az is tetten érhető, hogy mennyire képesek a gyógyfürdővel rendelkező települések megyéjük idegenforgalmi motorjaként viselkedni.

Az összes vendéget együttesen vizsgálva megállapíthatjuk, hogy a települések több mint felében (28 település) a dinamika kedvezőtlenebb volt, mint a megyei átlag. A legjelentősebb eltéréseket Lenti (-127,2 százalékpont) és Szentes (+425,1 százalékpont) mutatta. A belföldi vendégek száma tekintetében 26 olyan település van, ahol a dinamika kedvezőtlenebb a megyei átlagnál. A két sarokpontot ebben a tekintetben Nagyatád (-163,3 százalékpont) és Szentes jelenti (+526,5 százalékpont). Ami a külföldi vendégek számát illeti, 28 településen észlelhető a megyei átlagnál kedvezőtlenebb dinamika: a szélsőségeket Cegléd (-79,6 százalékpont) és Szentgotthárd (+3073,7 százalékpont) képviseli.

Az összes vendégéjszaka vonatkozásában 28 olyan települést észleltünk, amelyekben az 1995 és 2006 között regisztrált növekedés elmaradt a megyei átlagtól. Fehérgyarmaton az összes vendégéjszaka dinamikája -113,7 százalékponttal volt alacsonyabb, míg Szentesen +404,8 százalékponttal magasabb a megyéjük átlagánál. A belföldi vendégéjszakák esetében a települések felénél

(24 település) a megyei átlaguknál kedvezőbb dinamikát láthatunk. A megyei dinamikától a legnagyobb mértékben Barcs maradt el (–140,2 százalékpont) és azt Visegrád haladta meg (+479,1 százalékpont) a legnagyobb mértékben. A külföldi vendégéjszakák tekintetében ennél rosszabb a helyzet, itt a települések többsége (26 település) elmaradt megyéje átlagos dinamikájától. A szélsőértékeket Fehérgyarmat (–94,5 százalékpont) és Szentgotthárd (+2003,1 százalékpont) képviseli.

Megállapíthatjuk tehát, hogy a gyógyfürdővel rendelkező települések többsége a vizsgált időszakban nem vált a megyéje meghatározó dinamikájú idegenforgalmi motorjává. Vélelmezhető, hogy a legtöbb esetben az egészségturisztikai vonzerő nem jelent helyzeti előnyt a megye más turisztikai lehetőségekkel rendelkező településéhez képest.

A Széchenyi-terv hatása a gyógyfürdővel rendelkező települések vendégforgalmára

A Széchenyi-terv a vizsgált települések jelentős részét érintette. Az alábbiakban arra keressük a választ, hogy van-e valamilyen kapcsolat a vendégforgalom dinamikája és a fejlesztési terv részeként megvalósult beruházások között. Ennek érdekében a vizsgált időszakot két egyenlő részre osztottuk, az 1995–2000, illetve a 2001–2006 közötti periódusra. Az első periódust mintegy referencia időszakként tekintettük, míg a másodikban azt vártuk, hogy a terv keretében megvalósult beruházás ehhez képest valamelyest érezteti hatását. Azért választottuk ezt a megoldást, mert a projektek befejezésére, ugyan eltérő időpontokban került sor, viszont úgy véltük, hogy a két periódus között – amennyiben a projekt eredményes volt – mindenképp különbségnek kell lenni a dinamikák tekintetében, melyet jelen esetben az éves átlagos növekménnyel mértünk.

A vendégek számát vizsgálva az országos átlagot tekintve az 1995–2000-es periódusnál mintegy 1 százalékponttal volt magasabb a 2001–2006 közötti évi átlagos növekmény. Az elemzésbe vont 48 település közül 34 esetében valósult meg a Széchenyi-terv keretében valamilyen beruházás. A 34 település között 11 olyan település van, ahol a vendégek számában 2001-től az éves átlagos növekedés alacsonyabb volt, mint a megelőző hat évben. Természetesen nem állíthatjuk azt, hogy csak ott várható növekmény, amely települést a terv érintette. Erre szolgál bizonyítékul az is, hogy 14 olyan településből, melyet nem érintett a Széchenyi-terv, 5 településen az előző periódushoz viszonyítva nőtt az évi átlagos dinamikák. Mint látható volt, a Széchenyi-terv ugyan önmagában nem jelent a vendégszám dinamikáiban egyértelmű javulást, de az is

megfigyelhető, hogy azok a települések, ahol 2 milliárd Ft, vagy annál nagyobb beruházás valósult meg, 2001-től magasabb évi átlagos növekedést mutatnak, mint korábban. A kedvező dinamikájú települések közül Cserkeszőlőn valósult meg a legkisebb bekerülési költségű (közel 147 millió Ft) beruházás, és itt az első periódusban észlelt 3%-os éves átlagos növekményt a másodikban 19%-os követte. A Széchenyi-terv keretében a legjelentősebb beruházások Bükön valósultak meg (8,8 milliárd Ft-os bekerülési költséggel), s itt az első, stagnáló periódus vendégszámát, 2001-et követően évi átlagban 12%-os bővülés követte.

A vendégéjszakákat vizsgálva megállapítható, hogy országos átlagban az 1995–2000-es periódushoz képest 2001–2006 között 0,2 százalékponttal csökkent az évi átlagos növekedés. A 48 gyógyfürdővel rendelkező település közül 21 esetében a növekedés üteme lassult a második időszakra, míg a többiben stagnált, vagy növekedett. A legjelentősebb visszaesést Csongrádon láthatjuk, ahol az első periódus éves átlagos 75%-os növekedése után a másodikban 8%-os csökkenés történt. Ezzel szemben Mezőkövesden az első periódus 10%-os éves átlagos csökkenése után a másodikban 14%-os átlagos bővülés ment végbe. A Széchenyi-terv által érintett települések közül 13-ban az elsőhöz képest a második periódusra csökkent az évi átlagos növekedés üteme, míg a többiben stagnálás, vagy növekedés történt. A vendégéjszakák tekintetében nem mutatható ki a beruházások bekerülési költsége és a forgalom dinamikájának javulása közötti összefüggés, mivel a legnagyobb beruházás Bükön valósult meg, de itt a forgalom élénkülése a két periódus között „csak” 4 százalékpont, míg ennél lényegesen jelentősebb javulás – mint már jeleztük – Mezőkövesden történt, ahol a beruházás bekerülési költsége csak 460 millió Ft volt.

Megállapítható tehát, hogy a Széchenyi-terv gyógyfürdő-beruházási projektjei által érintett települések közül sok esetben igen kedvező növekedési folyamatok regisztrálhatók. Ennek ellenére nem lehet általánosítani, mivel a települések jelentős része a vendégforgalom tekintetében nem tudott profitálni a beruházásokból. Ennek okai meglehetősen széleskörűek lehetnek, melyek feltárására leginkább esettanulmány-szerűen, a településeket külön-külön vizsgálva kerülhet majd sor.

A gyógyfürdők gazdaságélénkítő szerepe

Kutatási témánk szempontjából rendkívül fontosnak ítéltük annak feltárását, hogy a vendégforgalom milyen mértékben képes befolyásolni egy-egy település jövedelmi viszonyait. E kérdés elemzése azonban számos problémát rejt. Nehéz ugyanis – különösen egy magasabb lélekszámú település esetében

– elkülöníteni azt, hogy a fejlődésnek, illetve a jövedelemtermelő folyamatoknak mekkora része származott a turizusból, s mekkora mértékben valamely más beruházás, fejlesztés következménye. Igazolni kívántuk tehát, hogy ha csak részben is, de az idegenforgalom hatással van a gazdasági folyamatokra. Mivel a turizmus szerepe a települések életében eltérő súlyú, így a települések 1 000 lakosra jutó kereskedelmi szállásférőhelyei és a jövedelmek 1995-ről 2006-ra történő változásának kapcsolatát vizsgáltuk meg. A korrelációs együttható ($r=0,52$) e tekintetben közepesen erős kapcsolatot jelez, vagyis a vizsgált települések idegenforgalma kis mértékben hat a jövedelmek növekedésére. Hasonló kapcsolatot kerestünk az 1995–2006 közötti belföldi vándorlási különbözet 1 000 lakosra jutó évi átlaga és az 1 000 lakosra jutó kereskedelmi szállásférőhelyek száma között. A korrelációs együttható ($r=0,62$) az előzőeknél magasabb volt. A legjelentősebb kapcsolatot azonban a vizsgált települések 1995–2006 közötti népességszám változása és az 1 000 lakosra jutó szállásférőhelyek száma között mutattuk ki ($r=0,65$). Megállapítjuk tehát, hogy a települések turizmusa, valamint a jövedelemtermelő és népességmegtartó képessége között kapcsolat mutatható ki.

Ebből kiindulva megvizsgáltuk, hogy a gyógyfürdővel rendelkező települések mennyire tekinthetők versenyképesnek országos viszonylatban. Úgy látjuk ugyanis, hogy a versenyképes, illetve a turizmusban „mélyebben” érintett települések számíthatnak kedvező társadalmi-gazdasági folyamatokra. Ehhez jól megfogható és világos tartalmú társadalmi-gazdasági tényezők szorzatára érdemes bontani a relatív lakossági jövedelmeket (Lengyel 2000, Nemes Nagy 2004). Némi matematikai átalakítás után (az értékek logaritmusát kell venni) a szorzat átalakul egy sokkal könnyebben kezelhető összeggé, a következő formula szerint:

$$\frac{\text{Jövedelem}}{\text{Népesség}} = \log\left(\frac{\text{Jövedelem}}{\text{Foglalkoztatottak}}\right) + \log\left(\frac{\text{Foglalkoztatottak}}{\text{Aktívkorúak}}\right) + \log\left(\frac{\text{Aktívkorúak}}{\text{Népesség}}\right)$$

Mivel méréseinket a települések szintjéről kiindulva végezzük el, a jövedelem ez esetben az adott évi személyi jövedelemadó-köteles jövedelem, a foglalkoztatottak száma az adott évi adózók számával közelíthető, aktív korúaknak a 15–60 éves nőket és a 15–61 éves férfiakat tekintjük, míg népesség alatt az állandó lakosok számát értjük. Az adózókra jutó jövedelmek lényegében a települések gazdaságának termelékenységét közelítik, az adózók aktív korú populáción belüli aránya a foglalkoztatottságra ad elfogadható becslést, míg az aktív korúak népességen belüli aránya egyfajta korszerkezeti mérőszámként pozitív regionális erőforrásnak tekinti a minél fiatalosabb demográfiai arculatot.

Ezen tényezőkre bontást térségtipizálásra alkalmazzuk, elfogadva Nemes Nagy József eredményeit, miszerint a jövedelmi különbségeket elsősorban a

termelékenység alakítja, miközben a korszerkezeti tényező hatása igen csekély (Nemes Nagy, 2004). Tipizálásunk alapja az egyes települések értékeinek országos átlaghoz való viszonya a lakossági jövedelmek, valamint az ezt felbontó három tényező esetén. Átvéve Nemes Nagy József (2004) technikai megoldásait, az 1. táblázatban mi is 1-essel jelöltük az országos átlag feletti, 0-ával pedig az átlag alatti tényezőket. (Az első számérték mindig a lakossági jövedelmeket szimbolizálja, míg a második a termelékenységet, a harmadik a foglalkoztatottságot, a negyedik pedig a korszerkezeti tényezőt.) A versenyképesség fogalmánál maradva, versenyelőnyösnek tekintjük az országos átlag feletti lakossági jövedelmű településeket, míg versenyhátrányosnak az átlag alattiakat. Ezen belül komplex versenyelőnyt állapítunk meg, ha az adott település a lakossági jövedelmek mindhárom összetevőjében átlag feletti értékekkel rendelkezik, míg több-, illetve egytényezős a versenyelőny, ha kettő vagy mindössze egy tényező esetében teljesül ez a feltétel. A versenyhátrány mibenlétét ennek analógiájára értelmezzük.

A 2006-os adatok alapján komplex versenyképességgel jellemezhető 8 település közül 5-ben láthatunk bővülő vendégforgalmat. A 2001–2006 időszak viszont csak 8 település számára jelentett gyorsuló fejlődési ütemet az évi átlagos növekedés viszonylatában a 19 olyan település közül, ahol egy, vagy többtényezős versenyelőnyt állapíthatunk meg. Közöttük 6 település rendelkezik növekvő vendégforgalommal a vendégéjszakák számát tekintve. A 29, valamilyen mértékben versenyhátrányban lévő település közül 16-ban láthatunk bővülő vendégforgalmat, így véleményünk szerint elsősorban ezek azok a települések, amelyeknek sok esetben az egyedüli felzárkózási lehetőséget jelentheti a gyógyturizmus, igaz a fejlődésüknek jelentős korlátai vannak.

A gyógyfürdők működésének térségi hatásai

A következő lépésben arra kerestük a választ, hogy a gyógyfürdővel rendelkező települések vendégforgalma hogyan viszonyul az adott kistérség turisztikai keresletéhez. Abból a hipotézisből indultunk ki, hogy a kedvező, illetve a kedvezőtlen kistérségi folyamatok kihathatnak a településre és viszont, a folyamat fejlődési energiákat vehet el a kistérség más településeitől, illetve a növekedéshez szükséges erőt adhat a számukra.

Megállapíthatjuk, hogy a vendégéjszakák 1995-ről 2006-ra nagyjából hasonlóan alakultak a vizsgált településeken, illetve kistérségeikben. Ettől csak néhány pozitív és negatív előjelű eltérést tapasztalhatunk. Kiskunfélegyházára és Pécsre is elmondható, hogy a csökkenő kistérségi mutató ellenére bővíteni tudták vendégéjszakáikat. Ezzel ellentétben, a kistérségéhez képest ne-

1. táblázat A vizsgált települések versenyképessége és vendégforgalmi folyamatai

Település név	Verseny- képességi kategóriák	Vendég- éjszaka, 2006 (1995=100%)	Vendégéjszakák növekedésének évi átlagos üteme, százalék		
			1995-2000	2001-2006	Különbség
Balatonfüred*	0011	81,1	98,4	96,4	-2,0
Barcs*	0001	7,6	84,1	77,9	-6,3
Békéscsaba*	1011	91,4	96,5	103,5	7,1
Bük*	0011	160,9	102,3	106,7	4,5
Cegléd*	0000	71,8	91,8	99,8	8,0
Cserkeszőlő*	0000	248,1	104,0	110,7	6,8
Csokonyavisonta	0000	62,2	176,0	93,0	-83,0
Csongrád	0010	33,3	176,0	93,0	-83,0
Debrecen*	1101	103,9	99,5	102,2	2,7
Dombóvár*	0001	56,9	92,2	98,1	5,9
Dunaföldvár	0000	135,5	109,2	94,3	-14,9
Eger*	1111	132,6	104,7	99,6	-5,1
Érd*	1101	130,1	98,8	105,3	6,5
Fehérgyarmat	0001	51,7	91,5	93,6	2,2
Gárdony*(Agárd)	1111	35,4	87,6	97,7	10,1
Győr*	1111	135,4	108,9	95,5	-13,4
Gyula*	0011	78,0	98,1	98,1	0,1
Hajdúszoboszló*	0011	198,5	107,9	104,3	-3,6
Harkány*	0000	98,7	102,2	97,8	-4,4
Hévíz*	0010	157,1	104,7	102,6	-2,2
Igal*	0000	26,4	91,8	77,8	-14,0
Kalocsa	0001	74,5	94,2	101,2	7,0
Kaposvár	1011	128,2	128,7	81,6	-47,1
Kiskunfélegyháza	0011	163,2	94,4	108,1	13,7
Kiskunmajsa	0000	144,8	107,9	104,3	-3,7
Kisvárdá*	0001	371,7	95,2	115,7	20,6
Komárom*	1111	90,7	100,1	99,6	-0,5
Lenti*	0011	65,5	96,5	99,7	3,2
Makó	0000	254,5	102,7	112,3	9,5
Mezőkövesd*	0010	130,4	90,3	114,2	23,8
Miskolc*	1101	93,4	98,7	97,8	-0,9
Mosonmagyaróvár	1011	67,2	102,2	94,5	-7,7
Nagyatád	0011	141,7	95,6	103,2	7,7
Nyíregyháza*	1001	123,0	105,0	97,6	-7,4
Orosháza	0011	320,0	143,5	131,6	-11,9
Parád*(Parádfürdő)	0000	277,9	104,2	106,5	2,3
Pécs	1110	105,3	98,9	99,7	0,7
Püspökladány*	0001	92,7	89,3	106,7	17,4
Sárvár*	1011	92,6	101,7	98,9	-2,8
Sopron*	1011	129,8	106,2	98,6	-7,6

1. táblázat folytatása

Település név	Verseny- képességi kategóriák	Vendég- éjszaka, 2006 (1995=100%)	Vendégéjszakák növekedésének évi átlagos üteme, százalék		
			1995-2000	2001-2006	Különbség
Szarvas*	0010	405,7	110,0	116,0	6,0
Szeged*	1111	121,4	96,1	104,5	8,4
Szentes*	0010	533,4	111,1	112,5	1,3
Szentgotthárd*	1111	95,2	108,6	91,3	-17,3
Szolnok*	1111	107,3	98,0	98,4	0,4
Tiszaújváros	1111	248,1	118,0	103,1	-14,9
Visegrád*	1110	504,7	115,0	120,2	5,2
Zalakaros*	0010	266,9	104,6	111,7	7,1

Megjegyzés: az 1. számérték a lakossági jövedelmeket, a 2. a termelékenységet, a 3. a foglalkoztatottságot, a 4. pedig a korszerkezeti tényezőt mutatja A *-gal megjelölt településeken történt beruházás a Széchenyi-terv keretében.

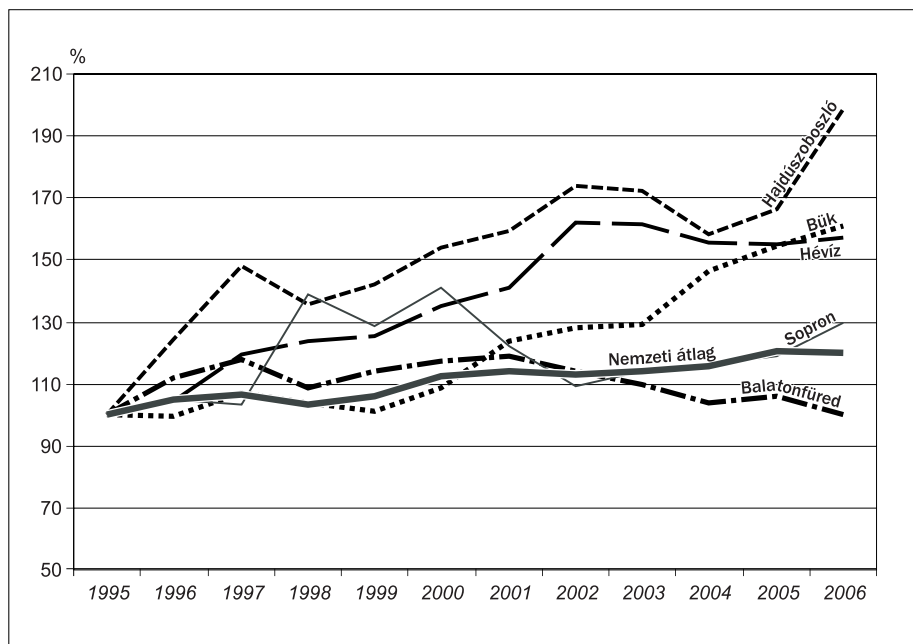
gatív tendenciát négy település esetében regisztráltunk, ezek: Harkány, Mosonmagyaróvár, Cegléd és Fehérgyarmat.

Vizsgálatunk szempontjából azt is érdemes megfigyelni, hogy hogyan változott az egyes települések kistérségük vendégéjszakáiból való részese-
dése 1995-ről 2006-ra. Ezzel kimutatható, hogy a gyógyfürdővel rendelkező
települések mennyiben tekinthetők kistérségük vendégforgalma motorjának,
s mennyire a kistérség „javára”, illetve „kárára” történt a fejlődésük.

Az elemzés azt mutatja, hogy 48 település közül 26 részesedése csökkent,
2 változatlan maradt csak 20 növekedett kistérsége vendégéjszakáiból. A legje-
lentősebb részesedés-csökkenés Cegléden (-50,4 százalékpont), Fehérgyarmaton
(-44,8 százalékpont) és Mezőkövesden (-42,4 százalékpont) történt. A legjelentő-
sebb részesedés-növekedés Visegrádon (+50,3 százalékpont), Kiskunfélegyházán
(+35,2 százalékpont) és Csokonavisontán (+30,3 százalékpont) következett be.
E településekről elmondható, hogy részarány-bővülésük olyan jelentős, hogy
növekedésük részben már kistérségük kárára történt.

A 46 település közül a 2006-os adatok alapján Hévíz, Hajdúszoboszló,
Bük, Balatonfüred és Sopron volt az első 5 a vendégéjszakák tekintetében.
E települések adták egyébként 2006-ban az összes vendégéjszaka 15,1%-át
Magyarországon. Mivel részesedésük ilyen jelentős, így érdemesnek találtuk
a vendégéjszakáik dinamikáját összehasonlítani az országos átlaggal.

Megállapítható, hogy Balatonfüred kivételével valamennyi település
dinamikája kedvezőbb az országos, 20,3%-os átlagos bővülésnél (1. ábra).
Legkedvezőbb dinamikával Hajdúszoboszló rendelkezik, ahol a növekedés
mértéke a vizsgált időszakban megközelítette a 100%-ot.



1. ábra. Az öt legjelentősebb gyógyfürdővel rendelkező település vendégéjszakái, 1995–2006 (1995=100%)

A 48 település közül 23 Nyugat-Magyarországon, míg 25 Kelet-Magyarországon található. Köztük jelentős különbség figyelhető meg abban a tekintetben, hogy a belföldi, vagy a külföldi vendégéjszakák részesedése a jelentősebb. Az elemzést a 2006-os adatok alapján végeztük el. A Dunántúlon ugyanis a 23 település közül 10-ben a külföldi vendégéjszakák aránya a jelentősebb. A legkisebb külföldi vendégéjszaka arányt Visegrádon (13,7%), míg a legjelentősebbet Csokonyavisontán észleltük (76,0%). Ezzel szemben Kelet-Magyarországon csak 1 olyan gyógyfürdővel rendelkező település van, ahol a külföldi vendégéjszakák aránya magasabb a belföldinél: Püspökladány (59,2%). Kelet-Magyarországon a külföldi vendégéjszakák tekintetében a legkisebb részesedést Parádon regisztrálták, ahol még a 2%-ot sem érte el.

A gyógyfürdővel rendelkező településeket együttesen vizsgálva élesebben jelentkeznek a területi különbségek. A 2006-os adatok alapján a nyugat-magyarországi gyógyfürdővel rendelkező településeken a külföldiek aránya (48,9%) közelíti a belföldiekét, míg Kelet-Magyarországon jóval nagyobb a határon túlról érkezők részesedésének (27,9%) elmaradása a hazai kereslettől. Ez a tény természetesen befolyásolja az adott települések fejlődését és jövőbeli kilátásaikat is.

A bázisévhez, 1995-höz viszonyítva abszolút értékben Nyugat-Magyarországon 728 000-rel, míg Kelet-Magyarországon 700 000-rel nőtt a vendégéjszakák száma 2006-ra. Ez nyugaton 22,1%-os, míg keleten 31,3%-os növekedést jelentett. 1995–2006 viszonylatában a vizsgálatba vont 23 nyugat-magyarországi település közül 12-ben csökkent a vendégéjszakák száma. A csökkenés oka a legtöbb esetben a külföldi kereslet elmaradásának köszönhető. Ezzel szemben Kelet-Magyarországon csak 7 olyan település volt, ahol a vendégéjszakák száma 1995-höz képest 2006-ra visszaesett, ezekben az esetekben is az elmaradó külföldi forgalom áll a kedvezőtlen mutató háttérében. A külföldiek csökkenése nyugaton 4,7%-os, míg keleten 13,6%-os volt. Nyugaton a külföldi vendégéjszakák számának csökkenése 14, míg keleten 16 települést érintett. A belföldi vendégéjszakák számának növekedése nyugaton 67,3% volt, míg keleten 64,4%. Kelet-Magyarországon csak 4 olyan település volt, ahol a bázisévhez képest a belföldi vendégéjszakák száma csökkent, míg a Dunántúlon számuk eléri a 7-et.

A gyógyfürdőkre alapozott fejlesztés és fejlődés

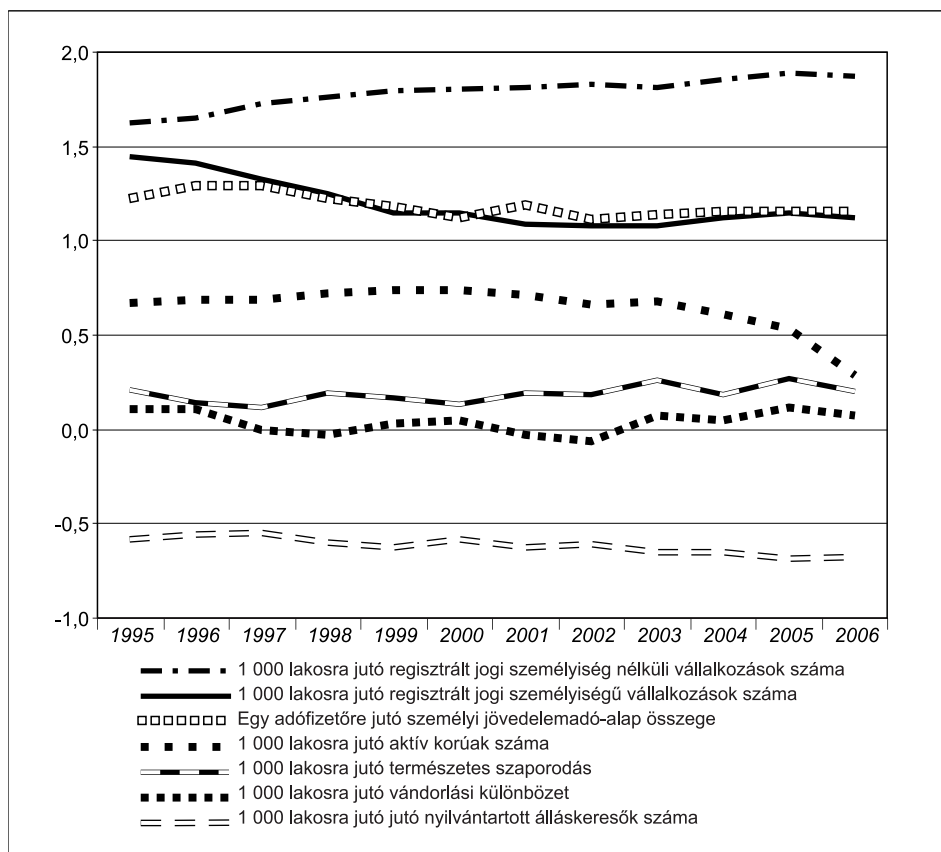
Az eddigiekben elsősorban a gyógyfürdővel rendelkező magyarországi települések vendégforgalmára koncentráltunk, miközben érintettük a turizmus társadalmi-gazdasági folyamatokra gyakorolt hatásait is. Az elkövetkezendőkben e hatásokkal foglalkozunk részletesebben, azonban nem a turizmus vonatkozó mérőszámát hasonlítjuk össze a társadalmi-gazdasági tér egy változójával, hanem mélyebb összefüggéseket keresünk. A vizsgált tér alkotóelemeinek kapcsolatát komplex viszonyrendszer jellemzi, amelyben a változók közötti bonyolult ok-okozati összefüggések sajátos hálózata van jelen. Természetesen nem szándékozunk ezt az összetett, sokváltozós rendszert teljes egészében feltárni, csupán arra a kérdésre szeretnénk választ kapni, hogy van-e kimutatható társadalmi-gazdasági hatása a Széchenyi-terv által érintett 34 településen a turisztikai beruházásoknak. Az analízishez az 1 000 lakosra jutó aktív népesség arányát, az 1 000 lakosra jutó természetes szaporodást, az 1 000 lakosra jutó belföldi vándorlási különbözetet, az 1 000 lakosra jutó jogi személyiségű és jogi személyiség nélküli vállalatok számát, az egy adófizetőre jutó személyi jövedelemadó-alapot, valamint az 1000 lakosra jutó nyilvántartott állás keresők számát használtuk. A változókat 1995 és 2006 közötti 12 éves időtartamban elemeztük a támogatás hatásának kimutatása érdekében. A vizsgálatunk területi szintje Magyarország összes települése volt. A megválaszolásra váró kérdés tehát az, hogy a támogatott gyógyfürdő beruházásoknak voltak-e, vannak-e olyan szignifikáns hatásai, melyek a szűken vett turizmus határát átlépve kimutatható társadalmi-gazdasági változásokat indukálnak. Elemzésünkéből így

direkt kimaradnak a konkrét turisztikai jellemzők, csak a válogatott változóink által lefedett konkrét társadalmi-gazdasági térre koncentrálnak, ahol az összes településhez mint kontrollcsoporthoz viszonyítjuk a támogatott települések időbeli mozgását.

Előre kell bocsátani, hogy a vizsgálatokban az ok-okozati összefüggések megállapításával nagyon óvatosan kell bánni. Azaz attól „működik-e” jobban egy település, mert többlet turisztikai forráshoz jutott, vagy amiatt jutott turisztikai forrásokhoz, mert jól „működött”, nem mindig állapítható meg egyértelműen, hiszen egy bonyolult sokváltozós láncolat két tagjáról van szó. A kapcsolatok kimutatása, az összefüggések feltárása kutatói feladat, azonban bármilyen hosszú idősort is vizsgálunk, annak megállapítása, hogy egy-egy település erős, vagy gyenge gazdasági-társadalmi teljesítménye mögött a Széchenyi-terv turisztikai beruházásai állnának kizárólagosan, veszélyes következtetés lehet. Ezért e helyen csak a kapcsolatkeresés a célunk, illetve annak kimutatása, hogy a fentebb részletezett változókban, illetve a változók között történt-e jelentősebb módosulás, a beruházásokkal elindított „jel”, vagy annak módosult formája észlelhető-e valahol a vizsgált térben? Ha igen, akkor milyen irányú, mekkorák a támogatott települések közötti eltérések, vannak-e sikeres, és kevésbé sikeres projektek? A vizsgálatok megkezdése előtt standardizáltuk változóinkat. Így minden településre mind a hét változónk átlagos értéke nulla, a változók szórása pedig egységnyi. Tehát az átlagnál nagyobb értékek pozitívak, az átlagnál kisebbek negatívak lesznek. Ezt kihasználva megvizsgálhatók a támogatott települések átlagos értékei a változóink mentén.

1999 és 2001 között kisebb trendfordulók, inflexiók pontok figyelhetők meg (2. ábra). Megállapítható, hogy az 1998 és 2002 közötti időszakról kezdve enyhén növekszik az adófizetők SZJA-alapja, a vizsgált 34 település átlagánál lassan csökken a munkanélküliek aránya. Az 1 000 lakosra számolt vállalkozások számai is növekszenek, nem megfelelően arról, hogy az országos átlag minden évben, minden változóra zérus. Azt is megfigyelhetjük azonban, hogy a pályázatot nyert települések átlagosan már a sikeres pályázatuk előtt is az országos átlagnál jobb mutatókkal rendelkeztek, melyet egy átmeneti megingás után átlagosan még erősíteni tudtak. A szórások kisebbek, mint az országos egység, és egyre kisebbek lesznek a 2006-os évhez közeledve.

Eddig a társadalmi-gazdasági tér egy-egy jellemző adatát vizsgáltuk meg az idő függvényében. A kitűzött feladatunk azonban megköveteli, hogy változóink közötti összefüggéseket, illetve a változók által meghatározott teret összességében, részletesebben vizsgáljuk. Fontos megjegyezni, hogy e hét ismérv nem független egymástól. Faktoranalízist alkalmaztunk a változók számának csökkentésére, és egy kevesebb dimenzióval rendelkező komplex társadalmi-gazdasági mutató létrehozásához. Így olyan, az eredeti 7 ismérv-



2. ábra. A társadalmi-gazdasági tér vizsgált változói a támogatott települések átlaga szerint, 1995–2006

nél kevesebb számú főtengety, új változó meghatározására került sor, melyek egyrészt egymással korrelálatlanok, másrészt pedig leginkább lefedik a vizsgált tér jellemzőit. (A módszer részletesebb leírását lásd Hajdu Ottó (2003): *Többváltozós statisztikai számítások* című könyvének 362–438 oldalain.) A faktoranalízist 1995 és 2006 között mindegyik évben elvégeztük a fenti hét kiinduló változóval Magyarország összes településére.

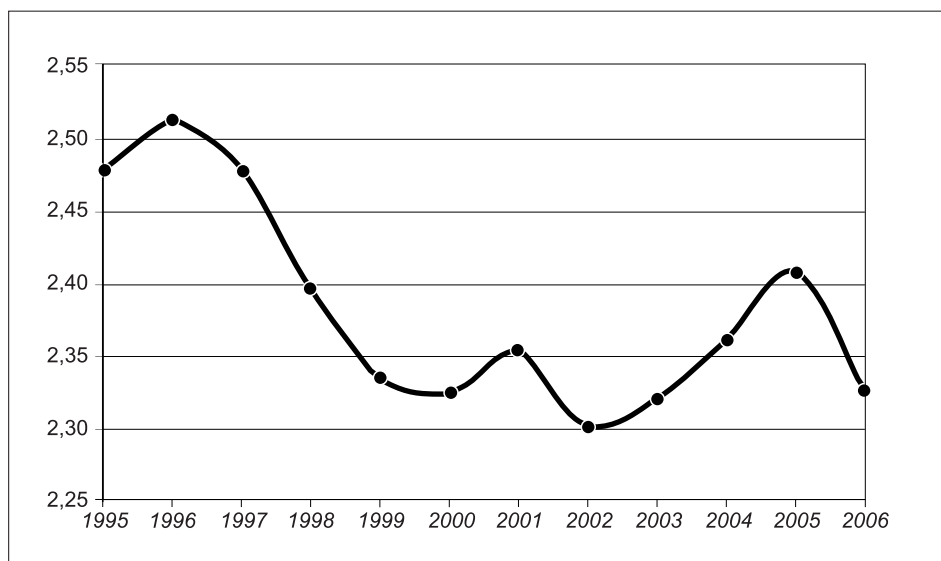
A főkomponensek kiszámítása végeredményben egy bázis-transzformáció, ahol az új bázis elemei a főtengetyek. Egy koordináta-transzformációt hajtottunk végre, olyan formában, hogy megkerestük azokat az a_i vektorokat (ezek éppen az alapadat-mátrix korrelációs mátrixának sajátértékeihez tartozó sajátvektorok), melyekre $X_{st} * a_i^{tr}$ szórása maximális (X_{st} a standardizált alapadat-mátrix, mely az eredeti 7 változót tartalmazza). Az így létrejövő $Y_i = X_{st} * a_i^{tr}$

vektorokat nevezzük főkomponens vektoroknak. Azaz ezek mentén a legnagyobb az értékek szóródása, innen szemlélve adódnak a legnagyobb eltérések. A megtartott főkomponenseket a variancia tömörítéseként foghatjuk fel. Az alapadatainkhoz tartozó sajátértékek közül az 1-nél nagyobbakat tartottuk meg minden évben. Így 3 sajátértékünk maradt, mely a teljes variancia 63–65%-át magyarázza. A három sajátértékhez tartozó sajátvektor, azaz a főtengelyek és az eredeti változóink közötti kapcsolatok nagyon stabilak a különböző években. Azt látjuk, hogy az első főkomponenssel a legszorosabb kapcsolatban az 1 000 lakosra jutó regisztrált jogi személyiségű és jogi személyiség nélküli vállalkozások száma, az egy adófizetőre jutó személyi jövedelemadó-alap összege és az 1 000 lakosra jutó nyilvántartott álláskeresők száma áll: utóbbival ellentétes, a többivel pedig pozitív kapcsolatban van. Tehát az első főkomponensünk növekedésével erősödnek a gazdasági mutatók. A második főkomponenssel az 1 000 lakosra jutó aktív korúak száma és az 1 000 lakosra jutó természetes szaporodás hozható szoros összefüggésbe. A komplex mutatóval azonos irányban változnak a demográfiai folyamatok. A harmadik főkomponensünket leginkább a belföldi vándorlás magyarázza, elkülönülve a többi alapadatunktól. Így az eredeti hét változónkból háromdimenziós, komplex teret nyertünk, melynek új változói a gazdasági, demográfiai és a belföldi vándorlás adatait sűrítik magukba.

Vizsgáljuk meg, hogyan változtak ebben a demográfiai-gazdasági térben a kutatás tárgyát képező települések az idő függvényében, továbbra sem meglepedkezve arról, hogy az analízisbe minden település adata szerepelt, és az új változóink átlaga itt is zérus. Azaz az átlagnál jobb értékek pozitívak, míg az átlagnál rosszabb értékek negatívak lesznek.

A gazdasági változónk erős csökkenését figyelhetjük meg a vizsgált időtartam első felében az országos átlaghoz viszonyítva, majd az 1999 és 2002 közötti átmeneti időszak után három éves emelkedési pálya következik, mely 2006-ban csillapodni látszik (3. ábra). Feltételezhetjük, hogy a gyógyfürdő-beruházások hatásait, vagy e hatások transzformáltját figyelhetjük meg ebben a három emelkedő évben. E hipotézisünket támasztja alá, hogy a 34 támogatott település szinte mindegyike hasonló pályát ír le, amely a többi magyar településhez viszonyított, relatív javulást mutat. Mivel e településeket semmilyen más egyszeri, azonos vagy hasonló bemeneti hatás nem érte, sem támogatásban, sem fejlesztésben, sem máshogyan, és nincsenek közöttük jellegadó szoros gazdasági kötelékek, így nagy valószínűséggel a támogatások hatását sikerült kimutatnunk.

Nem mehetünk el szó nélkül amellett, hogy az egyszeri beruházások hatásai egy felfutási időszak után csökkenni kezdenek, mutatva, hogy a gazdaságnak, a gazdaság szereplőinek, a településeknek nem elegendő egy-egy nagyobb beruházás finanszírozása ahhoz, hogy tartósan beinduljon a gazda-

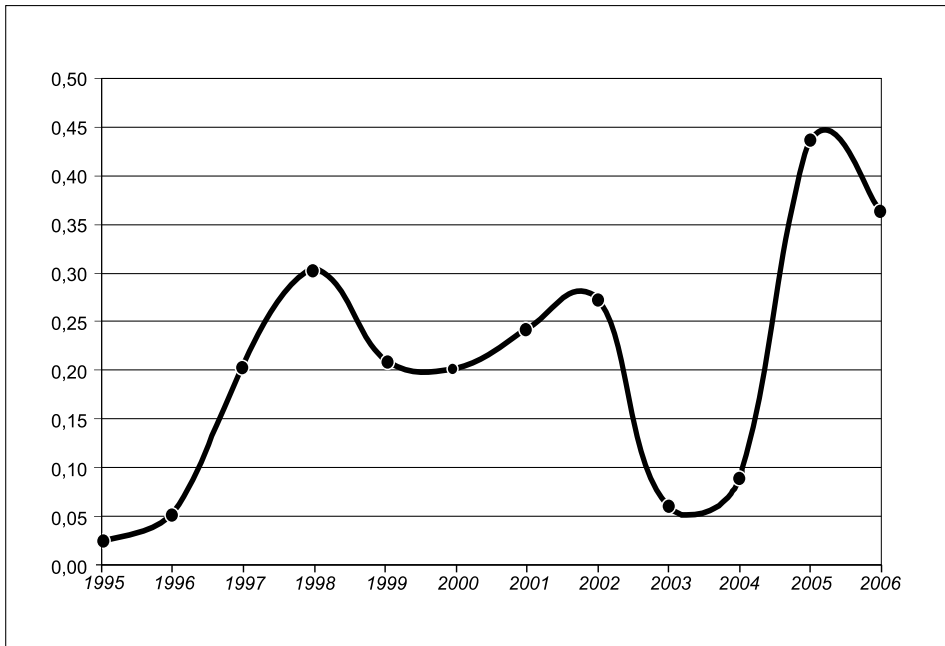


3. ábra. Az első főkomponens időbeli változása a támogatott települések átlaga szerint, 1995–2006

sági fejlődés. Természetesen azt az elkövetkező pár év dönti el, hogy csak hullámvölgyről van-e szó, vagy pedig a hatás teljes megszűnéséről a települések relatív előnyeiben az országhoz viszonyítva.

A konkrét településeket vizsgálva elmondható, hogy a fenti megállapítások teljes mértékben igazak a legnagyobb beruházásokra, azaz Bükre, Hajdúszoboszlóra, Hévízre, Sopronra, Balatonfüredre és Sopronra, ahol erős fellendülés után visszaesés tapasztalható. A fenti átlagtól negatív értelemben Harkány, Barcs és Igal, míg pozitív értelemben Visegrád, Cserkeszőlő és Szeged tér el leginkább. E megállapításunk összefüggésben van az 1. táblázatban bemutatott versenyképességekkel. Azt mondhatjuk, hogy míg az első három településen alig mutathatóak ki az emelkedések, addig az utóbbi három esetben nem mutatkoznak a fellendülés csökkenésének, vagy visszafordulásának jelei.

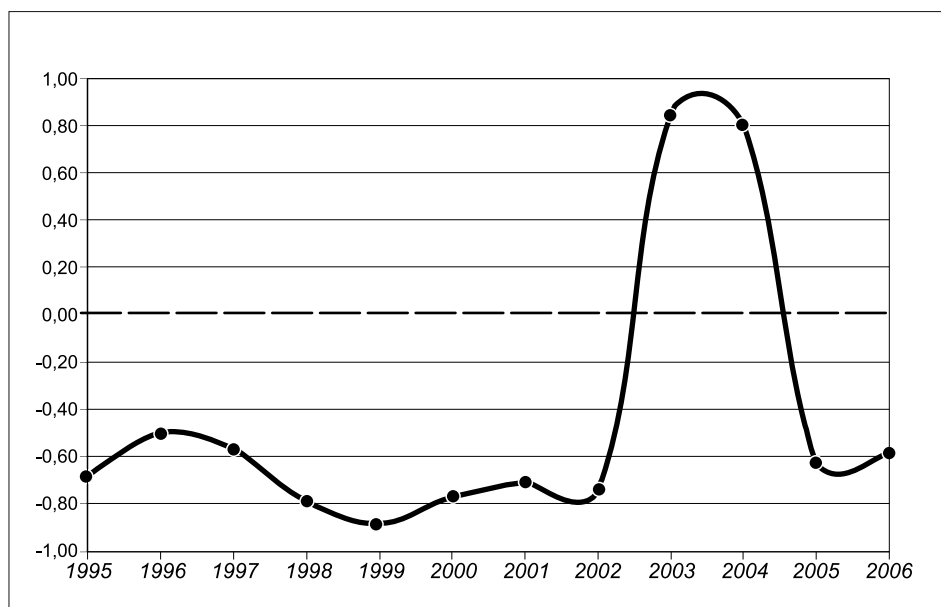
A demográfiai mutatókat magában sűrítő második főkomponens esetén, időben a többi településhez viszonyítva, a támogatott települések átlaga hektikusan viselkedik, így erre a komplex változóra nem lehet egyértelműen kimutatni a támogatások jelenlétének hatását (4. ábra). Azt tapasztaljuk, hogy a gazdasági térben egy gazdasági beruházás sokkal inkább hatást gyakorol, mint a demográfiai változókban. Valószínűleg a demográfiai (természetes szaporodás, gazdaságilag aktív állampolgárok száma) változókra csak hosszabb távon és többszöri, nagyobb beruházások képesek érzékelhető hatást kifejteni.



4. ábra. A második főkomponens időbeli változása a támogatott települések átlaga szerint, 1995–2006

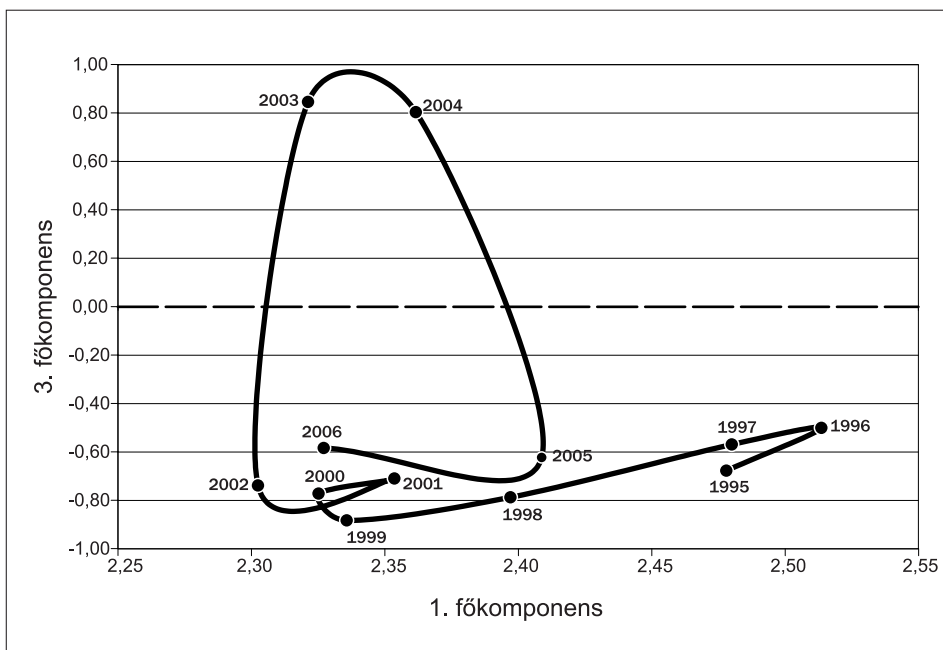
Meglepő módon a harmadik főkomponensnél, a belföldi vándorlás (állandó és ideiglenes) esetén érhető leginkább tetten a turizmus-beruházások hatása a vizsgált térben, és itt a legszembeötlőbb az effektus gyors lecsengése is (5. ábra). A három komplex változó közül ennél (a harmadiknál) láthatjuk, hogy a főkomponens értéke Magyarország átlaga alatt volt, mely egy 2–3 éves bevándorlási hullám után újra visszatért az eredeti szintre. A beruházások és azok multiplikatív hatásai erős mobilitást implikáltak e települések felé. Itt meg kell jegyezni, hogy a szinte kollektíven, az országos átlaghoz képest együtt javuló települések esetén a változások nagysága szoros összefüggésben áll a projekt bekerülési költségével. Azaz Bük, Sopron, Hévíz, Hajdúszoboszló, Sopron, Debrecen, Balatonfüred és Szeged esetében volt a legintenzívebb az áramlás. Ilyen összefüggés nem volt kimutatható a gazdasági változóknál. Ott egyfajta küszöb-értékberuházás indította be azt a sokváltozós, multiplikatív folyamatot, amely észlelhető volt a gazdasági térben. Ugyan a gazdasági változóknál ez a hatás sokkal hosszabb is volt, a belföldi vándorlásnál minden település esetén visszaállt az eredeti relatív gyenge érték.

Az új, háromdimenziós konstruált térünk lehetőséget biztosít, hogy a korrelálatlan változóink közötti összefüggéseket is megvizsgáljuk. Ehhez az x és



5. ábra. A harmadik főkomponens időbeli változása a vizsgált települések átlaga szerint, 1995–2006

az y tengelyeken a támogatott települések átlagának megfelelő főkomponens értékeket ábrázoljuk. Ezek az értékek, akárcsak az eddigiekben, a magyarországi átlaghoz viszonyítottan értendők. A gazdasági és a belföldi vándorlásért felelős főkomponens által kifizített síkban a gyógyfürdő beruházások révén érintett települések átlagos mozgását figyelhetjük meg az idő függvényében a 6. ábrán (a demográfiai komponensnek nem volt kimutatható változása a beruházások esetén). 1996 és 1999 között mindkét változó értéke romlott az országos átlaghoz képest, majd egy átmeneti időszak után 2002-től egyszerre kezdett el növekedni a komplex gazdasági mutató és a belföldi vándorlási különbség is. Megfigyelhetjük, hogy a településekre történő állandó és ideiglenes vándorlások volumennövekedése sokkal koncentráltabb (1-2 év alatt lezajlott folyamat), míg a gazdasági relatív növekedés tovább tartott a 34 településünk átlaga esetén. Ezek az eredmények is igazolják feltevésünket, miszerint a többi településhez képest ilyen kollektív, kimutatható növekedésnek csak egy közös, minden támogatott településre kiterjedő beruházás lehetett az okozója. Olyan beruházás pedig, mely pontosan az adott időszakban, pontosan a vizsgált településeket érintette, csak a Széchenyi-terv gyógyfürdő beruházása volt.



6. ábra. A támogatott települések az 1. és 3. főkomponens síkjában, 1995–2006

Következtetések

A gyógyfürdővel rendelkező települések vendégforgalma általánosan nem tekinthető kedvezőbbnek, mint az országos átlag. Részletesebb vizsgálatok alapján feltártuk, hogy ezen települések többsége idegenforgalmi szempontból egyelőre még nem tud megyéje meghatározó dinamikájú motorjaként működni. Az egészségturisztikai vonzerő tehát a legtöbb esetben nem jelent helyzeti előnyt a megye más turisztikai lehetőségeivel rendelkező településéhez képest.

A Széchnyi-terv a gyógyfürdővel rendelkező települések jelentős részét érintette. A beruházási projektekben résztvevő települések közül sok esetben igen kedvező növekedési folyamatok láthatók. Ennek ellenére nem általánosíthatunk, mivel a települések döntő része a vendégforgalom tekintetében nem tudott profitálni a beruházásokból. Az okok meglehetősen széleskörűek lehetnek, feltárásukra e tanulmány keretein belül nem vállalkoztunk.

A települések turizmusban való érintettsége, jövedelmi, továbbá népességmegtartó képessége között kapcsolat mutatható ki. Így a probléma szempontjából releváns kérdés volt, hogy a gyógyfürdővel rendelkező települések

mennyire tekinthetők versenyképesnek országos viszonylatban. A versenyhátrányban lévő települések többségében bővülő vendégforgalmat regisztráltunk, így véleményünk szerint elsősorban ezek azok a települések, amelyeknek sok esetben az egyedüli felzárkózási lehetőséget jelentheti az egészségturizmus, igaz a fejlődésüknek jelentős korlátai vannak.

A vizsgálat második felében arra a kérdésre kerestük a választ, hogy a támogatott gyógyfürdő-beruházásoknak voltak-e, vannak-e olyan szignifikáns eredményei, melyek a szűken vett turizmus határát átlépve kimutatható társadalmi-gazdasági hatást indukálnak. Az összetett gazdasági változót vizsgálva 2003 és 2005 között emelkedési pályát figyelhetünk meg. Feltételezhetjük, hogy a gyógyfürdő-beruházások hatásait, vagy e hatások transzformáltját mutatuk ki ebben a három, emelkedést mutató évben. E hipotézisünket támasztja alá, hogy a 34 támogatott település szinte mindegyike hasonló pályát írt le, amely a többi magyar településhez viszonyított, relatív javulást mutat. Mivel e településeket semmilyen más egyszeri, azonos vagy hasonló bemeneti hatás nem érte, sem támogatásban, sem fejlesztésben, sem máshogyan, és nincsenek közöttük jellegadó szoros gazdasági kötélekek sem, így nagy valószínűséggel a támogatások hatását sikerült kimutatnunk. Fontos megjegyezni, hogy az egyszeri beruházások hatásai egy felfutási időszak után csökkenni kezdenek, mutatva, hogy a gazdaságnak, a gazdaság szereplőinek, a településeknek nem elegendő egy-egy nagyobb beruházás finanszírozása ahhoz, hogy tartósan beinduljon a gazdasági fejlődés.

A belföldi vándorlásért felelős mutató hasonló tulajdonságokat jelez, mint a gazdasági változó, csak sokkal koncentráltabb formában. A demográfiai mutatókat magába sűrítő változónk esetén időben a többi településhez viszonyítva a támogatott települések átlaga hektikusan viselkedik, így erre alapozva nem lehet egyértelműen kimutatni a támogatások jelenlétének hatását. Azaz a társadalmi tér sokkal inkább befektetés-invariáns, mint a gazdasági tér.

Az életminőségre vonatkozó kutatási program szempontjából alapvető információul szolgált, hogy a gyógyfürdővel rendelkező települések vendégforgalma és az azzal összefüggésben álló gazdasági-társadalmi hatások nem feltétlenül kedvezőbbek az adott térség más idegenforgalmi településeivel történő összehasonlításban. A Széchenyi-tervnek nyilvánvalóan voltak élénkítő hatásai, de mivel azok fenntarthatóságának biztosítása problematikus, így várhatóan ezen kiváltságos településcsoportban sem fogunk az elkövetkezendő vizsgálatok során okvetlenül magasabb életminőséget kimutatni.

IRODALOM

- ÁCS P.–LACZKÓ T. 2008: Területi különbségek a hazai egészségturizmus kínálatában. *Területi Statisztika*. 11. 3. pp. 344–356.
- BUDAI Z. 2001: A Széchenyi Terv keretében megvalósuló egészségturisztikai fejlesztések első félévének eredményei. *Turizmus Bulletin*. 5. 3. pp.
- BUDAI Z. 2002: Marketing a fürdőfejlesztésben. *Turizmus Bulletin*. 6. 1. pp. 3–5
- BUDAI Z.–SZÉKÁCS O. 2001: A magyar egészségturisztikai kínálat alakítása a különböző célcsoportok igényei szerint. *Turizmus Bulletin*. 5. 4. pp.
- DOBOS, J.–JEFFRES, L. 1993: Perceptions of leisure opportunities and the quality of life in a metropolitan area. *Journal of Leisure Research*. 25. 2. p. 203–217.
- FORMÁDI K. 2007: Egészségturisztikai szakmák vizsgálata. *Turizmus Bulletin*. 11. 4. pp. 34–45.
- HAJDU O. 2003: *Többváltozós statisztikai számítások*. KSH, Budapest.
- JUROWSKI, C.–BROWN, D. 2001: A comparison of the views of involved versus noninvolved citizens on quality of life and tourism development issues. *Journal of Hospitality and Tourism Research*. 25. 4. pp. 355–370.
- KOPP M.–KOVÁCS M. (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- KPMG 2002: Az egészségturizmus marketingkommunikációja. *Turizmus Bulletin*. 6. 2. pp. 3–24.
- LENGYEL I. 2000: A regionális versenyképességről. *Közgazdasági Szemle*, 12. sz. 962–987. o.
- MICHALKÓ G. 2007: *Turizmusföldrajz és humánökológia*. MTA FKI–Kodolányi János Főiskola, Budapest–Székesfehérvár.
- MUNDRUCZÓ GY.-NÉ–SZENNYESSI J. 2005: Széchenyi Terv egészségturisztikai beruházásainak gazdasági hatásai. *Turizmus Bulletin*. 9. 3. pp. 30–41.
- NEMES NAGY J. 2004: Új kistérségek, új városok. Új versenyzők? In: NEMES NAGY J (szerk.) *Térségi és települési növekedési pályák Magyarországon : „A régiók és a hazai települések versenyképessége az európai gazdasági térben” c. 5/074/2001 sz. NKFP kutatás keretében készült tanulmányok*. ELTE Regionális Földrajzi Tanszék : MTA-ELTE Regionális Tudományi Kutatócsoport, Budapest. pp. 5–42. (Regionális Tudományi Tanulmányok ; 9.)

A gyógyturizmusban érintett települések és környezetük lakosainak mobilitása¹

ILLÉS SÁNDOR – MICHALKÓ GÁBOR – RÁTZ TAMARA

Bevezetés

Az egészségturizmus és az egészségorientált migráció kapcsolatának vizsgálatára a magyarországi tudományos műhelyekben eddig elvétve került sor (Michalkó et al. 2009a, Michalkó et al. 2009b, Michalkó–Rátz 2010), miközben hazánk földrajzi fekvése, a meglévő (már részben hasznosított) természeti erőforrások, továbbá a demográfusok, az egészségügyi szakemberek és a turizmuskutatók által regisztrált társadalmi folyamatok (Józan 2006, 2008; Girasek et al. 2009) elengedhetlenné teszik a témával kapcsolatos kutatásokat.

Tanulmányunkban arra vállalkozunk, hogy a természetes gyógytényezőkkel és az arra épülő infrastruktúrával rendelkező településeink teljes körére kiterjedő makroszintű, a humán mobilitást középpontba állító áttekintést és elemzést végezzünk. Ezen megközelítésmód szükségessége azzal indokolható, hogy az egészségturizmus és az egészségorientált motivációjú migráció tovagyrúzó fejlesztési hatásai a települési szinten azonosíthatók leginkább. Bár meg kell jegyeznünk, hogy a nagyvárosok esetében, a nagyszámú egyéb tényezőtől eredő multikollinearitás miatt csak nagyobb bizonytalanság mellett lehet megbecsülni az egészségturisztikai attrakció létének és fejlődésének az adott település és környezete területi mobilitására gyakorolt kölcsönhatását (Ács–Laczkó 2008).

Elméleti háttér

A területi mobilitás folyamatának egyik fontos eleme a térbeli mozgásként értelmezhető vándorlás (Nemes Nagy 2009). A migráció bizonyos fázisai, a kiváltó okok és a következmények meglehetősen összefüggnek korunk egyik legperspektivikusabb ágazata, a turizmusipar fejlődésével (Williams–Hall 2000). Amíg a migrációt elsősorban az életkörülményekben bekövetkező tartós javulás reménye, addig a turizmust a környezetváltozással együtt járó, abból fakadó élményszerzés motiválja (Hall–Williams 2002). A turizmus és a migráció között meglévő kapcsolatok nyilvánvalósága ellenére azok tudományos

¹ A tanulmány a *Tér és Társadalom* 2011/1. számában megjelent cikk másodközlése

igényű feltárásának viszonylagos hiánya arra vezethető vissza, hogy a két jelenség átfedéseinek és különbségeinek elméleti lehatárolása számos nehézség elé állítja a kutatókat. A globalizálódás folyamatainak felerősödésével mind a turizmus, mind a migráció oly mértékben összetett jelenséggé vált, hogy a közöttük meglévő kapcsolatok megértéséhez elengedhetetlen a holisztikus szemlélettel történő tanulmányozásuk. A transzdiszciplináris kutatási igények szem előtt tartása egyik oldalról annak vizsgálatát ösztönzi, hogy a migrációban résztvevők magatartásának vannak-e turisztikai előzményei és/vagy következményei. A másik oldalról a kutatók arra keresik a választ, vajon a turisztikai élmény genezisében szerepet kap-e az azt megelőző migráció, továbbá az ismétlődő utazások végleges letelepedéssé transzformálódhatnak-e.

A megfelelő adatok hiánya, illetve a töredékes adatokból előállítható információbázisokkal kapcsolatos módszertani kifogások miatt, ebben az értekezésben nem adhatunk kimerítő válaszokat a fentiekben megfogalmazott kutatási kérdésekre. A kapcsolat létét feltételezve tisztán spekulatív szempontból a turizmus áradata migrációs áramlásokat generálhat (+), fenntarthat (0), esetleg kiolthat (-). A fenntartáson azt értjük, hogy a turizmus kismértékben hol csökkenti, hol növeli a migrációt, azonban ha az időbeli változás mérlege nulla körüli, akkor a hatás elhanyagolható. Egyirányú kapcsolat a másik megközelítésben is létezhet, a vándormozgalom áradata turisztikai célú áramlásokat generálhat (+), fenntarthat (0), esetleg kiolthat (-). A fenntartáson ez esetben azt értjük, hogy a migráció időnként kis arányban csökkenti vagy növeli a turistaforgalom mennyiségét, azonban az időbeli változás szaldója gyakorlatilag nulla, tehát a hatás elhanyagolható. Nagy valószínűséggel előre jelezhető, hogy a két folyamat közötti összefüggések kölcsönhatásként lesznek értelmezhetők, tehát mindkét folyamat hat a másikra. Véltetően ki tudjuk mutatni az egyes irányokba mutató hatások mértékét, talán még szinergiákat is felfedezhetünk.

A turizmus társadalmi hatásaival foglalkozó szakirodalom felhívja a figyelmet arra, hogy a turizmus fejlődése következtében megváltozhatnak a desztináció demográfiai jellemzői (Puczko–Rátz 1998). Általában a turizmusnak a népességre gyakorolt kedvező hatásait emelik ki, mint például a munkahely-kínálat bővülése, vagy az általános életszínvonal-javulás, ami népességvonzó, illetve megtartó hatású (Hall 2005, Ruszinkó–Vizi 2010). Kevesebb figyelem irányul azokra az esetekre, amikor a turizmusból fakadóan a település iránt oly mértékű érdeklődés jelentkezik, hogy az ott élő állandó népességre taszító hatással van (Perdue et al. 1999). Pusztán a statisztikai adatokból – empirikus vizsgálat nélkül – azt bizonyítani, hogy a turizmus vonzerői csábítják beköltözésre a lakosságot, sokkal egyszerűbb, mint arra következtetni, hogy az elvándorlást a turizmus kedvezőtlen hatásai váltják ki.

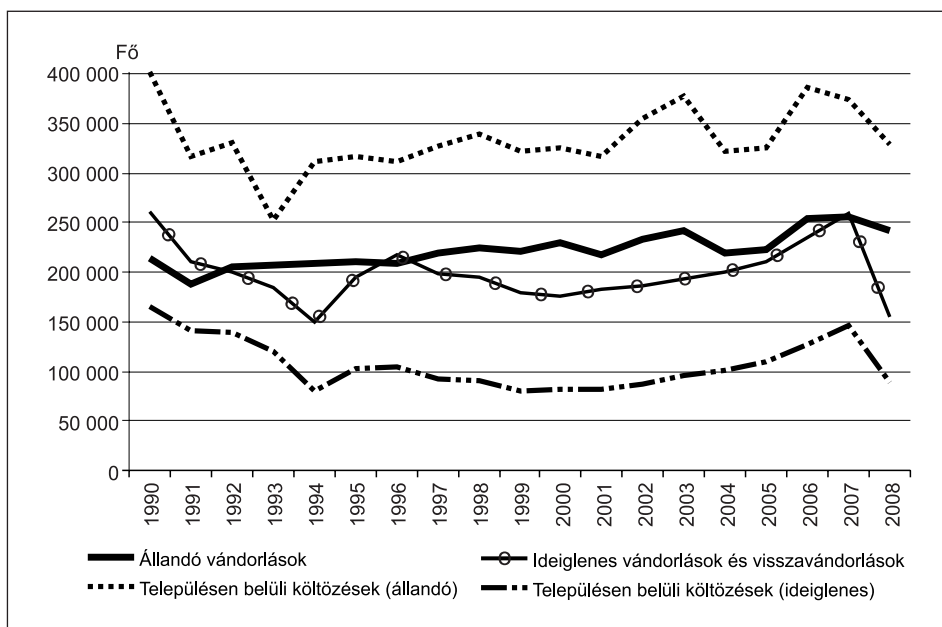
A népesség számának alakulása során a legnagyobb változékonyságú komponens a migráció (Ekéné 1995). Nincs ez másképpen a területi népességi vizsgálatok során sem, amikor a vándorlások mellett a területi egyenlőtlenségek alakulásának kitapintása a második fő bizonytalansági tényező (Ginter 2008). A migráció analizálása során a populáció alakulásának szempontjából közvetett befolyással bíró területi folyamatok (pl. a turizmus) is beépítésre kerülnek a magyarázó tényezők közé.

A fentebb kifejtett érvek indokolják, hogy miért szükséges kiemelt jelentőséget tulajdonítanunk a térbeli mobilitási folyamatoknak. A megyék közötti mozgásokat vizsgáló kutatásokban nem tekinthető relevánsnak az összes területi mobilitási folyamat (KSH 2008a). A szokásos lakóhellyel bíró népesség alakulásának szempontjából a településen belüli költözéseknek, a megyéken belüli vándorlásoknak nincs jelentősége. A megyék nappali népességszámának alakulásában azonban jelentősége van a napi ingázásoknak, melyek munkavállalási és tanulási célzatúak is lehetnek. (A heti vagy annál ritkább időközű gazdasági vagy oktatási célból történő mozgásokat az ideiglenes vándorlások tartalmazzák.) A nappali népességet és a szállóvendégekkel kibővített éjszakai népességet górcső alá véve, a turizmus hatásainak is kiemelt jelentősége van.

A volumenek változásának országos trendjei

A kilencvenes évek közepén Magyarországon is lezárult a belföldi vándormozgalom 1988–89-ben kezdődő transzformációs időszaka (Dövényi 2009). A területi mobilitás elemei 1994-től lassan növekedésnek indultak. Annyi megállapítható, hogy a belföldi vándormozgalom alacsony szintjében megnyilvánuló benultásból kifelé tartott a magyar társadalom, és hullámmozgásokkal tarkított enyhe szintnövekedés volt tapasztalható a kilencvenes évek második felében, valamint az ezredfordulót követően. Az állandó vándorlások mennyisége a 2004–2005-ös visszaeséstől eltekintve enyhén emelkedett. A kilencvenes évek második felétől fogva, szokatlan módon, az állandó jellegű vándorlás mennyisége fluktuált nagyobb mértékben az ideiglenes vándorlásokkal öszszvetve. A 2008. évi radikálisan változó adatok egy újabb trendmódosulás előszelét is jelenthetik.

Magyarországon a nyolcvanas évek második felétől közel ugyanannyian költöztek saját településükön belül, mint akik más helységekre vándoroltak el (Illés 2002). A vándorlásokkal szinkronban, a transzformációs időszak visszaesése után, 1993–94-től a településen belüli költözések mennyisége is növekedett (1. ábra). Igaz, az emelkedés mérsékelt volt, és inkább az állandó jellegű, településen belüli költözések volumenének fluktuálása volt jellemző.



1. ábra. A belföldi vándorlások és a településen belüli költözések számának alakulása 1990–2008 között. Forrás: Demográfiai évkönyvek 1990–2008, KSH, Budapest

A kilencvenes évek közepétől – a vándorlásokhoz hasonlóan – az állandó jellegű költözések volumene ingadozott nagyobb mértékben az ideiglenes költözésekkel egybevetve (Illés 2001). A vándorlásokhoz hasonlóan a 2008. évi településen belüli költözések számai is jelentősen csökkentek. Jelenleg nehéz lenne megítélni, hogy egyszerű fluktuációról, esetleg trendmódosulásról van-e szó. Történhetett azonban adminisztratív és/vagy statisztikai adatgyűjtési koncepcióváltás is.

A megyék zártsági és vándorlási mérték indexei

Zártsági index

A zártsági index a megyék belső és külső vándorlásának egymáshoz viszonyításából származik (zártsági index kiszámítási módja: megyén belüli vándorlások osztva kivándorlások és bevándorlások összegével, majd a hányadost az áttekinthetőség végett szorozzuk 100-zal). A magas értékek az intenzív megyén belüli vándorlásokat jelzik. Tehát ha magasabb az érték, akkor zártabbnak tekinthető a megye, mivel inkább a megyén belüli áramlások jellemzőek. Minél

kisebb az érték, annál csekélyebb a megye belső vándorforgalma, másképpen fogalmazva annál jelentősebbek a külső migrációs kapcsolatok.

A zártsági index időbeli alakulása a megyék döntő többségében (három kivétellel, nevezetesen Budapest, Békés, Veszprém) azonos volt, egyre fokozódtak a megyén belüli migrációs kapcsolatok, és erodálódtak a megyék közötti áramlások. Ezek az értékek utalnak az egyre gyakoribbá váló megyéken belüli lakóhely-változtatásokra, az átlagos vándorlási távolságok mérséklődésére, illetve növekedésük hiányára. A befelé fordulás növekedését a két, évtizedek óta hagyományosan kibocsátó megyében is ki tudtuk mutatni, nevezetesen Szabolcs-Szatmár-Bereg és Hajdú-Bihar megyében.

Nem meglepő, hogy Pest megye rendelkezik a legalacsonyabb értékkel, amit döntően a fővárossal való kapcsolata okoz, nem elfeledkezve a többi megyével való intenzív vándormozgalmáról sem. Pest megye belső vándorforgalma kevesebb, mint az ötödét tette ki a megyét érintő kivándorlások és bevándorlások összegének. A megye nyitottságának lassú erodálódását jelzi, hogy a zártsági index értékei a vizsgált időszak folyamán kismértékben, de folyamatosan nőttek, 16,16-ról 17,52-re. 25 körüli értékekkel Jász-Nagykun-Szolnok megye, Somogy megye, Fejér megye és Hajdú-Bihar megye előzi meg a zártság tekintetében Pest megyét. A Pest megyei érték több mint kétszeresével a legzártabb megyének Baranya megye tekinthető. Baranyában a megyén belüli vándorlások a kivándorlások és bevándorlások összegének több mint egyharmadát teszik ki (1990–1994 között 33,40 volt az érték, amit felülmúlt a 2005–2008 közötti 34,64-es érték). Baranya megye zártsági indexeit Borsod-Abaúj-Zemplén, Győr-Moson-Sopron, Vas és Csongrád megyék követik. A belföldi migrációs szempontból legnyitottabb megyék az ország szívében vannak, a relatíve legnagyobb megyén belüli vándorlási forgalmúak pedig a nyugati határszélen. A Győr-Moson-Sopron és Vas megyékben élők igen kismértékű megyehatárokon túli mozgását a nemzetközi vándorlásokban és a határ menti ingázásban való kiemelkedő részvételük okozhatta (Csapó–Kocsis 2006). Jász-Nagykun-Szolnok, Pest és Fejér megyék esetében a főváros közelsége és az országon belüli centrális fekvés generálhatta a nagymértékű külső kapcsolatokat.

Vándorlási mérték indexe

A vándorlási mérték indexe gyakorlatilag a térbeli mobilitás vándorlási elemei relatív mértékének és dinamikájának megállapítására szolgál (vándorlási mérték indexének kiszámítási módja: megyén belüli vándorlások, kivándorlások és bevándorlások összege osztva a megye időszak közepi népességszámával, majd a hányadost az áttekinthetőség végett szorozzuk 100-zal).

A megyénkénti indexek időbeli alakulásának elemzése alapján a legnagyobb mértékű növekedés a legmélyebbről induló Győr-Moson-Sopron megyében következett be. 1990–1994-hez képest még Zala megyében is folyamatosan és jelentősen növekedett a vándorlási mérték indexe. Csökkenés pedig – Budapesttel együtt – a két alacsony fejlettségű és tartós válsággal küszködő megyét sújtotta: nevezetesen Szabolcs-Szatmár-Bereg és Borsod-Abaúj-Zemplén megyéket. A 2005–2008-as adatok alapján azt is feltételezhetjük, hogy e két utóbb említett megyéhez Csongrád és Pest megyék is csatlakozni fognak.

A népességszámhoz viszonyított mérték a legmagasabb Baranya, Somogy, Veszprém, Heves és Borsod-Abaúj-Zemplén megyékben. A legmagasabb öt értékhez képest egyharmadnyi-egynegyednyi távolságra van a legalacsonyabb öt értékkel bíró megye. A legkisebb index-nagyságrendek Győr-Moson-Sopron megyében voltak, amit Csongrád megye, Bács-Kiskun megye, Hajdú-Bihar megye és Békés megye követett. Igen érdekes, hogy a legmagasabb vándorlási mértékű megyék döntő többségükben nem tekinthetők az ország legfejlettebb megyéinek (Veszprém megyét kivéve). Tehát a fejlettség inkább a közepes vándorlási mértékkel jár együtt.

Mielőtt rátérnénk a gyógyturizmusban érintett települések területi mobilitásának analizálására, érdemes kissé elidőznünk a migrációs térszerkezeti vonalak problematikájánál. A Duna vonala valóban nem funkcionál belföldi migrációs térszerkezeti tengely gyanánt. A megyék társadalmszerkezete és a belföldi vándorlások összefüggéseit kutatva Németh (2008) is azon tradicionális meggyőződés ellen érvelt, hogy a Duna vonala az ország fejlettebbnek (ezért bevándorlókat vonzó) tartott nyugati és a kevésbé fejlett (tehát kivándorlókat taszító) keleti részének határa. Dövényi (2007) szerint, a kistérségek vándorlási egyenlege alapján, egy Ózd-Mezőkövesd-Szolnok-Dunaújváros-Nagykanizsa-Lenti településeken végigfutó vonal választja el az ettől északra található, túlnyomórészt migrációs nyereséget élvező területeket a térszerkezeti vonaltól délre eső területektől, ahol az elvándorlás a jellemzőbb.

Egészségturizmus – egészségorientált mobilitás

Számos olyan migrációs és turisztikai magatartásforma létezik, melyek közös pontjainak átfogó és szisztematikus feltárása még nemzetközi kitekintésben is várat magára (Kincses et al. 2009). Ezek közül az egyik legfontosabb az egészség megőrzésével, visszanyerésével és az utógondozással kapcsolatos mobilitás (Erfurt-Cooper-Cooper 2009). A migráció során gyakoriak az olyan esetek, amikor a vándor egészségi állapotával összefüggő költözés esetén kezdetben turistaként érkezik, majd a felkeresett desztinációban egyre több időt

tölt el, és a tartózkodása tartóssá válása esetén lakcímbeljelentéssel formalizálja ottlétét. Különösen a gazdaságilag aktív életszakaszban fordulhat elő, hogy a családfenntartó a hivatásturizmus keretében dolgozik a szokásos lakóhelyétől távol, a család többi tagja (az esetek többségében a közvetlen hozzátartozó és/vagy a szülő) pedig átmenetileg egészségturisztikai tevékenységet végez. Nem ritka az sem, amikor a költözés leendő helyének kiválasztását egy, az adott hely természetes gyógytényezőire épülő, korábban átélt egészségturisztikai élmény határozza meg (Smith–Puczkó 2010). Nem szabad figyelmen kívül hagyni azt sem, amikor a beköltözést éppen egy település egészségturizmusának fejlődése következtében beálló gazdasági növekedés, és az ezzel együtt járó munkavállalás lehetőségének reménye motiválja (Kátay 2010). Vagy éppen ellenkezőleg, a település egészségturisztikai funkciójának erősödése a korábbi lakosság elköltözésével járhat együtt, mert a lakóingatlant eladják, vagy kiadható magánszálláshelyként hasznosítják tovább.

Egy település egészségturisztikai vonzereje rendszerint párosul az adott hely vonzó természeti környezetével. E két tényező következtében feltehetően nemcsak az érintettek várható élettartama hosszabbodik meg, hanem az egészségesen megélt élettartamuk is. Az egészségorientált migrációval kapcsolatban további vonzerőként említendő, hogy az utazók olyan célpontokat választanak, ahol a nyugdíjuk vásárlóértéke magasabb és a megszokott életszínvonalukat tartani, esetleg növelni tudják. Az állandósulás formája, hogy üdülőt bérelnek, majd második otthonként üdülőingatlant vásárolnak, mely később állandó tartózkodási helyé is válhat (Timothy 2004).

Az egészségturizmussal összefüggő mobilitási formák vizsgálata során alapkutatói kérdésként merült fel, hogy a megyei és a kistérségi szinteket átugorva, léteznek-e olyan település-csoportok, melyek nagyfokú sajátosságokkal és egyediséggel bírnak a belföldi vándormozgalmat terén az új évezredben. Szinte biztos, hogy a településhálózati lejtő mentén vizsgálódva is jelentős kutatási eredményekhez jutottunk volna, azonban mi a relatíve jelentős fejlesztési forrásokhoz jutott gyógyturizmusban érintett településekre koncentráltunk, mivel a Széchenyi-terv (2000–2001) Turizmusfejlesztési Programja, a Nemzeti turizmusfejlesztési stratégia (2005–2013) és az Új Széchenyi-terv Egészségipar–Gyógyító Magyarország programja is az egészségturizmust tartja az egyik legfontosabb prioritásnak.

A gyógyturizmusban érintett települések és a niche koncepció

Mivel a belföldi térbeli mobilitásra vonatkozó statisztikai adatok 2008 végéig álltak rendelkezésünkre, ezért a megelőző évtizedet két ötéves időszakra bontottuk: az 1999–2003 közötti öt évre és a 2004–2008 közötti fél évtizedre. E meg-

oldás indokául szolgált, hogy a két egyenlő időtartamot felölelő időszak miatt torzítás nélkül vethetők össze a településsorok, továbbá az egyes évek esetleg hektikusan kiugró értékei is a településekre jellemző értékekbe simulnak bele. Az időszakhatár megválasztásának indoka, hogy az első periódusban mindkét vizsgált térbeli mobilitási forma (vándorlás, költözés) mennyisége enyhén emelkedett a makro-adatok vonatkozásában. Majd a második periódusban hektikus változások következtek be (az állandó vándorlások mennyiségének csökkenésében szerepet játszhatott az Európai Unióhoz történt csatlakozásunk, ami teljes bizonyossággal a belföldi vándorlás alternatívájaként fellépő, egyre szabadabbá váló emigráció növekedésével párosult). Érvrendszerünk része, hogy 2004-re nagyrészt befejeződtek a széchenyi-terves támogatásból épülő beruházások, melyek az általunk vizsgált 149 település közül 86-ot érintett.

A települések gyógyturizmusban való érintettségét a gyógyvízzel (fürdési és/vagy ivási célú) gyógyszállóval, gyógybarlanggal, gyógyiszappal való rendelkezés valamelyike jelentette. Budapest nagyságrendjénél fogva kimaradt a jelen elemzésből. A munka dandárját az adatbázis összeállítása tette ki. Maga a zártsági index és a vándorlási mérték indexének kiszámítása, az értelmezhetőséghez szükséges átalakításokat² követően, egyszerű feladat volt. Ennek eredményeként egy hatalmas adattömeget kaptunk, mely későbbi elemzések bázisául is fog szolgálni, hiszen a települések összevont indexein kívül a korszpecifikus indexek nemek szerinti bontásban is a rendelkezésünkre állnak.

Jelen tanulmányban a települések összevont indexeire hagyatkozunk és a különlegességek, az extremitások (kiugró értékek) vizsgálatát tűztük ki célul. E megoldás elméleti háttéréként pedig a niche-konceptió áll (Michalkó et al. 2007). Ezt a biológiai és közgazdaságtani gyökerekkel rendelkező gondolati konstrukciót (Meszéna 2005) a mobilitás rendszerében próbáltuk értelmezni. Abból indultunk ki, hogy az ember is igyekszik olyan élőhelyet találni, illetve kialakítani magának, ahol a saját elképzeléseinek, elvárásainak megfelelően élheti életét vagy annak egy részét (Smith–Varzi 1999, Nánási 2002, Michalkó 2010). A térbeli mobilitással elérhető niche nem más, mint objektív és/vagy szubjektív jólétet biztosító hely. Ennek témánk szempontjából releváns területi kerete nagy valószínűséggel nem lépi át a települések határát. Ezzel összefüggésben korábbi kutatásaink eredményeként azt a hipotézist állítottuk fel, hogy az egészségturizmusban hasznosítható gyógytényezőkkel rendelkező

² Zártsági index településszintű kiszámításának módja: a településen belüli költözések ötéves összegét osztjuk a bevándorlások és kivándorlások ötéves összegével (az eredményt az áttekinthetőség érdekében megszorozzuk 100-zal). A mobilitási mérték településszintű kiszámításának módja: a településen belüli költözések, bevándorlások és kivándorlások ötéves összegét osztjuk a település időszak közepi népességszámával (az eredményt az áttekinthetőség érdekében megszorozzuk 100-zal).

települések az átlagosnál nagyobb eséllyel válnak turista-migráns niche-sé. Továbbá az egészségturisztikai attrakció léte, a területi mobilitási folyamatok jelentős mennyiségi növekedését idézi elő az adott településen önmagában vagy a megyei kontextushoz képest. A volumenváltozásba egyaránt beletartoznak az odavándorlások, az elvándorlások és a településen belüli költözések is. A megjelenő vonzerő új lakosokat csábít a településre, a taszító erő pedig a településen belüli elmozdulásra vagy az onnan történő elvándorlásra készítheti a lakosság egy részét.

A gyógyturizmusban érintett települések egy része nagy valószínűséggel a jó helyek közé tartozik, ennek eredőjeként aktív részese a mobilitási folyamatoknak. Tehát a vizsgált 149 település körében a legkisebb zártsági indexű, illetve a legnagyobb vándorlási mérték indexű városok és falvak esnek a turista-migráns niche kategóriába. A gyógyturisztikai jellegű turista-migráns niche-ek nem mások, mint a jó helyeknek a turisták és vándorok által preferált objektív és/vagy szubjektív jólétet biztosító települései. Gyakorlatilag a gyógyturisztikai attrakció kiváltotta területi mobilitási hatásokkal foglalkozunk az alábbiakban. Oly módon tesszük ezt, hogy a rendkívül nagy bizonytalansággal jellemezhető településszintű turista-mennyiségeket nem vonjuk be az elemzés változói közé, hanem egyöntetűen jelentősnek tekintjük és csak az odavándorlás, elvándorlás, településen belüli költözés és időszakközepi népességszám változókkal operálunk.

A legnyitottabb és legmozgékonyabb lakosságú települések

Kutatási problémánk megválaszolására egy rendkívül egyszerű megoldást választottunk. A településszintű index-számítások eredményeül kapott értékeket a második vizsgált időszak (2004–2008) szerinti mennyiségi sorrendbe rendeztük, mivel – ahogy arra már a fentiekben is utaltunk – az első Széchenyi-terv beruházásainak hatásai ekkor bontakozhattak ki. A zártsági index esetén először az alsó 10, vándorlási mérték index esetén pedig a felső 10 értékű településeket táblamódszerrel elemeztük. Ezeket önmagukban, a megyei kontextusban, majd egymással összevetve analizáljuk és értelmezzük. Ezt követően ellenpróbaként megvizsgáljuk a felső 10 zártsági indexű települést karöltve az alsó 10 vándorlási mérték indexű településsel. Tehát az elkövetkezendőkben négy táblát mutatunk be, melyekben az indexek értékei mellett a települési indexek és saját megyéjük indexeinek különbségei is szerepelnek, továbbá, hogy kaptak-e széchenyi-terves támogatást, és ha igen mennyit.

A tíz legkevésbé zárt, tehát a településhatárt átlépő mozgások szempontjából legnyitottabbnak tekinthető települések egyike sem középváros vagy annál

népesebb. Nagyrészt falvak és kisvárosok találhatóak az 1. táblázatban. Döntő többségük a Dunántúlon terül el. A Dunától keletre fekvő települések egyike sem kapott széchenyi-terves támogatást. Minden egyes település sokkal nyitottabbnak tekinthető, mint saját megyéje. Ez egyértelműen azon hipotézisünket támasztja alá, hogy a gyógyturisztikai attrakció léte megnöveli és/vagy magas szinten tartja az adott település vándormozgalmát a környezetéhez képest. Környezeten ezt követően az adott település megyéjét értjük. További általános jellegzetesség, hogy – az 5 millió forinttal támogatott Szuloktól eltekintve – a jelentős összeggel támogatott települések szigetként emelkednek ki megyéjük átlagából. A második, tehát a 2004–2008 közötti időszak értékei az esetek döntő többségében hektikusan térnek el a megelőző 1999–2003-as időszaktól, ami a migráció nagy időbeli változékonyságával magyarázható.

1. táblázat A 10 legalacsonyabb zártsági indexű, gyógyturizmusban érintett település Magyarországon 1999 és 2008 között

Település	Megye	Zártsági index	Különbség a megyétől	Zártsági index	Különbség a megyétől	Széchenyi-terv támogatás (millió Ft)
		1999–2003		2004–2008		
Leányfalu	Pest	8,7	-8,5	8,9	-8,6	Nem
Alsópáhok	Zala	7,8	-22,7	10,6	-20,5	150
Andornaktálya	Heves	12,2	-15,8	10,8	-17,2	Nem
Csopak	Veszprém	8,9	-20,0	11,3	-17,6	Nem
Velence	Fejér	7,8	-18,3	11,5	-14,7	Nem
Kehidakustány	Zala	17,5	-13,0	11,9	-19,2	640
Szulok	Somogy	14,8	-11,1	12,3	-12,9	5
Parádsasvár	Heves	8,1	-19,9	13,2	-14,8	Nem
Mesteri	Vas	8,7	-23,4	13,3	-18,8	Nem
Zalakaros	Zala	13,0	-17,5	13,5	-17,5	1000

Forrás: KSH adatok alapján saját számítás; Önkormányzati Minisztérium

A vizsgált településállományon belül a legalacsonyabb zártsági indexű 10 település közül 4 részesült a Széchenyi-tervből támogatásban, Alsópáhok, Kehidakustány és Szulok fürdésre alkalmas gyógyvízzel, ezen felül a Zalakaroson működő létesítmény gyógyfürdő minősítéssel is rendelkezik (1. táblázat). A legnagyobb mértékű beruházás Zalakaroson valósult meg, közel 1 milliárd forint állami támogatásból 4,5 milliárd forint értékű fejlesztésre kerülhetett sor. Szulokon mindössze egy vízforgató berendezést építettek 7,6 millió forintért. A zártsági index 1999–2003 és 2004–2008 közötti változásait vizsgálva megállapítható, hogy tradicionálisan turisztikai funkciójú települések (Leányfalu, Alsópáhok, Csopak, Velence, Parádsasvár, Zalakaros)

esetében nőtt a mutató, tehát valamelyest veszítettek nyitottságukból, míg a turizmusba viszonylag frissen belépő, jelentős értékű (1,3 milliárd Ft) beruházást megvalósító Kehidakustány esetében éppen ellenkezőleg, a településen belüli mobilitáshoz képest megnőtt a külvilággal való intenzívebb kapcsolat. Szulok, Andornaktálya és Mesteri kapcsán kevésbé a turizmus, sokkal inkább a környező (fürdő)városok generálta ki-és bevándorlás játszik közre a zártsági mutató észlelt változásában. A Széchenyi-tervből megvalósuló kehidakustányi turizmusfejlesztésnek köszönhetően a település zártsági indexének a megyei mutatótól való eltérése is a legkedvezőbb mértékben változott.

A vándorlási mérték indexébe az odavándorláson és elvándorláson kívül már belevontuk a településen belüli költözést is, és ezek összegét viszonyítottuk a település lélekszámához. Tehát a gyógyturisztikai attrakció kiváltotta külső vándorlási és belső költözési mozgások együttesének viszonylagos súlyát próbáltuk meg kitapintani. A legintenzívebb fajlagos vándormozgalommal rendelkező települések közül – az unikum Berekfürdő kivételével – eltűntek a kistelepülések és feltűntek a középvárosok (Eger, Sopron), többségük a Dunántúlon fekszik. A Dunától keletre elterülő települések közül Tiszaújváros nem kapott széchenyi-terves támogatást. Az egyes települések vándorlási mértéke sokkal nagyobb saját megyéjük ekvivalens értékénél, ami újra megerősíti, hogy a gyógyturisztikai attrakció emeli és/vagy szinten tartja az adott település lakói területi mobilitásának mértékét a környező megyéhez képest. Nem nehéz felfedezni azt az összefüggést sem, hogy a lélekszám növekedésével a település vándorlási mértéke közeledik a saját megyéhez. A támogatott települések lakóinak mozgékonyasága minden esetben jelentős mértékben meghaladta saját megyéje átlagát, tehát a beruházás mobilitás-növekedést indukált. A második időszakra a települések vándorlási mérték indexei az esetek döntő többségében visszaestek, mintegy követve az országos trendet. A növekvő vándorlási mérték három esetben (Berekfürdő, Hévíz, Sopron) esett egybe széchenyi-terves támogatással. A legnyitottabb és a legmobilabb lakosságú települések között Zalakaros, Leányfalu és Velence egyaránt szerepel.

A legintenzívebb mobilitási mutatóval rendelkező, a magyarországi gyógyturizmusban érintett települések közül 7 nyerte el a Széchenyi-terv keretében megpályázott állami támogatást (2. táblázat). A vizsgált települések ezen csoportjába tartozó helységek sajátossága, hogy a Széchenyi-terv biztosította támogatásra alapozva fürdő, illetve szállodafejlesztésre több esetben is milliárdos nagyságrendben költöttek. Hévízen 3, Harkányban 1,5, míg Gárdonyban 1,2 milliárd forintból valósították meg az egészségturisztikai kínálat bővítését. Ugyanakkor Berekfürdőn mindössze 22 millió forintból korszerűsítették a létesítmény vízforgató berendezését. A vándorlási mérték tekintetében az 1999–2003 és a 2004–2008 közötti időszakokban lezajló változásokban a

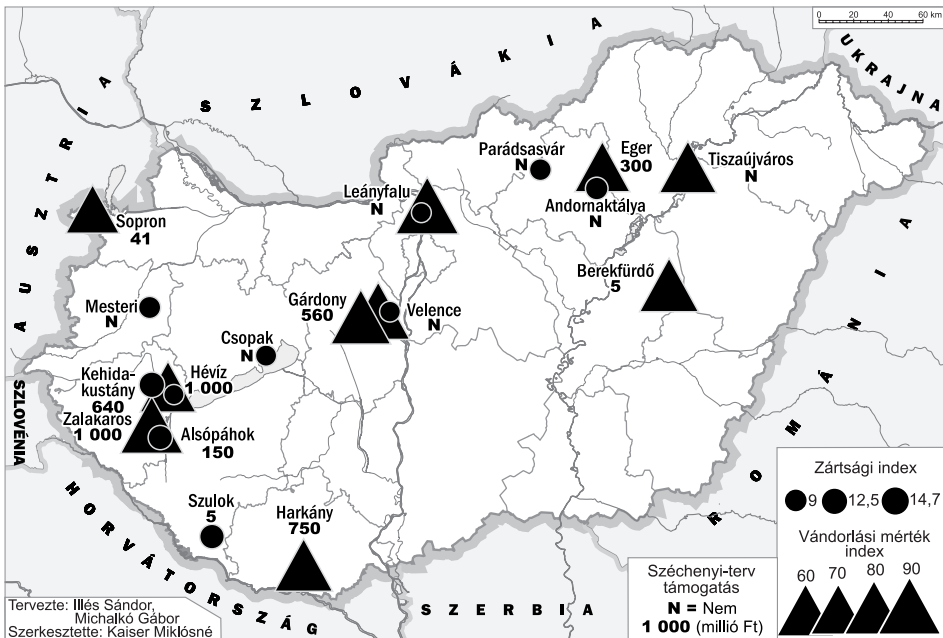
2. táblázat A 10 legmagasabb vándorlási mérték indexű, gyógyturizmusban érintett település Magyarországon 1999 és 2008 között

Település	Megye	Vándor- lási mérték	Különbség a megyé- től	Vándor- lási mérték	Különbség a megyé- től	Széchenyi- terv támogatás (millió Ft)
		1999–2003		2004–2008		
Eger	Heves	70,6	9,8	66,6	13,0	300
Sopron	Győr-M.-S.	61,5	7,7	66,7	18,8	41
Tiszaújváros	Borsod-A.-Z.	79,0	20,3	67,0	14,9	Nem
Velence	Fejér	109,6	50,1	69,2	17,4	Nem
Hévíz	Zala	69,5	16,7	71,1	21,7	1000
Harkány	Baranya	77,5	14,2	72,9	17,4	750
Gárdony	Fejér	84,7	25,2	76,9	25,2	560
Leányfalu	Pest	97,7	36,8	78,8	27,6	Nem
Zalakaros	Zala	91,8	39,1	83,1	33,7	1000
Berekfürdő	Jász-N.-Sz.	66,0	15,9	92,1	48,3	5

Forrás: KSH adatok alapján saját számítás; Önkormányzati Minisztérium

turizmus minden bizonnyal számottevő, de nem feltétlenül a legfontosabb tényezőként azonosítható. A Széchenyi-terv támogatásában részesülő települések közül Sopronban, Hévízen és Berekfürdőn intenzívebbé vált, Egerben, Harkányban, Gárdonyban és Zalakaroson csökkent a mobilitás (2. ábra). A vándorlási mérték index kedvező változását, vagyis a mobilitás élenkülését a beruházás volumene és az egészségturisztikai tradíció sajátosságai komplexen befolyásolják. Az, hogy Hévízen 3 milliárd forintnyi fejlesztés valósult meg, ami párosult a jelentős turizmustörténeti előzményekkel, nagyban hozzájárult a fürdővárosban észlelt mobilitás élenküléséhez.

A tíz leginkább zárt, tehát a településhatárt átlépő mozgások szempontjából legkevésbé nyitottnak tekinthető települések nagy része kisváros és közép-város, falvak nem találhatók közöttük. Egytől-egyig a Dunától keletre terülnek el. A megyei átlagoktól való eltérés rendkívül nagymértékű. A tíz közül hat település egyáltalán nem kapott széchenyi-terves támogatást. Két település csekély összeghez jutott hozzá. Hozzájuk képest a további két település 150 millió forint körüli nagyságrendje közepesnek ítélnélhető. Milliárdos tételre nincs példa a széchenyi-terves támogatást kapottak között. Minden egyes település sokkal zártabbnak, befelé fordulónak tekinthető, mint saját megyéje. A második, tehát a 2004–2008 közötti időszak értékei kivétel nélkül magasabbak a megelőző 1999–2003-as időszak értékeitől. Tehát – az országos folyamatoknak megfelelően – egyértelműen csökkent a településhatárt átlépő mozgások mértéke a belső költözésekhez képest. Ezek az összefüggések egyértelműen azon hipotézisünket cáfolják, miszerint a gyógyturisztikai attrakció léte megnöveli



2. ábra A legnyitottabb és legmozgékonyabb lakosságú, gyógyturizmusban érintett települések Magyarországon 1999–2008 között

és/vagy magas szinten tartja az adott település vándormozgalmát a környezetéhez képest. Környezeten, természetesen továbbra is az adott település megyéjét értjük. További általános jellegzetesség, hogy a közepes összeggel támogatott települések is mélyen a megyéjük átlaga alatt maradtak. A támogatások nem indukáltak vándorlásokat. A mennyiségi sorrendek sem változtak nagymértékben a két időszak között, ami arra utal, hogy ezen települések esetén a migráció gyorsan változó természete sem tudott kibontakozni.

A legmagasabb zártsági indexű, gyógyvízzel rendelkező települések sem maradtak ki a Széchenyi-terv nyújtotta előnyökből, de esetükben a támogatás mértéke és az abból megvalósított beruházás értéke már alacsony volumenű volt. Hajdúnánáson medence felújításra 320 millió forintot, Túrkevéen élményfürdő kialakítására 378 millió forintot fordítottak, az állami támogatás mindkét esetben 50% körüli volt (3. táblázat). Kiskunhalason és Hajdúbozsórményben mindössze a vízforgatóra futotta. Az 1999–2003 és 2004–2008-as zártsági indexeket összehasonlítva megállapíthatjuk, hogy kivétel nélkül növekedést regisztrálhatunk, tehát a településen belüli költözések egyre jelentősebbé váltak a ki- és a bevándorlásokhoz képest. A Széchenyi-tervből megvalósuló turisztikai fejlesztések egyetlen esetben sem segítették a zártság csökkenését,

3. táblázat Az ellenpróbaként szereplő 10 legmagasabb zártsági indexű, gyógyturizmusban érintett település Magyarországon 1999 és 2008 között

Település	Megye	Zártsági index	Különb-ség a megyétől	Zártsági index	Különb-ség a megyétől	Széchenyi-terv támogatás (millió Ft)
		1999–2003		2004–2008		
Kiskunhalas	Bács-K.	120,5	92,0	134,5	106,2	5
Makó	Csongrád	126,1	96,2	137,0	107,9	Nem
Kiskunfélegyháza	Bács-K	130,5	102,0	137,1	108,8	Nem
Túrkeve	Jász-N.-Sz.	121,8	95,9	140,4	115,0	162
Törökszentmiklós	Jász-N.-Sz.	104,9	79,0	141,1	115,7	Nem
Karcag	Jász-N.-Sz.	103,1	77,2	146,3	120,9	Nem
Hódmezővásárhely	Csongrád	133,6	103,6	150,0	120,9	Nem
Hajdúnánás	Hajdú-B.	120,2	90,1	156,2	126,4	155
Hajdúböszörmény	Hajdú-B.	139,1	108,9	156,2	126,4	5
Balmazújváros	Hajdú-B.	161,1	130,9	184,1	154,3	Nem

Forrás: KSH adatok alapján saját számítás; Önkormányzati Minisztérium

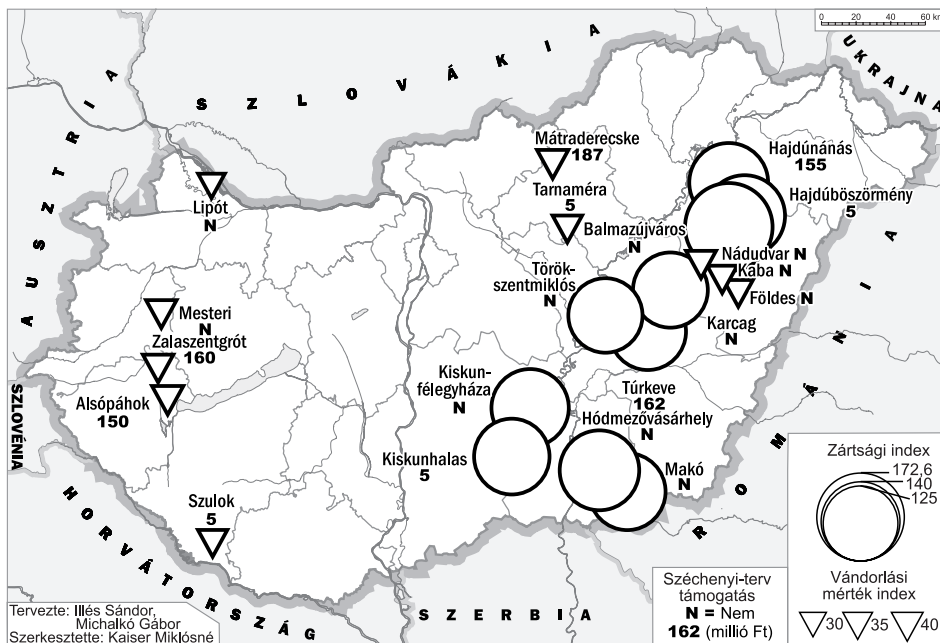
sőt a zártság fokozódott, amely a gyenge, a versenytársakétól a beruházásokat követően is jelentősen elmaradó turisztikai kapacitásokkal, és a létesítmények iránti kereslet alacsony volumenével indokolható.

A vándorlási mérték index számlálójába az odavándorlason és elvándorlason kívül szerepel a településen belüli költözés. Ezek összegét viszonyítottuk a település lélekszámához. A legkisebb vándorlási mérték indexű települések szórta helyezkednek el az országban. Öt a Dunától keletre, öt a Dunától nyugatra terület el. Alapvető jellegzetességük, hogy többségük lélekszáma 10 ezer fő alatt marad. Vándorlási mértékük egytől-egyig alacsonyabb, mint saját megyéjük átlaga. Másképpen fogalmazva, az egyes települések vándorlási mértéke kisebb saját megyéjük ekvivalens értékénél, ami újra megcáfolja azt a vélt összefüggést, hogy a gyógyturisztikai attrakció emeli és/vagy szinten tartja az adott település lakói területi mobilitásának mértékét a környező megyéhez képest. A különbség terjedelme azonban közel sem akkora fokú, mint amit a legzártabb települések esetén tapasztaltunk. A második időszakra a települések vándorlási mérték indexei az esetek döntő többségében visszaestek, mintegy követve az országos trendet. Első közelítésben meglepő, hogy a legnyitottabb és a legkevésbé mobil lakosságú települések között egyaránt szerepel Szulok, Alsópáhok és Mesteri. A látszólagos paradoxon magyarázatául szolgál, hogy ezen településeken gyakorlatilag nem létezik, pontosabban fogalmazva elhanyagolható nagyságú a településen belüli költözés. Az időbeni dinamikára a települések többségében a vándorlási mérték csökkenése a jellemző. Meglepő, hogy Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei települést az extremitásokat bemutató táblázatokban sem találtunk.

4. táblázat Az ellenpróbaként szereplő 10 legalacsonyabb vándorlási mérték indexű, gyógyturizmusban érintett település Magyarországon 1999 és 2008 között

Település	Megye	Vándorlási mérték	Különb-ség a megyétől	Vándorlási mérték	Különb-ség a megyétől	Széchenyi-terv támogatás (millió Ft)
		1999–2003		2004–2008		
Lipót	Győr-M.-S.	28,0	-25,7	29,0	-18,8	Nem
Tarnaméra	Heves	37,9	-23,0	31,5	-22,0	5
Szulok	Somogy	36,3	-28,6	32,6	-24,3	5
Földes	Hajdú	35,9	-12,3	32,8	-9,3	Nem
Nádudvar	Hajdú	38,3	-9,9	34,0	-8,1	Nem
Alsópáhok	Zala	43,3	-9,4	35,1	-14,3	150
Mesteri	Vas	39,2	-14,2	35,1	-10,3	Nem
Mátraderecske	Heves	43,0	-17,8	35,4	-18,2	187
Zalaszentgrót	Zala	38,0	-14,8	36,1	-13,2	160
Kaba	Hajdú	35,5	-12,7	36,3	-5,8	Nem

Forrás: KSH adatok alapján saját számítás; Önkormányzati Minisztérium



3. ábra A legzártabb és legkevésbé mozgékony lakosságú, gyógyturizmusban érintett települések Magyarországon 1999–2008 között

A magyarországi egészségturizmusban részt vevő, legkisebb mértékű vándorlási intenzitással rendelkező települések közül 5 volt érintett a Széchenyi-terv biztosította támogatásban (4. táblázat). Közülük a mátraderecskei mofettára épülő létesítmény 187 millió forint, a zalaszentgróti gyógyvizet kínáló termálfürdő 160 millió forint állami szubvencióban részesült. Tarnamérán és Szulokon 5-5 millió forinttal segítette a Széchenyi-terv a vízforgató korszerűsítését. A legalacsonyabb vándorlási mérték indexszel rendelkező települések csoportjában a Széchenyi-tervből megvalósított egészségturisztikai fejlesztések egyetlen település esetében sem élénkítették az érintett helységek mobilitását, a vizsgált mutató 1999–2003 és 2004–2008 közötti időszakok viszonylatában, az országos tendenciát követve, csökkent (3. ábra).

Következtetések

Az 1980-as évek végén, 1990-es évek elején lejátszódó politikai, gazdasági, társadalmi átalakulások hatása nem a migráció emelkedésében, éppen ellenkezőleg, a mennyiségi mutatók zuhanásában nyilvánult meg a magyar társadalomban. Azon relatíve kevesek, akik vállalták a migrációval járó veszélyeket, nem belföldi viszonylatban, sokkal inkább – a jelentősebbnek tűnő nyereség reményében – a nyugati országok felé indultak szerencsét próbálni. Az átalakulás leggyötrelmesebb időszakán túljutva, a kilencvenes évek közepén újabb fordulat jelei mutatkoztak a belföldi vándormozgalom mértékében. A fagyott állapotok után a növekvő vándorlási szintek egy újabb korszak kezdetét jelezték. Hullámzásokkal tarkított, enyhén növekvő trend alakult ki 1994 és 2007 között. Érdekes módon az állandó jellegű mozgások mennyisége ingadozott nagyobb mértékben. A 2008. évi adatok egy újabb belföldi migrációs korszak előszelét is jelenthetik. Ekkor a belföldi vándorlási és költözési adatokban egyaránt radikális zuhanás következett be. A begyűrűző világgazdasági válság hatására kialakuló mobilitási szintek változásai kísértetiesen hasonlítanak a húsz évvel korábbi viszonyokra. Egy jellegzetességben nincs változás: az átlagos vándorlási távolságok csökkenésének jóval a rendszerváltozás előtt megindult folyamata nem szakadt meg, sőt a zártsági indexeknek a vizsgált időszakban történt növekedése a vándorlási távolságok további csökkenését támasztják alá.

A magas vándorlási mértékű megyék döntő többségükben nem tekinthetők az ország legfejlettebb megyéinek. Tehát a fejlettség inkább a közepes vándorlási intenzitással jár együtt. A változás időbeli alakulása azonban már utal a területi fejlődés módosulásaira. A legnagyobb vándorlási mérték növekedés a dinamizálódó Győr-Moson-Sopron és Zala megyékben következett be.

Csökkenés pedig kizárólag a két alacsony fejlettségű és tartós válsággal küszködő megyét sújtotta csak: nevezetesen Szabolcs-Szatmár-Bereg és Borsod-Abaúj-Zemplén megyéket.

Kutatásunk alapján megállapítható, hogy a gyógyturizmusban érintett 149 magyarországi település sajátos és egyben heterogén csoportot alkot. A legmagasabb, illetve a legalacsonyabb tíz index érték eltérése a megyei átlagoktól, akár pozitív irányban vulkáni szigetekként, akár negatív irányban mélytengeri árkokként, meglehetősen nagymértékű volt. Kimutattuk, hogy az öregedő és rétegenként eltérő mértékben egészségtudatosabbá váló magyar társadalomban a gyógyturisztikai attrakció önmagában nem indukált területi mobilitást az érintett településeken. Sokszor még a jelentős fejlesztési forrásokból finanszírozott beruházások sem mozgatták meg a helyi társadalmat.

Érdekes módon, a legnagyobb mértékű mobilitás növekedés azon 10 ezer fő körüli, illetve alatti településeken történt, ahol a turisztikai tradíciók jelentős fejlesztési forrásokkal találkoztak. Azonban nem csak az a 20 település tekinthető térbeli mobilitással elérhető turista-migráns niche-nek melyek a legnagyobb nyitottsággal (legkisebb zártsági index értékekkel) és vándorlási mértékkel rendelkeztek. Valószínűleg a felső harmadra, tehát akár 50 településre is kiterjeszthető a turista-migráns niche címke, tehát nem az általában vett jó hely, hanem a térbeli mobilitással elérhető objektív és/vagy szubjektív jólétet biztosító hely címkeje.

Hangsúlyozzuk, hogy a gyógyturisztikai attrakció léte nem szükségszerűen növeli vagy tartja fenn az adott település lakóinak mozgékonyágát, a hatása szelektíven érvényesül. A megyei átlagból kiugró nyitottságú és vándorlási mértékű településeken valószínűsíthető, hogy a területi mozgással elért gyógyturisztikai desztináció turista-migráns niche-sé vált a vizsgált időszakban. Vélhetően a turista-migráns niche-sé válás játszott szerepet abban, hogy az országos tendenciától eltérően a 2004–2008-ban tíz legnyitottabb településből három (Szulok, Kehidakustány, Andornaktálya) még nyitottabbá vált. Két további az 1. táblázatban szereplő TOP10-ben levő település (Zalakaros, Leányfalu) nyitottsága stagnált, tehát magas szinten állandósult. A vándorlási mérték országos léptékben egyértelműen és nagymértékben csökkent. A 2. táblázatban felsorolt TOP10-be kerülő három településen (Berekfürdő, Hévíz, Sopron) azonban növekedés történt.

Ugyan a legalacsonyabb és a legmagasabb zártsági indexszel rendelkező települések csoportjában egyaránt találkozhatunk a Széchenyi-tervből finanszírozott beruházásokkal, de az érdemi, milliárdos nagyságrendű beruházások esetén nagyobb a település nyitottságának valószínűsége. Hasonló megállapítás vonatkoztatható a vándorlási mérték indexre is. Az egészségturisztikai beruházás volumene és a település turisztikai tradíciói együttesen formálják

a mobilitás intenzitását, azok a városok és falvak, amelyek hosszabb ideje részt vesznek Magyarország egészségutizmusában és jelentősebb volumennű beruházásokat valósítottak meg, nagyobb valószínűséggel mutatnak fel élenkebb mobilitást.

IRODALOM

- ÁCS P.–LACZKÓ T. 2008: Területi különbségek a hazai egészségutizmus kínálatában. *Területi Statisztika*, 48. 3. pp. 344–356.
- CSAPÓ T.–KOCIS Zs. 2006: *Szombathely településföldrajza*. Savaria University Press, Szombathely.
- DÖVÉNYI Z. 2007: A belföldi vándormozgalom strukturális és területi sajátosságai Magyarországon. *Demográfia*, 50. 4. pp. 335–359.
- DÖVÉNYI Z. 2009: A belső vándormozgalom Magyarországon: folyamatok és struktúrák. *Statisztikai Szemle*, 87. 7–8. pp. 748–762.
- EKÉNÉ ZAMÁRDI I. 1995: A migráció és nemzetközi kutatása. *Acta Geographica ac Geologica et Meteorologica Debrecina*. pp. 293–312.
- ERFURT-COOPER, P.–COOPER, M. 2009: *Health and wellness tourism: spas and hot springs*. Channel View Publications, Bristol.
- GINTER G. 2008: A belső vándorlások településhálózati jellegzetességei 1990-től napjainkig. In Szónokyné Ancsin G. (szerk.): *Magyarok a Kárpát-medencében*. Szegedi Tudományegyetem, Társadalom- és Gazdaságföldrajzi Tanszék, Szeged, pp. 245–254.
- GIRASEK E.–EKE E.–SZÓCSKA M. 2009: Fiatal orvosok vidéki munkavállalási szándékai. *Orvosképzés*, 84. 1. pp. 59–63.
- HALL, M.–WILLIAMS, A. 2002: Conclusion: tourism-migration relationships. In: HALL, M.–WILLIAMS, A. (eds) *Tourism and Migration. New Relationships between Production and Consumption*. Kluwer, Dordrecht. pp. 277–289.
- HALL, M. 2005: *Tourism: Rethinking the Social Science of Mobility*. Prentice-Hall, Harlow.
- ILLÉS S. 2001: A belföldi vándormozgalom alakulása és népesedési összefüggései. In: Cseh-Szombathy L.–Tóth Pál P. (szerk.): *Népesedés és népességpolitika*. Budapest, Századvég. pp. 363–394.
- ILLÉS S. 2002: Költözünk vagy vándorlunk? In: MST *Ezredforduló – magyar valóság – cenzusok*. Magyar Statisztikai Társaság, Budapest, pp. 37–51.
- JÓZAN P. 2006: A new Hungarian revolution. *Circulation*, 113. 5. pp. 17–20.
- JÓZAN P. 2008: *Válság és megújulás a második világháború utáni epidemiológiai fejlődésben Magyarországon*. MTA Társadalomkutató Központ, Budapest.
- KÁTAY Á. 2010: A termálvizek hasznosítási lehetőségei a szállodaiiparban. In BOKOR, L.–MARTON, G.–SZELESI, T.–TÓTH, J. (szerk.) *Földrajzi tanulmányok a Pécsi Doktoriskolából VII.* Pécsi Tudományegyetem, Pécs, pp. 135–146.
- KINCSES Gy.–BORBÁS I.–MIHALICZA P.–VARGA E.–UDVARDY E. 2009: A gyógyutizmus tendenciái a világban. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 47. 5. pp. 33–37.
- KSH 2008a: A belföldi vándorlás főbb folyamatai 1990-től napjainkig. *Statisztikai Tükör*, 2. 132. pp. 1–4.
- KSH 2008b: *Demográfiai évkönyv*. KSH, Budapest.
- MESZÉNA G. 2005: Populáció-reguláció és niche. *Magyar Tudomány*. 50. 4. pp. 410–417.

- MICHALKÓ G.–ILLÉS S.–VIZI I. 2007: Az új turisták feltételezett niche-jeinek területi különbségei Magyarországon. *Földrajzi Értesítő*. 55. évf. 3-4. sz. pp. 271-289.
- MICHALKÓ G.–RÁTZ T.–TÓTH G.–KINCSES Á. 2009a: A gyógyfürdővel rendelkező magyarországi települések életminőségének vizsgálata. *Területi Statisztika*, 49. 2. pp. 170-186.
- MICHALKÓ, G.–RÁTZ, T. – IRIMIÁS, A. 2009b: Health tourism and quality of life in Hungary: some aspects of a complex relationship. In: De Santis G. (a cura di): *Salute e lavoro*. Atti del Nono Seminario Internazionale di Geografia Medica. Edizioni RUX, Perugia pp. 79-90.
- MICHALKÓ G. 2010: *Boldogító utazás: a turizmus és az életminőség kapcsolatának magyarországi vonatkozásai*. MTA Földrajztudományi Kutatóintézet, Budapest.
- MICHALKÓ, G.–RÁTZ, T. 2010: Hungarian spa destinations in the tourism-oriented property market. *Hungarian Geographical Bulletin*. 59. 2. pp. 131-146.
- NÁNÁSI I. 2002: A környezeti tényezők vándormozgalmat befolyásoló szerepe. *Demográfia*, 45. 2-3. pp. 250-272.
- NEMES NAGY J. 2009: *Terek, helyek, régiók*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- NÉMETH Zs. 2008: A megyék társadalomszerkezete és a vándorlások. *Demográfia*, 51. 2-3. pp. 181-216.
- NGM 2010: *Új Széchenyi terv. Vitairat. A talpra állás és felemelkedés fejlesztéspolitikai programja*. Nemzetgazdasági Minisztérium, Budapest, 2010. július 28.
- PERDUE, R.–LONG, P.–KANG, Y. 1999: Boomtown tourism and resident quality of life. The marketing of gaming to host community residents. *Journal of Business Research*. 44. 4. pp. 165-177.
- PUCZKÓ L.–RÁTZ T. 1998: *A turizmus hatásai*. Aula-Kodolányi János Főiskola. Budapest.
- RUSZINKÓ Á.–VIZI I. 2010: Az egészségturisztikai munkaerőpiac helyzete. *Turizmus Bulletin* 14. 4. pp. 44-52
- SMITH, B.–VARZI, A. 1999: The niche. *Nous*. 33. 2. 198-222.
- SMITH, M.–PUCZKÓ, L. 2010: *Egészségturizmus: gyógyászat, wellness, holisztika*. Akadémiai Kiadó, BUDAPEST.
- TIMOTHY, D. 2004: Recreational second homes in the United States: development issues and contemporary patterns. In: HALL, M.–MÜLLER, D. (eds.) *Tourism, mobility and second homes*. Channel View Publication, Clevedon. pp. 133-148.
- WILLIAMS, A.–HALL, M. 2000: Tourism and migration: new relationships between production and consumption. *Tourism Geographies*. 2. 1. pp. 5-27.

Az életminőség turizmusorientált vonatkozásainak mérése felé¹

MICHALKÓ GÁBOR – RÁTZ TAMARA

Bevezetés

Az élet minőségéről való gondolkodás évezredek múltja (Arisztotelész 1997) ellenére a téma tudományos megközelítése a XX. század második feléig váratott magára (Fekete 2006). Ugyan Arisztotelész *Nikomakhoszi Etikájában* is találkozhatunk a politika felelősségére történő utalással, az, hogy a társadalom életminőségének javítása a mindenkori hatalomgyakorlók kötelessége, csak az 1960-as évektől kezd politikai evidenciává válni (Kopp–Skrabski 2008).

A posztindustrialista társadalmakban fokozatosan felismerést nyert, hogy nem elég a javakhoz való hozzáférés biztosítása (a megélhetés, a fogyasztás garantálása), elengedhetetlen, hogy az állampolgár jól is érezze magát, vagyis a mindennapjait pozitív előjelű töltettel élje meg (Royo 2007).

Az étellel való elégedettség érzésének elősegítése tehát kulcsfontosságú, mivel az elégedetlen, az elvárásai és a valóságos helyzete között tátongó szakadékot észlelő egyének kedvezőtlen mentális állapota a fizikai egészség romlásához vezethet (Kopp–Pikó 2006). A megbetegedések összetársadalmi következményei (termelés kiesés, helyettesítés, gyógykezelés stb.) pedig súlyos terheket rónak az állam, az önkormányzat és a háztartás költségvetésére.

Nem véletlen, hogy az életminőséggel kapcsolatos magyarországi kutatások fókuszában elsősorban az egészség-orientált kérdésekkel találkozhatunk (Kopp–Kovács 2006). Akár a mentális, akár a fizikai egészséget vizsgáljuk, a szabadidő utazással való eltöltése befolyásolja annak állapotát, a lakókörnyezet, a mindennapi tépályák elhagyása közvetve, a gyógyturizmus kínálatának igénybevétele pedig közvetlenül is hozzájárulhat a lelki és a testi kondíció kívánatos mértékének megőrzéséhez, illetve helyreállításához (Richards 1999, Neal et al. 2007, Smith–Puczkó 2010). Ennél fogva a magyarországi fürdővárosok kitüntetett helyet foglalnak el a turizmus és életminőség relációjának vizsgálatában (Michalkó–Rátz–Tóth–Kincses 2009).

¹ A tanulmány a Kókai S. (szerk.) 2011: *Geográfiai folyamatok térben és időben. Tanulmánykötet Hanusz Árpád 65. születésnapja tiszteletére. Nyíregyházi Főiskola, Nyíregyháza.* kötetben megjelent cikk másodközlése

A Nemzeti turizmusfejlesztési stratégiában² megfogalmazott célkitűzések sikeres végrehajtása kapcsán a politikai szféra részéről felmerülő igény és a tudomány oldaláról jelentkező érdeklődés eredményeként 2007 őszén kerülhetett először sor az állampolgárok utazásainak és az azzal összefüggő szubjektív életminőség mutatóinak a felnőtt magyar lakosságot reprezentáló, 11 500 fős mintán alapuló számbavételére. A Központi Statisztikai Hivatal egy, az Önkormányzati és Területfejlesztési Minisztérium Turisztikai Szakállamtitkársága, a Magyar Turizmus Zrt. és az MTA Földrajztudományi Kutatóintézet képviselőiből álló szakértői team által kidolgozott kérdéssort épített be a 2007. évi adatgyűjtésébe³. A kérdések három aspektusból igyekeztek a turizmus és a szubjektív életminőség szimbiózisát feltárni, egyrészt az utazás boldogságforrásként történő azonosítását, másrészt az utazásban való részvételnek a jóllét változására gyakorolt hatását, harmadrészt az érintett települések mindennapjaiban jelentkező hatások szubjektív visszatükröződését óhajtották számba venni. A közelmúltban napvilágot látott eredmények (Michalkó 2010) alapján megállapítható, hogy az utazásokban való részvétel hozzájárul a magyar lakosság szubjektív életminőségének javulásához, ugyanakkor a turizmusban érintett települések lakossága is észleli a vendégforgalom jóllétre gyakorolt hatásait.

Amennyiben a KSH fentiekben ismertetett 2007. évi adatgyűjtése és annak feldolgozása alapján elfogadjuk, hogy az életminőség és a turizmus között sokrétű reláció észlelhető, akkor joggal merül fel a mérhetőség igényének kielégítését célzó elvárás. Az utazásban résztvevők szubjektív életminőségének tekintetében elvileg semmilyen akadálya nincs az évről évre történő számbavételnek, mivel a vonatkozó kérdések könnyen beépíthetők az amúgy is zajló adatgyűjtésbe. A turizmusban érintett településeken élők szubjektív életminőségének vonatkozásában azonban már nem ilyen egyszerű a kérdés, mivel értelemszerűen nincs erre vonatkozó statisztikai adatgyűjtés. A tudomány számára az jelenti az igazi kihívást, hogy a szubjektív életminőségre való direkt rákérdezés nélkül vajon előállítható-e az a mutató, amely a turizmus és az életminőség szimbiózisát reprezentálja.

Ebből kifolyólag a jelen tanulmány célja egy olyan index kialakításának elméleti és módszertani alapjait letenni, amely alkalmas az egyén turizmusban való érintettsége (vagy az abból való kirekesztődése) életminőségre gyakorolt hatásának mérésére. Tekintettel a hatályos Nemzeti turizmusfejlesztési stratégiában (2005–2013) megfogalmazott kormányzati igényre, miszerint a

² A Nemzeti turizmusfejlesztési stratégiáról (NTS) és az azzal kapcsolatos intézkedésekről szóló 1100/2005 (X. 7.) Kormányhatározat. A teljes dokumentum a Turizmus Bulletin 2005. évi Különszámában olvasható.

³ *A magyar lakosság utazási szokásai* című, a KSH által 2004 óta évi rendszerességgel lebonyolított kérdőíves felmérés.

turizmus életminőségre gyakorolt hatásait (kiemelten a társadalom, a kulturális örökség és a természeti környezet vonatkozásában) optimalizálni kell, az időbeli változások statisztikai, lehetőleg települési szinten történő nyomon követését is kívánatosnak tartjuk.

A tanulmányban rövid összegzését adjuk a turizmus és az életminőség kapcsán eddig megjelent elméleti és módszertani anyagok főbb eredményeinek. Kitérünk az egyes definíciók módszertani alapjaira, majd ezekre támaszkodva megpróbáljuk előállítani azt az indikátorrendszert, amely a társadalmi jelzőszámrendszerek keretébe illeszkedve alkalmassá válik arra, hogy a turizmus és az életminőség kapcsolatát mérni tudja. A későbbiekben ez az indikátorrendszer alapjául szolgál a turizmus és az életminőség kapcsolatát mérő indexnek.

Az indikátorrendszer kialakítása során kiemelt szempontként kezeljük az adott indikátor hozzáférhetőségét, illetve a mutatók időbeli trendjének meghatározhatóságát. Természetesen egyes indikátorok esetében ezek a feltételek nem teljesülnek, a mutatók mégsem kerülnek ki a jelzőszámrendszerből, mivel így tudjuk jelezni (elsősorban a témával foglalkozó szakemberek számára), hogy a komplex rendszer kialakításához milyen más információkra lenne még szükség. Tehát a modell kidolgozását – az elérhetőség szem előtt tartása mellett – koncepcionális szempontok is befolyásolják.

Az indikátorrendszer megalkotása magába foglalja a kutatási témánkhöz kapcsolódó célterület lehatárolását, az azzal összefüggő dimenziók és aldimenziók kialakítását, majd az aldimenziókon belül a konkrét indikátor meghatározását. A jelzőszámrendszer felállításakor, illetve a konkrét indikátorok megfogalmazásakor elsősorban olyan (lehetőleg nagymintás), rendszeresen ismétlődő felvételekre alapozunk, amelyek jelenleg is a rendelkezésünkre állnak. Az életminőség és az egészség fentiekben jelzett szimbiózisának nyilvánvalósága és ezen kapcsolat turisztikai vonatkozásainak kimutathatósága érdekében külön vizsgáljuk a gyógyturizmusban érintett települések lakosságának életminőségbeli aspektusait.

A szubjektív életminőség mint a vizsgálat kontextusa

A szubjektív életminőséggel foglalkozó kutatásoknak már a fogalom definiálásakor nehézségekkel kell szembenéznük. A szubjektív életminőség, a boldogság és az étellel való elégedettség ugyan szinonim kategóriákként kezelhetők, a szociológián belül mégis bizonyos distinkciók tehetők az egyes fogalmak közé. Lengyel és Janky (2002) által bevezetett definíciók nyomán a fogalmak közötti különbséget főként úgy ragadhatjuk meg, ha elfogadjuk azt

a tézist, hogy a boldogságot inkább a személyes mikrokörnyezettel, a családdal, gyermekekkel, társas kapcsolatokkal hozzák összefüggésbe az emberek. Míg az étellel való elégedettséghez a tágabb, a munkával, az intézményekkel és a megélt történelemmel való viszonyt is asszociálják. A fogalomhasználat tisztázásán túl a szubjektív életminőség értékelésének másik sarkalatos pontja annak apriori megtagasztalása.

Nemcsak a kutatási eredmények, hanem a mindennapi tapasztalatok is azt támasztják alá, hogy azonos egyéni életkörülmények nagyon különböző módon értékelhetők. Másként fogalmazva, a rossz objektív körülmények között élő emberek lehetnek elégedettek, ugyanakkor kedvező életmódú csoportok érezhetik magukat nagyon rosszul a társadalomban. Ennek az objektív és szubjektív életminőség közötti diszkrepanciának a szakirodalom több lehetséges okát is megemlíti:

1. Míg az emberek hajlamosak a saját egyéni teljesítményeiket magasan értékelni, addig azokhoz a „teljesítményekhez”, amelyeket egy csoport tagjaként értek el, nem kapcsolnak ilyen pozitív érzületet.

2. Az egyénekre társadalmi nyomás nehezedik elégedetlenségeik „elhallgatására”.

3. Az elégedetlenség kifejezése vagy elfojtása egy szocializációs-tanulási folyamat eredménye, és sok esetben nem kapcsolódik szorosan az aktuális helyzethez.

4. Általában a legkedvezőbb körülmények között élők a legnyitottabbak az új gondolatok, kulturális értékek irányába, ebből következően nekik van a legfejlettebb kritikai érzékük.

Mindezek a tényezők a társadalmi valóság szubjektív megélésének a részei, és csökkentik a tényleges életkörülmények és az azok értékelése közötti kapcsolat szorosságát. Ebből következően az életminőséget az aspirációk és a realitás közötti eltérésként definiálhatjuk. Michalos (1985) szerint az emberek társadalmi elégedettsége vagy elégedetlensége több dolog függvénye. Függ:

– azoktól a diszkrepanciáktól, amelyeket az egyének saját kívánságaik és lehetőségeik között éreznek;

– azoktól a különbségektől, amelyek az egyének múltbéli életkörülményei és a jelen helyzet között feszülnek;

– a jövőbeni helyzetre vonatkozó egyéni elvárásoktól, aspirációktól.

Míthogy az objektív és a szubjektív életminőség közötti kapcsolat vizsgálatára értelemszerűen kínálkozik a fogalmak olyan irányú operacionalizálása, amely az előbbi kategóriát az anyagi jóléttel, utóbbit pedig az egyéni boldogsággal társítja, a szubjektív életminőségre vonatkozó vizsgálatok többsége ezen két jelenség összefüggéseire koncentrálnak (Molnár–Kapitány 2006). Ez az

összefüggés nem kerülhető meg a turizmus és a szubjektív életminőség kapcsolatát feltáró vizsgálatokban sem, noha – ahogyan azt a bevezetőben is jeleztük – tanulmányunknak nem az objektív és a szubjektív életminőség között feszülő diszkrepancia feltárása az elsődleges célja.

Társadalmi jelzőszám-rendszerek

Mivel a turizmus és a szubjektív életminőség kapcsolatát egy indikátorrendszer segítségével próbáljuk megragadni, tekintsük át, hogy milyen kísérletek történtek eddig a jelzőszámrendszerek felállítására, illetve azt, hogy milyen kritériumoknak kell megfelelnie egy jó indikátorrendszernek. A társadalmi jelzőszámokkal kapcsolatban az egyik legfontosabb szempont az időbeli vagy a különböző gazdasági, társadalmi aggregátumok, csoportok közötti összehasonlítás, illetve összehasonlíthatóság. Követelmény továbbá, hogy a jelzőszámoknak minden esetben relatív mutatóknak kell lenniük. Bauer (1966) értelmezésében a társadalmi indikátorok: „...olyan statisztikai sorok és minden egyéb formái a bizonyítékoknak, amelyek lehetővé teszik számunkra, hogy megállapítsuk, hol állunk most, és merrefelé tartunk értékeink és céljaink tekintetében”. Más megközelítések szerint: „az indikátorok olyan mérések, amelyek legalább háromféle módon használhatók: mint teljesítményindikátorok, a társadalmi célok megvalósulásának sikeressége szempontjából; mint statisztikai háttér adatok az egyéni jólét leírása vonatkozásában; és mint kulcsstatisztikák a nemzeti, regionális, helyi tervezés elősegítésére (Vogel 1994, idézi Bukodi 2001).

A társadalmi jelzőszámokkal szemben általánosan megfogalmazott követelmények három pontban foglalhatók össze:

– A „társadalmi”-ság kritériumának megfelelően, a jelzőszámoknak az egyénekre és a háztartásokra kell koncentrálniuk, nem pedig az egyéb gazdasági-társadalmi aggregátumokra.

– A méréseknek olyan output-méréseknek kell lenniük, amelyek alkalmazhatók a különböző folyamatok, döntések, következményeinek a feltárására.

– A jelzőszámoknak normatív jellemzőkkel kell bírniuk abban az értelemben, hogy segítségükkel a szakemberek és a politikai döntéshozók is egyértelműen meg tudják állapítani a „fejlődés” vagy a „leszakadás” tényét.

A jelzőszámok különböző szempontok szerint csoportosíthatók. A rendezést elsősorban az határozza meg, hogy milyen jelenség bemutatására kívánjuk a mutatókat felhasználni. Horn (1993) az indikátorokat a következő szempontok szerint csoportosítja.

I. Objektív típus

I.1. *Egyváltozós megközelítés*: egyetlen változó idősorán alapul (pl. a vendégéjszakák száma adott településen)

I.2. *Többváltozós „egyszerű” megközelítés*: heterogén jelzőszámokból alakítunk ki egy kombinált mutatót (pl. a Magyarországra látogató külföldi turisták megoszlása állampolgárságuk szerint)

I.3. *Többváltozós „komplex” megközelítés*: egy adott gazdasági-társadalmi jelenség komplex, sokféle szempontot ötvöző megközelítésén alapul (pl. a belföldi turizmus változásának hosszú távú trendjei).

II. Levezetett vagy szubjektív típus

Horn elmélete szerint ezek az indikátorok nem közvetlenül ragadják meg az adott társadalmi jelenséget, hanem úgynevezett helyettesítő (proxy) indikátorok segítségével. Ezek a levezetett vagy származtatott jelzőszámok a társadalmi tények szubjektív értékelésén vagy az életkörülmények egyéni percepcióján alapulnak.

A társadalmi jelzőszámok ezen objektív-szubjektív elkülönítése azért fontos, mert a társadalmi indikátorok modelljei aszerint is megkülönböztethetők, hogy milyen típusú jelzőszámokat preferálnak a társadalmi jelenségek leírására. Ezeknek a szempontoknak megfelelően az alábbiakban összefoglaljuk, hogy az eddigi társadalmi jelzőszám-modellekben hogyan jelenik meg a turizmus mint önálló mutató, illetve hogyan kapcsolódik össze a turizmus és az életminőség témaköre.

A turizmus megjelenése a társadalmi-jelzőszám modellekben

Azt mindenképpen le kell szögeznünk, hogy a szubjektív életminőség vagy másként fogalmazva a „jóllét”, „boldogság” mutatók feltérképezése során olyan mennyiségű változótömeeggel találkozunk, amely messze túlmutat a társadalmi jelzőszámok körén. A társadalmi indikátorok turizmus-életminőség modelljének felállításakor több, általánosan elfogadott modelltípusból válogathatunk, amelyek különböző megközelítésben csoportosítják a rendelkezésre álló információmennyiséget. Egyes modellek leíró és egyben analitikus megközelítést alkalmaznak. Ilyen például az *erőforrás* alapú skandináv modell. A modell szerint a társadalmi jólét nem más, mint „...az egyének erőforrások feletti rendelkezése, amely által az egyéni életkörülmények tudatos módon alakíthatók”. Ezek az erőforrások lehetnek anyagiak, gazdaságiak (vagyon, jövedelem, megtakarítás stb.) és lehetnek az életmód más

aspektusaira visszavezethetők (egészségi állapot, képzettség, kapcsolati háló stb.) is. Ez a módszertani alkalmazás szigorúan deskriptív jellegű. Elsősorban annak leírására irányul, hogy milyen az erőforrások megoszlása a különböző csoportosító ismérvek mentén, majd az analitikus keretben azt tárja fel, hogy az életkörülményekben meglévő társadalmi különbségek milyen főbb okokra vezethetők vissza. Ezek a különbségek pedig a társadalom tagjai előtt álló „alternatívák” közötti döntések eredményeként állnak elő. Amikor a hasonló erőforrásokkal rendelkező egyének például a vásárlási vagy üdülési szokásaikban, kulturális aktivitásukban stb. különböznek egymástól, akkor ezek a különbségek csak az eltérő preferenciákból vagy az eltérő ízlésekből adódhatnak és nincsenek kapcsolatban az elérhető erőforrásokkal. „Tényleges különbségek akkor jelentkeznek, ha eltérő mennyiségű és minőségű erőforrásokkal rendelkező társadalmi csoportokat hasonlítunk össze” (Bukodi 2001). A svéd életkörülmény vizsgálat 11 céltémát határozott meg: 1) család, 2) iskolázottság, 3) foglalkoztatás, munkakörülmények, 4) jövedelmek, vagyoni helyzet, 5) lakáskörülmények, 6) közlekedés, szolgáltatásokhoz való hozzáférés, 7) szabadidő, rekreáció, 8) társadalmi kapcsolatok, közéleti aktivitás, 9) közbiztonság, 10) egészség, 11) társadalmi mobilitás. A svéd modell minden egyes témán belül objektív jelzőszámok viszonylag nagy csoportja segítségével próbálja leírni a népesség életkörülményeit. A szabadidő és rekreáció blokkján belül a következő mutatókat alkalmazza:

- Különböző típusú szabadidős aktivitást végzők népességén belüli száma és aránya:
 - sport és fizikai aktivitás
 - kulturális aktivitás (könyvolvasás, könyvtár-, színház-, múzeumlátogatás)
 - szórakozás (mozi, étterem, zenés szórakozóhely stb. látogatása)
- Szabadidő eltöltés a háztartás felszereltségének függvényében:
 - a színes televízióval rendelkező háztartások száma és aránya
 - a videomagnóval rendelkező háztartások száma és aránya
 - a hétvégi házzal rendelkező háztartások száma és aránya
 - nagy értékű sportfelszereléssel rendelkező háztartások száma és aránya
- Üdülési szokások:
 - azoknak a száma és aránya, akik az elmúlt 12 hónapban voltak legalább egyszer legalább egy hétig nyaralni, üdülni.

Az *életminőség* elnevezésű társadalmi-jelzőszámrendszer megközelítés akkor nyert teret, amikor a tudományos kutatásokban előtérbe került az a kérdés, hogy az egyéni-társadalmi jólét vizsgálatakor elegendő-e csupán az objektív

életkörülmények felmérése, vagy szükség van ezen objektív körülmények egyéni percepciójának vizsgálatára is. Mivel az objektív és a szubjektív életminőség közötti diszkrepancia léte általánosan ismert, felmerül a kérdés, hogy melyek azok a mechanizmusok, amelyeken keresztül az életkörülmények, az életmód objektív és szubjektív elemei egymáshoz kapcsolódnak (Zapf 1977, Glatzer–Mohr 1988, idézi Bukodi 2001). Az „életminőség” megközelítést alkalmazó modellben tehát a társadalmi indikátorok funkciója az aspirációk és a realitás közötti eltérés megmérése volt. Amennyiben az objektív és a szubjektív életminőséget egy egyszerű sémával csak jónak vagy csak rossznak értékeljük, az összevetésből a következő kategóriák adódnak:

1) jólét: amennyiben körülményeink objektíven jók és szubjektíven is ugyanezt érzékeljük.

2) disszonancia: amennyiben körülményeink objektíven jók, de szubjektíven rossznak érzékeljük.

3) adaptáció: amennyiben életkörülményeink az objektív mutatók szerint rosszak, szubjektíven mégis jónak érzékeljük.

4) depriváció: amennyiben életkörülményeink objektíven rosszak és ennek tudatában is vagyunk.

Az életminőség elnevezésű német társadalmi indikátor rendszert a 70-es évek első felében fejlesztették ki, jelenlegi formájában a következő területeket öleli fel: 1) népesedés, 2) társadalmi-gazdasági státusz, szubjektív osztály(réteg) helyzet, 3) munkaerőpiac, munkakörülmények, 4) jövedelmek, jövedelem-eloszlás, 5) a javak és szolgáltatások kínálata, fogyasztása, 6) közlekedés, 7) lakáshelyzet, 8) egészségi állapot, egészségügy, 9) oktatás, iskolázottság, 10) társadalmi kapcsolatok, 11) környezetvédelem, 12) közbiztonság, kriminalitás, 13) szabadidő és médiafogyasztás. Minden egyes téma alfejezetekre oszlik, amelyeket különböző társadalmi célok határoznak meg, majd az alfejezetek további dimenziókra oszlanak, amelyek általában két-három jelzőszámot tartalmaznak.

A harmadik, általunk vázolt modell a *komponens* megközelítés. Az angol kutatók által kidolgozott módszertani alapvetés szerint az „életkörülmények” fogalommal jelzett társadalmi jelenségek komponensekre oszthatók (pl. foglalkoztatás, háztartás, egészségi helyzet), és ezek a komponensek külön-külön tanulmányozhatók a statisztika eszközeivel. A komponens (vagy angol) modell alkalmazásának célja kettős; egyrészt egy adott időpont keresztmetszeti társadalmi térképét adja, másrészt az egyes társadalmi jelenségeket illetően bemutatja az időbeli változások irányát és jellegét.⁴ Az 1970 óta megjelenő

⁴ A különböző modellek leírását lásd bővebben: Bukodi Erzsébet: Társadalmi jelzőszámok – Elméletek és megközelítések, Szociológiai Szemle 2001/2. 35–57 o.

Social Trends kiadvány alapjául ez az indikátorrendszer szolgál. A felölelt témák a következők: 1) népesedés, 2) háztartások és családok, 3) iskolázottság, 4) foglalkoztatás, munkaerőpiac, 5) jövedelmek, anyagi jólét, 6) lakossági kiadások, 7) egészség, 8) társadalmi védőháló, 9) közbiztonság, 10) környezet, 11) közlekedés, 12) életstílus. Az egyes célterületek struktúrája hasonló mint a német modellé. Az ugyancsak hierarchikusan felépülő modellben az egyes területek szintén aldimenziókra oszlanak, amelyek 5–10 konkrét jelzőszámot tartalmaznak.

A fent említett modellek mindegyike tartalmaz valamilyen – a turizmus néhány alapmutatóját magába foglaló – életstílus vagy szabadidő-eltöltési komponenst:

1) Az *erőforrás* alapú skandináv modellben a szabadidő és rekreáció csoportjában megjelenik az „elmúlt egy év során üdülésen, nyaraláson részt vevők száma és aránya”.

2) Az *életminőség* elnevezésű német modellben a szabadidő mellé a médiafogyasztás társul.

3) Míg az angol *komponens* megközelítés az *életstílus* kategóriával dolgozik.

A turizmus/utazás életminőséget befolyásoló hatása tehát minden társadalmi-indikátor modellben megjelenik, igaz, csak marginálisan.

A turizmus és az életminőség összefüggésének vizsgálata

Módszertani dilemmák és az adatbázis kérdése

A turizmus és az életminőség kapcsolatát két aspektusból vizsgálhatjuk. A társadalmi jelzőszámok szemszögéből való megközelítés az egyén turizmus-hoz való viszonyát (az abban való részvételt), valamint a szubjektív életminőség összefüggésének vizsgálatát predesztinálja; nevezzük ezt személyi vagy személyes percepciónak. Ilyen tárgyú összefüggések vizsgálatával számos tanulmány foglalkozott már (Neal et al. 2004, Michalkó et al. 2009).

Lehetséges elemzési területként kínálkozik azonban az a feltevés, hogy a frekvenciált turisztikai célpontokon élők boldogabbak, mint a turisták által kevésbé látogatott települések lakói. Ezt a hipotézist csak olyan célzott vizsgálattal lehetne igazolni, amelyben megfelelő számban kérdeztünk meg turisztikai célpontokon, illetve nem turisztikai célpontokon lakókat arról, hogy mennyire tartják boldognak magukat. A meglévő, „boldogsággal” kapcsolatos kutatások, illetve adatbázisok nem olyan mintavételi módszerrel készültek, amelyek alkalmasak az általunk vizsgálni kívánt összefüggés kutatására. Ezekből a

felvételekből csak összesítve (maximálisan régiós de inkább csak országos szinten), valamint a standard társadalmi-demográfiai jellemzők (nem, kor, iskolai végzettség, településtípus, illetve gazdasági aktivitás) szerinti bontásban fogalmazhatunk meg állításokat az egyéni boldogságról és annak az élet különböző elemeivel való összefüggéseiről.

Lehetséges kutatási irányt kínál még az, ha a település lakóinak boldogságára egyes települési jellemzőkből, illetve a településen élők társadalmi-demográfiai mutatóiból következtetünk. Másként fogalmazva, a szubjektív életminőséget megpróbáljuk objektív adatok szintjén előállítani, az így kialakított jelzőszám-rendszert nevezzük majd „objektív életminőségnek”. Természetesen tisztában vagyunk azzal, hogy ezekre a mutatókra számos más mechanizmus is hat, sőt sok esetben az ok-okozati viszonyok is felcserélődhetnek. Ennek ellenére megpróbálunk kísérletet tenni arra, hogy a feltevésünket igazoljuk, vagy cáfoljuk.

További fontos szempont, hogy az általunk felállított modell olyan mutatókat tartalmazzon, amelyek a meglévő adatbázisokból a jövőben is könnyen elérhetők, így a mutató előállításához nem szükséges speciális vagy költséges felvételek végrehajtása. Ezen kritériumnak eleget téve kutatásunkban a KSH Életmód-Időmérleg 1999/2000 adatbázisát, valamint a KSH TSTAR adatbázisának 2000-es adatait használtuk fel.

A szubjektív életminőséget befolyásoló tényezők

Az elméleti alapokat felhasználva elsőként meghatározzuk azoknak a területeknek, illetve mutatóknak a körét, amelyek az egyéni szubjektív életminőséget befolyásolják. Amint arra korábban utaltunk, az emberek a boldogságot elsősorban a személyes mikrokörnyezettel hozzák összefüggésbe (Lengyel–Janky 2002), illetve más szakirodalmi (Alesina–Di Tella–MacCulloch 2004) eredmények alapján tudjuk, hogy bizonyos szegmensek egyértelműen hatással vannak a boldogságra.

Az 1. táblázat az egyéni boldogság megítélésére adott pontszámok átlagát mutatja egyes szocio-demográfiai jellemzők szerint. A kérdőívben feltett kérdés: *Mindent összevetve milyen az életkedve mostanában?* Válasz: 4 fokú skálán, ahol: 1 = nagyon boldogtalan; 2 = boldogtalan; 3 = boldog; 4 = nagyon boldog.

A mikrokörnyezet aspektusait tehát szocio-demográfiai jellemzőkkel operacionalizálva a következő összefüggéseket fogalmazhatjuk meg:

– az életkori csoportokat tekintve a fiatalabbaktól az idősebbek felé haladva egyre kevésbé ítélik magukat boldognak.

1. táblázat Az egyéni boldogság megítélése egyes szocio-demográfiai jellemzők szerint, átlagérték
1–4 skálán 1999/2000

	Átlagosan	Turizmusban érintett településeken	Egészségturizmusban érintett településeken
korcsoport			
14–19 éves	3,04	3,03	3,07
20–29 éves	3,00	3,01	3,01
30–39 éves	2,94	2,96	2,94
40–49 éves	2,86	2,86	2,86
50–59 éves	2,81	2,80	2,82
60–69 éves	2,80	2,81	2,80
70–84 éves	2,78	2,81	2,81
családi állapot			
egyedülálló	2,95	2,97	2,99
házas	2,94	2,94	2,93
özvegy	2,70	2,68	2,71
elvált	2,66	2,66	2,69
iskolai végzettség			
általános isk. kevesebb	2,68	2,72	2,63
ált. isk	2,83	2,82	2,85
szak, érettségi nélkül	2,89	2,89	2,85
érettségi (szakközép, gimnázium)	2,97	2,99	2,96
érettségi + szakmai oklevél (gyakorlatilag technikum)	2,98	2,96	3,05
főiskola, egyetem	3,01	3,04	3,08
gazdasági aktivitás			
aktív kereső	2,96	2,97	2,97
nyugdíjas stb. mellett fogl.	2,91	2,95	2,99
nyugdíjas	2,79	2,81	2,81
rokkant nyugdíjas	2,61	2,53	2,61
GYES-GYED	3,05	3,01	2,97
munkanélküli ellátás	2,73	2,76	2,73
szociális segély	2,53	2,40	2,21
háztartásbeli	2,97	3,02	2,96
tanuló	3,06	3,05	3,06
egyéb eltartott	2,76	2,77	2,84
egyéb inaktív	2,80	2,82	3,00

Az adatbázis súlyozása az első periódusban lekérdezett „Szubjektív kérdőív” szorzójával történt. Forrás: Életmód-Időmérleg felvétel 1999/2000. KSH. Saját számítás.

– családi állapot szerint a házasok és az egyedülállók (ez utóbbi esetben életkori hatást is feltételezhetünk) vallják magukat leginkább boldognak, míg az özvegyek és az elváltak a legkevésbé azok.

– az iskolai végzettséget tekintve a képzetlenektől a diplomások felé haladva egyre boldogabbnak vallják magukat az emberek.

– gazdasági aktivitás szempontjából, legboldogabbnak a GYES-en, GYED-en lévők, a tanulók (ismét feltételezzük az életkori hatást), valamint a foglalkoztatottak és a nyugdíj mellett dolgozók, legkevésbé boldognak pedig a rokkant nyugdíjasok, a szociális segélyen lévők és a munkanélküliek tekintik magukat.

Ugyanakkor az 1. táblázat alapján úgy tűnik, hogy a turizmusban, illetve az egészségturizmusban érintett települések lakói a személyes boldogságuk megítélésében nem különböznek jelentősen az országos átlagtól.⁵ Mindez azt látszik igazolni, hogy a mikrokörnyezeti tényezők valóban nagyobb hatással vannak az egyén szubjektív életminőségére, mint a makrokörnyezet.

Az „objektív települési jólét” mutatójának meghatározása

Túllépve az egyszerűbb elemzésen, a rendelkezésünkre álló adatbázisok alapján megpróbáljuk meghatározni, hogy mi befolyásolja az (egyéni) boldogság megítélését. Mivel a végső célunk az, hogy a magyarországi települések között – az ott élők boldogságát tekintve – valamilyen sorrendiséget állítsunk fel, elsőként megpróbáljuk meghatározni azoknak a változóknak a körét, amelyek a szubjektív életminőséget befolyásolják. Ahhoz, hogy települési szintre vetítve meg tudjuk határozni azokat a mutatókat, amelyek az „objektív jólét” megítélésében szerepet játszhatnak, olyan paramétereket kell keresnünk, amelyek egyéni szinten értelmezve egyértelműen hatással vannak a szubjektív életminőségre, ugyanakkor az adott hatás települési szinten is megragadható. Másként fogalmazva: amennyiben azt látjuk például, hogy az új lakásba való költözés pozitív hatással van az egyén szubjektív életminőségére, akkor települési szinten az új lakások építését mérő mutató magasabb súlyszámot kap az „objektív jólétet” meghatározó indexünkben.

Magyarázó változóként a 2. táblázatban szereplő mutatók kerültek a modellbe.

⁵A mintában a válaszolók 53%-a turizmusban érintett településen, 23%-a egészségturizmusban érintett településen élt.

2. táblázat A szubjektív jólétet meghatározó tényezők

Sorszám	Az egyén szubjektív jólétét befolyásoló dimenziók	Az egyén szubjektív jólétét befolyásoló mutatók
1.	Szocio-demográfiai jellemzők	Kor
2.		Családi állapot
3.		Legmagasabb iskolai végzettség
4.		Gazdasági aktivitás
5.	Települési jellemzők (intézményi ellátottság)	Vasútállomás léte
6.		Helyközi autóbusz-megálló léte
7.		Postahivatal (fiókposta, postamester-ség, ügynökség, kirendeltség) léte
8.		Bankfiók léte
9.		Piac léte
10.		Gyógyszertár léte
11.		Idősek nappali intézményének léte
12.		Háziorvosi székhely léte
13.		Óvoda léte
14.		Általános iskola léte
15.		Települési könyvtár léte
16.		Turizmusban érintett település
17.		Település jogállása

Megjegyzés: A szocio-demográfiai jellemzők forrása: Élemód-Időmérleg felvétel 1999/2000, a települési jellemzők forrása: TSTAR adatbázis KSH, 2002

Logisztikus regressziós modellünk függőváltozójaként a korábban négyfokú skálán mért „boldogság” mutatóból készített kétértékű változó szolgál.⁶ Mivel a települési jellemzők egy része nem mutatkozott szignifikánsnak a függő változó magyarázatában, azokat több lépésben (egyenként) kihagytuk a modellből, eközben a modell magyarázóereje nőtt.⁷

A nem illeszkedő változók kihagyását követően a modell végső formája a következő lett:

$\text{Boldogság} = b_0 + b_1 \cdot \text{korcsop} + b_2 \cdot \text{cspotb} + b_3 \cdot \text{iskb} + b_4 \cdot \text{akt}_1 + b_5 \cdot \text{piac} + b_6 \cdot \text{haziorvos} + b_7 \cdot \text{ovoda} + b_8 \cdot \text{konyvtar}$.

⁶ A kérdőívben feltett kérdés: A függő változó értékei összevonással lettek kialakítva. Értelmszerűen: 1 = boldog; 0 = boldogtalan;

⁷ A modell magyarázóereje jónak minősíthető: $R^2 = 16,2$.

A turizmus szubjektív életminőségre gyakorolt hatásának mérése

Az egyenlet felállításához elsőként azokat a településeket kell meghatározunk, amelyeket a turizmus szempontjából vizsgálandónak ítélünk. A klaszter-szikus megközelítés szerint a turizmusban érintett településeket a „vendégéjszakák” alapján szokás meghatározni (Michalkó 2007). Ebből kifolyólag a vendégéjszakák számát tekintjük alapvető turizmus indikátornak. Azokat a településeket, ahol akár egyetlen vendégéjszakát is nyilvántartottak, „turizmusban érintett” településként értelmeztük.

Ezen túlmenően elemzésünkben megkülönböztetjük még az „egészségturizmusban érintett” településeket is. Ide azokat a településeket soroltuk, ahol gyógy-, termál- vagy barlangfürdő üzemelt.

Eredmények

Szocio-demográfiai jellemzők

A szocio-demográfiai jellemzőket tekintve, a különböző korcsoportokat vizsgálva, egyenes vonalú összefüggést láthatunk (3. táblázat). A legidősebb (60 éves és idősebb) generációhoz viszonyítva a fiatal és a középkorú állapot is nagyobb eséllyel indukál boldogságot.

Az iskolai végzettség esetében a szakmunkás végzettséggel rendelkezőkhöz viszonyítva az alacsonyabb szintű képzettségűek kevesebb eséllyel, míg az érettségizettek 1,6-szer, a diplomával rendelkezők pedig 2,6-szor nagyobb eséllyel lesznek boldogabbak.

A családi állapot ugyancsak szignifikáns hatást gyakorol a boldogságra. Az egyedülállókhöz viszonyítva a házások majdnem 3-szor akkora eséllyel lesznek boldogabbak. Legkevesbé az elvált státus kedvez a boldogságnak.

Az aktív keresőkhöz képest azonban csak a tanulók (3,1-szeres eséllyel) (életkori hatás!) és a háztartásbeliek (2,4-szeres eséllyel) lesznek boldogabbak.

A települési jellemzők közül, úgy tűnik, a könyvtár és a háziorvosi székhely megléte növeli egyértelműen a szubjektív életminőség kedvezőbb megítélésének esélyét.

Településszintű megközelítés, a településszintű „boldogság-index” kialakítása

3. táblázat A regressziós modell eredménye

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Korcsoport, referenciakategória: 60 éves és idősebb						
15–29 éves	1,0130238	0,3025087	11,214075	1	0,001	2,754
30–39 éves	0,4312277	0,2691986	2,5660664	1	0,109	1,539
40–59 éves	0,201478	0,2129624	0,8950538	1	0,344	1,223
Családi állapot, referenciakategória: egyedülálló						
Házas	1,0968699	0,1808479	36,786072	1	0,000	2,995
Özvegy	0,1037737	0,2121374	0,2392986	1	0,625	1,109
Elvált	-0,3694508	0,2193166	2,837724	1	0,092	0,691
Iskolai végzettség, referenciakategória: szakiskola, szakmunkásképző, érettségi nélkül						
Általános iskola 8 osztályánál kevesebb	-0,3452735	0,1807829	3,6476401	1	0,056	0,708
Általános iskola 8 osztály	-0,3322249	0,1420503	5,4699056	1	0,019	0,717
Érettségi	0,4834866	0,1703575	8,0546456	1	0,005	1,622
Érettségi+ technikum	0,3911176	0,3030918	1,6651998	1	0,197	1,479
Diploma	0,9416568	0,257673	13,355113	1	0,000	2,564
Gazdasági aktivitás, referenciakategória: aktív kereső						
Nyugdíj mellett foglalkoztatott	-0,1555454	0,3901243	0,1589675	1	0,690	0,856
Nyugdíjas	-0,2286314	0,2360195	0,9383743	1	0,333	0,796
Rokkant nyugdíjas	-1,1693562	0,1884617	38,49882	1	0,000	0,311
GYES, GYED-en van	-0,034955	0,3959339	0,0077942	1	0,930	0,966
Munkanélküli ellátást kap	-1,13177	0,2264735	24,973621	1	0,000	0,322
Szociális segílyt kap	-1,7991611	0,3765935	22,824145	1	0,000	0,165
Háztartásbeli	0,8591016	0,6106626	1,979185	1	0,159	2,361
Tanuló	1,1436373	0,343372	11,092944	1	0,001	3,138
Eltartott	-1,255367	0,3242861	14,985969	1	0,000	0,285
Egyéb	0,0105556	1,0827666	9,504E-05	1	0,992	1,011
Piac léte	-0,3596947	0,1172588	9,4097274	1	0,002	0,698
Háziorvosi székely léte	0,6012491	0,2385798	6,3509926	1	0,012	1,824
Óvoda léte	-1,0101229	0,4132033	5,9761415	1	0,015	0,364
Könyvtár léte	0,7052037	0,336933	4,3806871	1	0,036	2,024
Constant	1,0771134	0,5565015	3,7461927	1	0,053	2,936

Variable(s) entered on step 1: korcsopb, cspotb, iskb, akt_1, piac, haziorvos, ovoda, konyvtar.

Forrás: Életmód-Időmérleg 1999/2000. súlyozatlan adatok

Láttuk tehát, hogy melyek azok a tényezők, amelyek befolyásolják az egyéni boldogságot. A mi célunk azonban ennél több, hiszen azt szeretnénk látni, hogy az egyes települések között milyen hierarchia állítható fel az ott élők boldogságát alapul véve. A korábban bemutatott modellben a szubjektív boldogságot befolyásoló olyan változók használatára törekedtünk, amelyek települési szinten is megfeleltethetők.

Miért van szükség erre a lépésre? Könnyen belátható, hogy az emberek boldogságát alapul véve lehetetlen a települések közötti sorrendiség felállítása, hacsak nem rendelkezünk olyan adatbázissal, amelyben minden település vonatkozásában megfelelő mennyiségű alany válasza áll rendelkezésünkre. Mivel ilyen adatbázis nem létezik, a következőképpen kezeljük a problémát. A korábban bemutatott regressziós modell személyi adatbázisból származó változóit „átfordítjuk” települési adatokra, majd a modellben kapott esélyhányadosokkal súlyozást végzünk. Ezt követően a kapott értékekből, egyszerű átlagszámítást követően, fel tudjuk állítani a települési sorrendet.

4. táblázat A szubjektív jólétet meghatározó tényezők települési szintű megfelelői

Sorszám	Az egyén szubjektív jólétét befolyásoló mutatók, szocio-demográfiai jellemzők	Települési szintű mutatók
1.	Kor	Az adott korcsoport aránya a település népességén belül
2.	Családi állapot	Az adott családi állapotú népesség aránya a település népességén belül
3.	Legmagasabb iskolai végzettség	Az adott iskolai végzettségű népesség aránya a településen belül
4.	Gazdasági aktivitás	Az adott gazdasági aktivitású népesség aránya a településen belül

A szocio-demográfiai változók átforgatásához a KSH TSTAR adatbázisát használjuk. A regressziós modellben használt mutatók települési szintű megfelelőjeként a 4. táblázatban szereplő mutatókat alkalmazzuk. Mivel a TSTAR adatbázis nem rendelkezik olyan részletezettségű adatokkal, amelyeket korábban a modellünkben használtunk, ezért a gazdasági aktivitás változója esetében összevonást alkalmaztunk.

Mivel a települési jellemzők nem játszottak nagy szerepet a boldogság magyarázatában, az új modellben csak a szocio-demográfiai mutatókat használtuk. A modell eredményét az 5. táblázatban mutatjuk be.

TSTAR kategóriák	→	Életmód-Időmérleg kategóriák
Foglalkoztatott	→	Aktív kereső, nyugdíj mellett foglalkoztatott
Munkanélküli	→	Munkanélküli ellátásban részesül
Nyugdíjas	→	Nyugdíjas, rokkant nyugdíjas
Inaktív kereső	→	GYES, GYED, szociális segély
Eltartott	→	Háztartásbeli, egyéb eltartott, egyéb inaktív
Tanuló	→	Tanuló, iskolás kor alatti gyermek

5. táblázat Az új regressziós modell eredménye

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Korcsport; referenciakategória: 60 éves és idősebb						
15–29 éves	,596	,235	6,452	1	,011	1,815
30–39 éves	-,109	,199	,301	1	,583	,897
40–59 éves	-,350	,141	6,159	1	,013	,705
Családi állapot; referenciakategória: egyedülálló						
Házass	1,199	,156	58,764	1	,000	3,316
Özvegy	,252	,184	1,875	1	,171	1,287
Elvált	-,131	,188	,488	1	,485	,877
Iskolai végzettség; referenciakategória: szakiskola, szakmunkásképző, érettségi nélkül						
Általános iskola 8 osztályánál kevesebb	-,276	,159	2,996	1	,083	,759
Általános iskola 8 osztály	-,182	,125	2,117	1	,146	,834
Érettségi	,567	,144	15,485	1	,000	1,763
Érettségi+ technikum	,682	,268	6,464	1	,011	1,978
Diploma	,889	,195	20,821	1	,000	2,433
Gazdasági aktivitás; referenciakategória: aktív kereső						
Munkanélküli	-1,134	,206	30,446	1	,000	,322
Nyugdíjas	-,788	,146	28,947	1	,000	,455
Inaktív kereső	-,714	,243	8,663	1	,003	,490
Eltartott	-,520	,240	4,705	1	,030	,594
Tanuló	,833	,277	9,026	1	,003	2,300
Constant	1,413	,233	36,850	1	,000	4,107

A települési jellemzők kihagyása némileg csökkentette a modell magyarázóerejét ($R^2=12,5$), de ezt az értéket még mindig megnyugtatóan magasnak minősíthetjük. Az eredményekből láthatjuk, hogy az előző modellben bemutatott „trendek” nem változtak meg, csupán az esélyhányadosok módosultak az új modellben.

Település-sorrend kialakítása a magyarországi településeken élők szubjektív jólétének függvényében

A modellünkben alkalmazott szocio-demográfiai változók a 2001-es népszámlálási adatbázisból településszinten összesítve állnak rendelkezésünkre. Mivel az Életmód-Időmérleg felvételben csak a 14 évesnél idősebbeket kérdezték, a TSTAR adatbázis népszámlálási adatai esetében is csak a 15 évesnél idősebb népességgel dolgozunk.

Az index kiszámítása:

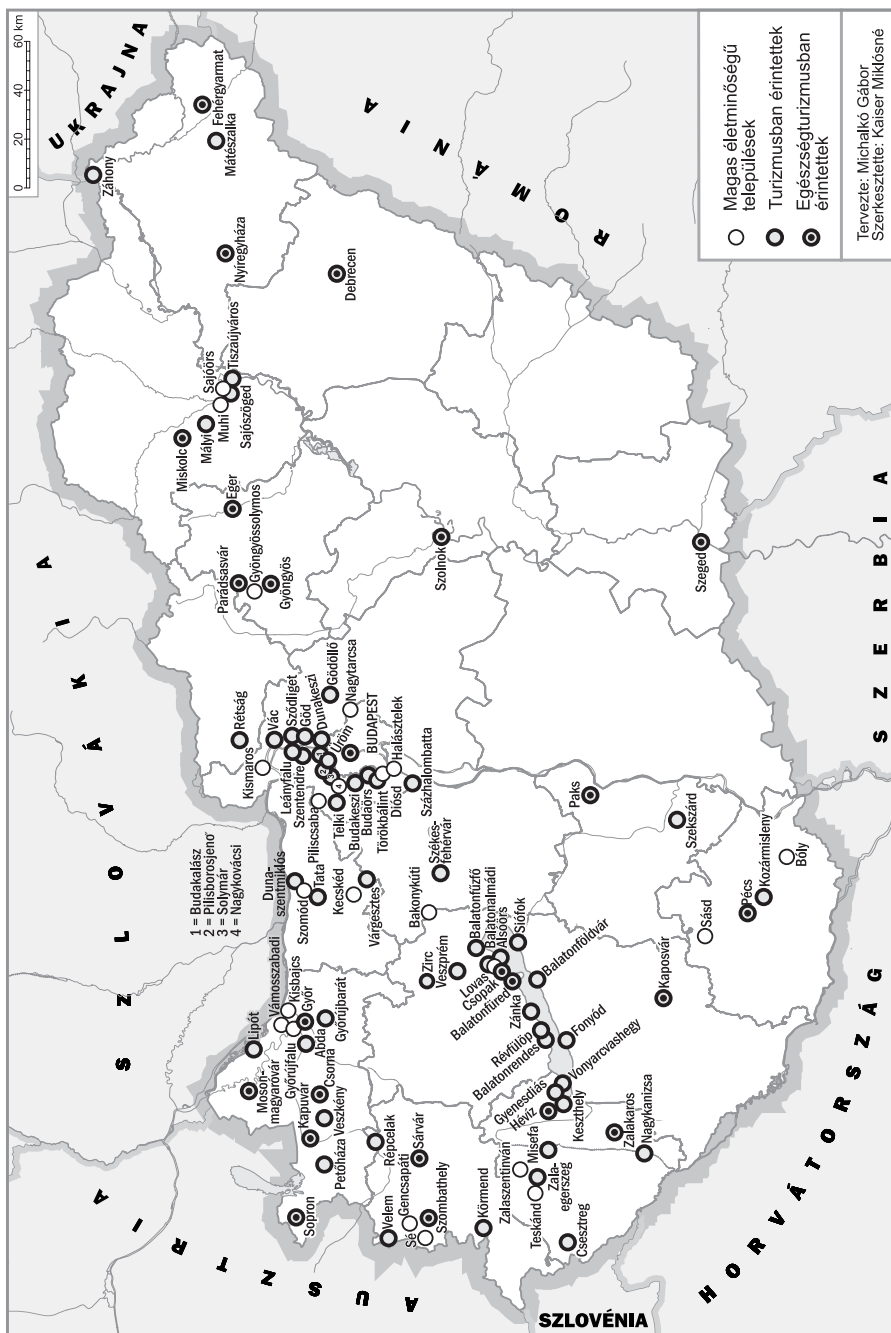
1) Első lépésben a modellben meghatározott változók kategóriái szerint kiszámoljuk a minden egyes településen ott élő lakónépesség adott mutató szerinti százalékos arányát.

2) Ezt követően a változók minden kategóriájához hozzárendeljük a fenti modellben kapott esélyhányadosokat (a referenciakategória esetében 1-es lesz az esélyhányados).

3) Végül az így kapott értékekkel egyszerű átlagszámítást végzünk.

Eredményeink alapján a 100 legboldogabb magyarországi települést az 1. ábra szemlélteti. Jól látható, hogy a települések többsége (83%) Közép-Magyarországon és a dunántúli régiókban fekszik, a Kelet-Magyarországon található boldog városok és községek aránya jóval alacsonyabb mértékű (17%).

Ami a vizsgált településállomány területi koncentráltóságát illeti, a Budapesti Agglomeráció, a Balaton, a magyar-osztrák határtérség, valamint a Mátra és a Bükk vidék mutat sűrűsödést, a kiemelt üdülőkörzetek érintettsége egyértelmű. Amíg a 100 legboldogabb magyarországi település között találjuk a 7 tervezési-statisztikai régió központját, addig az ezekkel részben átfedést mutató megyeszékhelyek közül Salgótarján, Kecskemét, Békéscsaba, Tatabánya már nincs a 100-as élmezőnyben. A vizsgált településállományon belül 51 városi jogállású településsel találkozhatunk. Ami a turizmusban való érintettséget illeti, az első 100 legboldogabb település közül 71 esetben regisztráltak a vendégek szálláshelyigényes forgalmát, ezen belül 16 településen találkozhatunk a hazai egészségturizmus kínálatával (gyógy-, termál-, vagy barlangfürdővel).



1. ábra Magas szubjektív életminőségű települések Magyarországon (Top 100) Forrás: Saját számítás

Következtetések

Az életminőség változásának folyamatos nyomon követése nem tartozik a hivatalos statisztikai adatgyűjtés által vállalt feladatok közé. Ennek hátterében feltehetően az alap információ egzaktságának gyengesége húzódik, mivel a *Hogy érzi magát?* vagy az *Ön mennyire elégedett az éltével?* típusú kérdésekre adott válaszok értékelése számos metodikai problémát vet fel. Időről időre mégis találkozhatunk olyan, a KSH által bonyolított felmérésekkel, amelyeknek részét képezi egy-egy, az életminőségre vonatkozó kérdés.

Tekintettel arra, hogy az életminőséget számos tényező befolyásolhatja, ezért ezek szerepének feltárása a legkülönbözőbb tudományágakat képviselő kutatók érdeklődésének a középpontjában áll. Magyarországon az életminőség egészségorientált aspektusai a legismertebbek, sokkal kevesebbet tudunk például az utazások boldogságnövelő, illetve csökkentő funkciójáról. A problémakörön belül az utazásban való közvetlen érintettség, illetve a turisták által látogatott település lakójaként történő életminőség-változások mérhetősége tartozik a turizmustudomány megoldandó feladatai közé. Előbbivel kapcsolatban számos vizsgálati eredmény született, utóbbi vonatkozásában azonban alig áll érdemi információ a rendelkezésre.

A jelen tanulmány a társadalmi jelzőszámok rendszeréből kiindulva igyekezett feltárni a magyarországi településállományon belül azokat a városokat és községeket, amelyek a legmagasabb életminőség-mutatóval rendelkeznek. Ezt egy modell felállításával segítette, amellyel elsőként tett kísérletet a probléma indexálhatóságára. A modell a 2000. évi Életmód-Időmérleg és a 2001. évi népszámlálási adatokra támaszkodva körvonalazta azt a 100 települést, amelyben – a matematikai-statisztikai módszerekkel felállított index alapján – a legboldogabb helyiakkal találkozhatunk. A vizsgálatba vont településállományon belül kirajzolódó koncentrációk földrajzi összefüggést mutatnak a kiemelt üdülőkörzetekkel, azon belül gyógy-, termál-, vagy barlangfürdővel rendelkező helységekkkel.

A turizmus és a boldogság kapcsolata matematikai módszerekkel nehezen vizsgálható, sőt mi több, a két jelenség közötti korreláció vizsgálata az ökológiai tévkövetkeztetés területére esik. Az ökológiai tévkövetkeztetés problémáját elkerülendő próbáltunk meg olyan módszert alkotni, amely nem a két jelenség közötti kapcsolatot vizsgálja, hanem azt próbálja megragadni, hogy hogyan állítható fel a magyarországi települések között egy, elsősorban a települési jellemzőik szerint kialakított sorrend, ahol a sorrendképző ismérv nem például a település fejlettsége, hanem az ott élők boldogság- vagy elégedettségérzete volt. A vállalkozás, egy az ország minden településére kiterjedő vizsgálat nélkül kivitelezhetetlennek tűnt, ezért reprezentatív mintán elvégezett regressziós

becslésekkel, majd a modellben használt változók településszintű megfeleltetése után már meglévő településsoros adatbázisok adatait és indikátorait felhasználva – azok súlyozásával – alakítottuk ki a települési sorrendet. A módszertan sok vitára adhat okot, a probléma megoldására azonban nem találtunk jobbat. A módszer használhatósága további elemzések során lesz majd kimutatható, függően attól, hogy a további elemzések eredményei a kialakult sorrendiséget alátámasztják vagy megkérdőjelezzik.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetet mondunk Giczi Johannának (ELTE), aki jelentős segítséget nyújtott az értekezés módszertani apparátusának kialakításában és a számítások elvégzésében.

IRODALOM

- ALESINA, A.–DI TELLA, R.–MACCULLOCH, R. 2004: Inequality and happiness: are Europeans and Americans different? *Journal of Public Economics*. 88. 9–10. pp. 2009–2042.
- ARISZTOTELÉSZ: 1997: *Nikomakhoszi etika*. Európa Kiadó. Budapest.
- BAUER, R. (szerk.) 1966: *Social indicators*. MIT. Cambridge.
- BUKODI E. 2001: Társadalmi jelzőszámok – Elméletek és megközelítések. *Szociológiai Szemle*. 2. pp. 35–57.
- FEKETE Zs. 2006: Életminőség – Koncepciók, definíciók, kutatási irányok. In: Utasi Á. (szerk.): *A szubjektív életminőség forrásai: biztonság és kapcsolatok*. MTA Politikai Tudományok Intézete. Budapest. 277–309. old.
- HORN, R. 1993: *Statistical indicators for the economic and social sciences*. Cambridge University Press. Cambridge.
- KOPP M.–KOVÁCS M. (szerk.) 2006: *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó. Budapest.
- KOPP M.–PIKÓ B. 2006: Az egészséggel kapcsolatos életminőség pszichológiai, szociológiai és kulturális dimenziói. In: Kopp M.–Kovács M. (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest. pp. 10–19.
- KOPP M.–SKRABSKI Á. 2008: Miért alapvető politikai fogalom a társadalom boldogságérzete? *Valóság*. 51. 2. pp. 30–38.
- LENGYEL GY.–JANKY B. 2002: A szubjektív jólét társadalmi feltételei. In: Lengyel Gy. (szerk.): *Indikátorok és elemzések. Műhelytanulmányok a társadalmi jelzőszámok témaköréből*. BKÁE. Budapest. pp. 105–127.
- MICHALKÓ G. 2007: *A turizmuselmélet alapjai*. Kodolányi János Főiskola. Székesfehérvár.
- MICHALKÓ G.–KISS K.–KOVÁCS B. 2009: Boldogító utazás: a turizmus hatása a magyar lakosság szubjektív életminőségére. *Tér és Társadalom*. 23. 1. pp. 1–17. old.
- MICHALKÓ G.–RÁTZ T.–TÓTH G.–KINCSES Á. 2009: A gyógyfürdővel rendelkező magyarországi települések életminőségének vizsgálata. *Területi Statisztika*. 12. 2. pp. 170–185.

- MICHALKÓ G. 2010: *Boldogító utazás: a turizmus és az életminőség kapcsolatának magyarországi vonatkozásai*. MTA Földrajztudományi Kutatóintézet. Budapest.
- MICHALOS, A. 1985: Multiple discrepancy theories. *Social Indicators Research*. 16. pp. 347–413.
- MOLNÁR GY.–KAPITÁNY Zs. 2006: Mobilitás, bizonytalanság és szubjektív jólét Magyarországon. *Közgazdasági Szemle*. 53. pp. 845–872.
- NEAL, J.–SIRGY, J.–ÜYSAL, M. 2004: Measuring the effect of tourism services on travelers' quality of life: further validation. *Social Indicators Research*. 69. pp. 243–277.
- NEAL, J.–ÜYSAL, M. – SIRGY, J. 2007: The effect of tourism services on travelers' quality of life. *Journal of Travel Research*. 46. pp. 154–163.
- NEMZETI turizmusfejlesztési stratégia 2005: *Turizmus Bulletin*. 9. Különszám.
- RICHARDS, G. 1999: Vacations and the quality of life. *Journal of Business Research*. 44. 3. pp. 189–198.
- ROYO, M. 2007: Well-being and consumption – Towards a theoretical approach based on human needs satisfaction. In: Bruni, L.–Porta, P. (szerk.): *Handbook on the Economics of Happiness*. Edward Elgar. Cheltenham. pp. 151–169.
- SMITH, M.–PUCZKÓ L. 2010: *Egészségturizmus: gyógyászat, wellness, holisztika*. Akadémiai Kiadó, Budapest.

Egy magyarországi fürdőváros lakosságának életminősége: az orosházi eset¹

MICHALKÓ GÁBOR – RÁTZ TAMARA – IRIMIÁS ANNA

Bevezetés

A Nemzeti turizmusfejlesztési stratégia (2005–2013)² és az Új Széchenyi-terv *Gyógyító Magyarország – Egészségipar* programja³ egyaránt kiemelt figyelmet szentel a turizmus életminőség-növelő szerepének. Rendkívüli fontossággal bír, hogy a társadalomkutatással foglalkozó szakemberek vonatkozó publikációi (Hankiss – Manchin 1976, Andorka 1997, Kopp – Kovács 2006, Utasi 2006) mellett immár a hazai politikai közgondolkodásban is egyre markánsabban észlelhető az élet nem anyagi dimenzióinak a felismerése. A turizmus a lét azon területe, amely széleskörűen képes a társadalom életminőségét növelni, így támogatása politikai érdek (Kopp – Skrabski 2008). Az állami és az önkormányzati szféra nem csak az utazások legkülönbélebb eszközökkel történő ösztönzésével, hanem a települések turisztikai kínálatának fejlesztésével is befolyásolhatja a lakosság életminőségét.

Tekintettel arra, hogy az élet legfontosabb dimenziója az egészség (Szvitecz 2002, Kopp–Pikó 2006), ezért joggal feltételezhető, hogy az egészségturisztikai motivációval utazók, a fizikai és a mentális egészséggel összefüggő szükségleteiket sikeresen kielégítők a világ legboldogabb emberei közé tartoznak. Ezen megközelítés analógiájára az a hipotézis is felállítható, hogy a világ egészségturisztikai desztinációiban az átlagnál boldogabb emberek élnek. A két feltevés kombinációjából pedig egyenesen arra a következtetésre juthatunk, hogy egy olyan országban, amely annyira gazdag egészségturisztikai kínálattal rendelkezik, mint hazánk, csupa boldog emberrel találkozhatunk. A valóság azonban máshogy fest. Ennek széleskörű feltárására vállalkozott 2007-ben az MTA Földrajztudományi Kutatóintézet és a Kodolányi János Főiskola az OTKA által támogatott *Egészségturizmus és életminőség Magyarországon: az egészségorientált*

¹ A tanulmány a *Turizmus Bulletin* 2010/4. számában megjelent cikk másodközlése

² A Nemzeti turizmusfejlesztési stratégiáról és az azzal kapcsolatos intézkedésekről szóló 1100/2005 (X. 7.) Kormányhatározat. A teljes dokumentum a *Turizmus Bulletin* 2005. évi különszámában olvasható.

³ Új Széchenyi-terv Vitairata – A talpra állás és a felemelkedés fejlesztéspolitikai programja. Meghirdetve 2010. július 28. Letölthető: [http://www2.pm.gov.hu/web/home.nsf/\(PortalArticles\)/4F4C8AE5A2618B9EC125776F00255012/\\$File/uj_Szechenyi_Terv_vitairat.pdf?OpenElement](http://www2.pm.gov.hu/web/home.nsf/(PortalArticles)/4F4C8AE5A2618B9EC125776F00255012/$File/uj_Szechenyi_Terv_vitairat.pdf?OpenElement)

mobilitás társadalmi, gazdasági és környezeti problematikájának földrajztudományi szintézise című projekt megindításakor. Az eddigi, országos mintákon, illetve statisztikai adatok másodelemzésén nyugvó eredményeink (Michalkó et al. 2009a és 2009b) arra engednek következtetni, hogy az egészségturizmusban való érintettség – a turizmus más termékeivel történő összehasonlításban – nem az előzetesen várt mértékben befolyásolja az életminőséget. Tehát sem az egészségturisztikai motivációval útnak indulók, sem pedig az egészségturisztikai desztinációkban élők nem tekinthetők az átlag utazónál vagy az átlag lakosnál szignifikánsan boldogabbnak Magyarországon.

A jelen tanulmány a turizmus és a helyi lakosság életminősége közötti szimbiózis részleteit mutatja be egy dél-alföldi fürdőváros, Orosháza példáján keresztül. Arra keresi a választ, hogy a gyopárosfürdői városrészben 2004-ben a Széchenyi-terv pályázatán elnyert támogatás segítségével épült élményfürdő milyen hatással van a helyi lakosság mindennapjaira, közérzetére, végső soron mennyiben befolyásolja az életminőségét. A 2010 tavaszán 500 orosházi lakos részvételével lebonyolított kérdőíves vizsgálat rámutat a turizmus és a helyiek kapcsolatára, a fürdővel kapcsolatos attitűdökre és véleményekre, valamint a létesítmény szolgáltatásainak igénybevételével összefüggő életminőségükre.

Elméleti háttér

Az életminőség az emberi létet meghatározó objektív tényezők és azok szubjektív tükröződésének együttes vetülete. Az igen tág kereteket biztosító fogalom objektív pillére olyan, önmagukban is sokrétű fogalmakból épül fel, mint életmód, életkörülmények, életszínvonal, életstílus, élethelyzet, életfeltételek, míg az úgynevezett szubjektív pillért többek között az elégedettség, a remény, a boldogság és a prioritás alkotja. Amíg a jólét (welfare) az életminőség objektív tényezőire (jövedelem, egészségi állapot, műszaki infrastruktúra, iskolai ellátás, közbiztonság stb.) utal, addig a jóllét (well-being) a szubjektívekre (öröm, megbecsülés, szeretet stb.).

A nemzetközi szakirodalomban gyakran találkozhatunk az OWB (objective well-being) és az SWB (subjective well-being) kifejezésekkel, amelyek lényegileg az életminőség két alappillérét jelentik. A magyar nyelvű források (Utasi 2006) előszeretettel használják a szubjektív életminőség terminológiát is, ami valójában az SWB, a szubjektív jólét (=jóllét) megfelelője. Az életminőség értelmezési tartománya semmi esetre sem nevezhető statikusnak (Smith–Puczkó 2010), az, hogy milyen tényezők mentén közelítjük a vizsgált fogalmat (különösen annak objektív pillérét), azt leginkább az adott probléma sajátosságai határozzák meg. Így az életminőséget az egészség felől közelítő kutatásokban

(Kopp–Kovács 2006) értelemszerűen olyan mutatók dominálnak, amelyek az egyén fizikai és mentális állapotával állnak kapcsolatban.

A boldogság az életminőség szubjektíven értelmezett manifesztációja, Lennart Nordenfelt szerint, ha egy ember élettervei hosszú távon megvalósulnak, akkor életminősége – a külső megítéléstől függetlenül – magas szintűnek tekinthető (Kovács J. 2006). Ezzel függ össze Ruut Veenhoven azon leegyszerűsítése, miszerint a szubjektív életminőséget az egyén boldogságának fokával („how happy are you?”) méri, történetesen arra a kérdésre fókuszál, hogy a megkérdezettek mindent egybe vetve mennyire elégedettek az életükkel. A boldogság tehát nem más, mint az étellel való általános elégedettség mértéke („how satisfied are you with your life?”), amely gyakran a jóllét (SWB) szinonimájaként jelenik meg a szakirodalomban (Bruni–Porta 2007). Értelmezésünkben a boldogság nem a pillanatnyi érzelmi állapot (öröm, szerelem, szomorúság, düh stb.) determinálta fogalom, hanem az egyén egész addigi életére hatást gyakoroló pozitív és negatív tényezők mérlegelésének sajátos egyenlege.

A turizmus – akár egy utazás résztvevőjeként, akár a célterület társadalmi környezeteként válik a jelenség érintettjévé valaki – hatással van az életminőségére (Coskun–Rahtz–Sirgy 2003). A hivatás- és a szabadidős turizmus számos olyan tényezővel rendelkezik, amelyek az emberi szükségletek kielégítése során aktivizálódnak (Maslow 2003). A turizmussal összefüggő életminőség szubjektív transzformációkon keresztül testesül meg, a fogalom tárgyalásakor mégsem tekinthetünk el az azokra ható objektív feltételektől. Amíg ez a helyi lakosság esetében a szabadidős létesítmények használatában, a turisztikai terek fogyasztásában, a turizmusiparhoz történő egzisztenciális kötődésben, addig a turisták vonatkozásában a motivációjukból fakadó tevékenységükben mutatkozik meg leginkább.

A turisztikai tér olyan lelki erőforrásként értelmezhető, amelyből az egyes célállomásokot felkereső turisták és a helyi lakosok egyaránt meríthetnek. Ideális esetben a turisztikai tér konstrukciója, a benne lévő kvalitatív elemek a turista és a helyi lakosság életminőségének javulását egyaránt elősegítik, azonban a szimbiózisba kódolt konfliktusok vagy az adott célállomás fogyasztásának sajátosságai negatív előjelű változásokat is előidézhetnek. A célállomás turisztikai kínálatához általában passzívan viszonyuló helyi lakosságot az életterében zajló mobilitási folyamatok és a környezet változásainak köszönhetően olyan impulzusok érik, amelyek különböző előjelű lelkiállapot-változásokat eredményezhetnek.

Az általunk 2008-ban lebonyolított magyarországi vizsgálat szerint a megfelelő egészségügyi ellátás az elsőrendű olyan tényező, amely egy település jellemvonásai közül a legnagyobb mértékben képes az étellel való elégedettséget

befolyásolni (Michalkó 2010). Az előre megadott tényezők közül az egészségügyi, az oktatási és nevelési intézmények, valamint a munkahelyek végeztek a 19 elemből álló lista élén, a megkérdezettek a turisták intenzív jelenlétét pedig a legkevésbé fontos boldogsággeneráló tényezőként értékelték. Látható, hogy a vendégek szabadidős tevékenységét szolgáló létesítmények igénybevételeinek lehetősége alig befolyásolja a helyiek jóllétét. A turizmusnak a magyarországi települések életében betöltött szerepét és a lakosság életminőségére gyakorolt hatásait együttesen értékelve megállapítottuk, hogy a magyar társadalom alig érzékeli a lakókörnyezetében bonyolódó bel- és külföldi vendégforgalom jóllétét érintő vonatkozásait. A turizmusnak a saját települése életében betöltött szerepét az 1–5-ig terjedő skálán átlagosan 2,16-ra értékelték a magyarok. E mellett a magyar társadalom elenyésző mértékben tudja a lakókörnyezetében jelentkező turistaforgalom kínálta lehetőségeket kihasználni. A megkérdezettek az 1–5-ig terjedő skálán 1,48-ra értékelték a vendégforgalom önmaguk vagy közeli hozzátartozójuk általi kiaknázásának mértékét. A magyarországi települések lakosságának környezetében megjelenő turistaforgalom különösebben nem befolyásolja a helyiek közérzetét. A megkérdezettek az 1–5-ig terjedő skálán átlagosan 3,15-re értékelték a lakókörnyezetében realizálódó turizmus közérzet-befolyásoló hatását.

A turizmusnak a település életében betöltött szerepét az egyén boldogságának függvényében vizsgálva megállapítható, hogy minél nagyobb jelentőséget tulajdonít valaki a turizmus saját települése életében betöltött szerepének, annál boldogabb embernek vallja magát. Ezzel szemben azokkal, akik a településük turizmusának szerepét alacsony fokúnak ítélik, a boldogtalanabbak táborában találkozhatunk. Minél nagyobb arányban sikerül valakinek a település vendégforgalmát a maga javára fordítani, annál nagyobb mértékben sorolja önmagát a boldog emberek közé. Bárminemű messzemenő következtetés levonása nélkül megállapíthatjuk, hogy a magyarországi turizmus célterületein, többek között a vendégforgalom pozitív gazdasági, társadalmi hatásaira visszavezethetően boldogabb emberek élnek, mint a turizmusban nem érintett településeken. Tehát azokon a településeken, településrészekén, ahol a helyiek be tudnak kapcsolódni a vendégforgalom kiszolgálásába, a turisták jelenlétéből önmaguk vagy közvetlen hozzátartozójuk révén haszonra tesznek szert, ott boldogabb emberek élnek.

Módszer

A turisztikai célterületek lakosságának életminőségét feltáró vizsgálatok elsősorban a szubjektív jólét oldaláról közelítették a problémát, kisebb hang-

súlyt helyeztek az objektív körülmények mérlegelésére (Perdue et al. 1999, Tomljenovic–Faulkner 2000). Az életminőség objektív pillérét képező mutatók számbevétele egyetlen település vonatkozásában kevésbé releváns, azokat inkább a területi összehasonlítás során alkalmazzák (Curran et al. 2006, Ágoston 2007). Esetünkben maga a vizsgálati probléma is arra ösztönzött, hogy az orosházi turistaforgalom, a fürdőfejlesztés és a helyiek fürdőlátogatási szokásainak szubjektív életminőségre gyakorolt hatásaira koncentráljunk. Orosházára azért esett a választásunk, mert egyrészt tradicionális, de mégsem monofunkciós fürdőváros, másrészt a Széchenyi-tervből jelentős támogatásban részesült, harmadrészt a Kodolányi János Főiskola Orosházi Regionális Oktatási Központja révén megfelelő helyismerettel rendelkezünk.

A kereskedelmi szálláshelyek kapacitására és forgalmára vonatkozó statisztikai adatok másodelemzését, valamint a terepkutatást követő kérdőíves felmérésre 2010 áprilisában került sor. A helyi Táncsics Mihály Gimnázium és Szakközépiskola diákjai segítettek abban, hogy 500 orosházi, 18 év feletti lakossal sikerüljön kitölteni a kérdőívet. A diákok az iskolában felkészítést kaptak a kérdezőbiztosi teendőkről, a kérdőíveket otthon, családtagjaikkal, ismerőseikkel, megadott kvóta szerint töltették ki. A kényelmi minta sajátosságait az 1. táblázat mutatja be. Az a tény, hogy a kérdezőbiztosi teendőket Orosháza legelitebb oktatási intézetének diákjai látták el, minden bizonnyal csökkentette a minta reprezentativitását, mivel az oda járók eleve a magasabb társadalmi státuszú háztartásokból kerültek ki. Ehhez hozzájárult, hogy a válaszadói hajlandóság a női megkérdezetteknel jelentősen nagyobb volt.

1. táblázat A megkérdezett orosházi lakosok szociodemográfiai jellemzői (n=500)

<i>Kor</i>	<i>Fő</i>	<i>Megoszlás (%)</i>
18–24 év	131	26,2
25–44 év	177	35,4
45–64 év	148	29,6
65 év és felette	44	8,8
<i>Nem</i>		
Férfi	188	37,7
Nő	311	62,3
<i>Városrész</i>		
Belváros	231	46,5
Szőlő	140	28,2
Gyopárosfürdő	34	6,8
Déli városrész	92	18,5

Forrás: saját felmérés

Eredmények

Orosháza turisztikai piaca és környezete

Annak ellenére, hogy a közigazgatásilag Orosházához tartozó Gyopárosfürdő 1869 óta ismert gyógyászati célú fürdőhely, a dél-alföldi középváros nem tartozik Magyarország turisztikailag legfrekvenciáltabb települései közé. Orosháza a hazai kereskedelmi szálláshelyeken eltöltött vendégéjszakák alapján felállított 2009. évi települési rangsorban a 75. volt.

Az orosházi fürdőélet kezdetei az Osztrák-Magyar Monarchia időszakára nyúlnak vissza, amikor is – felismerve a víz kedvező élettani hatásait – a szikes tórendszer mellett előbb fürdőhely, később parkosított, vasúton is megközelíthető üdülőterület létesült. Az első és a második világháború ugyan visszavetette a fürdő fejlődését, de a fás-ligetes, pihenésre, regenerálódásra kiválóan alkalmas környezet megfelelő feltételeket kínált az immár artézi víz táplálta gyógyászati létesítmény 60-as évekbeli fejlesztésére. Gyopárosfürdő életében a valódi áttörést a 2004-ben átadott, európai összehasonlításban is versenyképes élményfürdő hozta, a magyar kormány (a Széchenyi-terv Turizmusfejlesztési Programja keretében) 715 millió forinttal támogatta az összességében 1,5 milliárd forint beruházással megvalósult korszerű létesítmény kialakítását. A fürdőkomplexumot pillanatnyilag két, jól elkülöníthető részleg alkotja, az egyikben a XXI. századi követelményeknek minden tekintetben megfelelő élményfürdő és szaunapark, a másikon némileg a szocializmus korát idéző (retro), betonmedencés gyógyfürdő található (1. és 2. fénykép).

Miközben Orosháza a Széchenyi-tervnek köszönhetően a korábbiaknál erősebb pozíciót foglalhatott el Magyarország gyógyfürdőtérképén, addig a békés megyei versenytársai hasonlóképpen előre léptek, így az elmúlt évtizedben Békéscsabán, Gyulán és Szarvason is jelentős fürdőfejlesztésekre került sor. Ebből kifolyólag a megyébe egészségturisztikai motivációval ellátogató turista Gyopárosfürdő mellett számos alternatíva közül választhat, ami ugyan hozzájárul a helyi kínálat magas szinten tartásához, de (különösen szezonon kívül) veszélyezteti a gazdaságos üzemeltetéshez szükséges kereslet biztosítását.

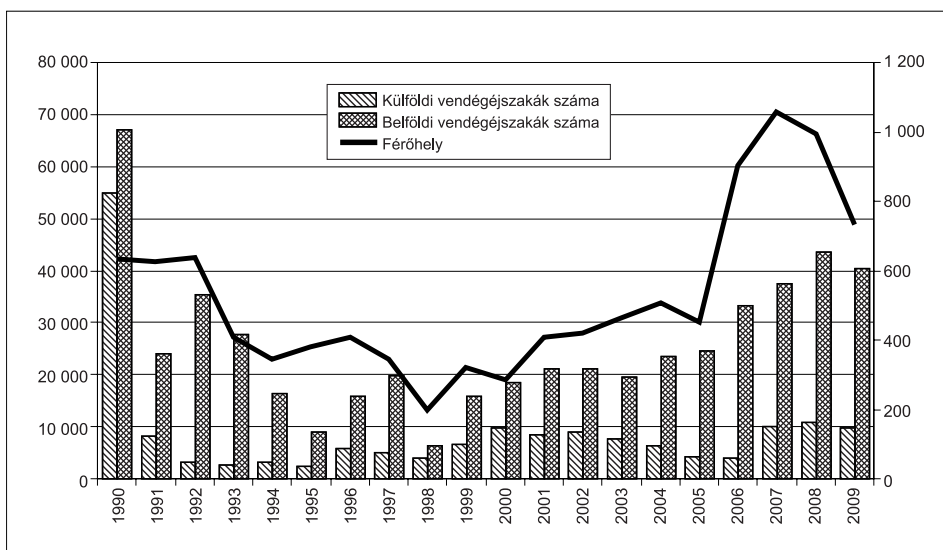
Az élményfürdő 2004. évi megnyitását követően a korábbi időszak stagnálásához viszonyítva megélnékült Orosháza vendégforgalma (1. ábra). Miután a sajtópropaganda és a professzionális marketingkommunikációs eszközök elérték a piacot, évről évre növekedett a kereskedelmi szálláshelyeken regisztrált vendégéjszakák száma: a 2004. és a 2008. évi mutatót összehasonlítva 83%-os volt a kereslet élénkülése. A 2009. évi visszaesés már a gazdasági válság következményeként értékelhető. A vizsgált időszakban a férőhelyek száma emelkedett, de a válság már 2008-ban éreztette hatását, amelynek következtében



1. fénykép Orosháza–Gyopárosfürdő termál részlege: hódít a retro



2. fénykép Orosháza–Gyopárosfürdő élmény részlege: versenyképes kínálat



1. ábra A kereslet és a kínálat alakulása Orosháza kereskedelmi szálláshelyein, 1990–2009
 Forrás: KSH

a meglévő kapacitás nagyobb kihasználtság mellett működhetett. Orosháza kereskedelmi szálláshely-kínálata Gyopárosfürdőn koncentrálódik, a menynyiségi és a minőségi fejlesztés némileg késve, néhány évvel az élményfürdő megnyitása után realizálódott. Ma a fürdő vendégei a magasabb kategóriában egy 4 csillagos (Hotel Corvus Aqua) és két 3 csillagos (Hotel Napsugár, Gyopár Club Hotel) szállodát tudnak igénybe venni. 2009-ben a vendégek átlagos tartózkodási ideje 2,3 vendégéjszaka volt, a forgalom döntő többségét (80%) a belföldiek tették ki az orosházi kereskedelmi szálláshelyeken.

Gyopárosfürdő Orosháza városközpontjától 3 km távolságra helyezkedik el, személygépkocsival könnyen elérhető, fizetős és ingyenes parkoló egyaránt rendelkezésre áll (gyalogosan rendkívül problematikusán, helyi járatú tömegközlekedéssel egyes napszakokban csak hosszadalmas várakozást követően, vasúton az Orosháza-Szentes vonalon mindössze napi 3 járatral közelíthető meg). A 32 ezer fős település centrumában nem észlelhető a fürdővárosi milió (Michalkó–Rátz 2010), sokkal inkább egy klasszikus ipari-mezőgazdasági profilú dél-alföldi középváros (Csapó 2005) hangulatát élhetik át az odalátogatók. Orosháza centrumában sem a kiskereskedelmi, sem a vendéglátó-ipari kínálaton nem érződik, hogy a vállalkozók különös hangsúlyt helyeznének a turistaforgalom kiaknázására. A fürdőhöz köthető fejlesztések leginkább az egykor laktanyákkal övezett, Gyopárosfürdőn keresztül vezető út mentén és közvetlenül a létesítmény környékén jelentkeznek. A díszkandeláberek, az új és megújult szállodakomplexumok, a hosszú ideje

kihasználatlanul álló kávéház impozáns épülete és a megszépülő nyaralók jelezik a fürdő környezetében végbemenő kedvező változásokat.

A turizmus hatása az orosháziak életminőségére

Orosháza lakosságának szubjektív életminőségére, illetve a turistaforgalom arra gyakorolt hatására vonatkozó mutatókat a Központi Statisztikai Hivatal által 2007-ben 11 500 magyarországi háztartásban végzett reprezentatív felmérés eredményeihez hasonlítjuk. Mivel a vizsgálatunk első harmadában a KSH kérdőívében szereplő kérdéseket alkalmaztuk, így az elemzésünk tárgyát képező probléma kapcsán az orosházi eredmények összevethetők az országos és a megyei mutatókkal (2. táblázat).

2. táblázat A turizmus és a szubjektív életminőség kapcsolatának tényezői Orosházán (1–5 skálán), 2010

<i>Tényező</i>	<i>Magyarország*</i>	<i>Békés megye*</i>	<i>Orosháza**</i>
Önmaga boldogsága	3,32	3,31	3,64
A turizmus fontossága lakóhelye életében	2,16	2,09	3,03
Lakóhely turizmusának közérzet-befolyásoló hatása	3,15	3,15	3,61
A turizmussal kapcsolatos munka- és üzleti lehetőségek személyes kihasználása	1,48	1,40	1,76

Forrás: *KSH (n=11 500), **Saját felmérés (n=500)

Orosházán az országos és a békés megyei átlagnál boldogabb, önmaguk addigi életével elégedettebb emberek élnek. A megkérdezettek az 1–5 skálán 3,64-re értékelték saját boldogságuk fokát. A pozitív eltéréshez feltehetően hozzájárul a városi környezet és az azzal összefüggő magasabb szintű szolgáltatások (pl. középiskola, kórház, hipermarket) igénybevételének lehetősége is. Az orosháziak észlelik a turistaforgalom településük életében betöltött jelentőségét, az 1–5 skálán az országos és a békés megyei átlagnál lényegesen magasabb értéket (3,03) rendeltek a vizsgált tényezőhöz. Ezzel összefüggésben a lakókörnyezetben megjelenő turizmus az országos és a békés megyei átlagnál kedvezőbben befolyásolja az orosháziak közérzetét (3,61). Ugyanakkor a turizmus kínálta munkahelyeken történő elhelyezkedéshez, illetve a vendégek keresletére épülő üzleti lehetőségek kihasználásához jóval alacsonyabb értéket rendeltek az orosházi lakosok: habár az országos és a békés megyei átlag feletti értéket kaptunk, az eredmény (1,76) azt jelzi, hogy az Orosházán megjelenő

vendégforgalom csak minimális mértékben serkenti a helyi lakosság foglalkoztatását, illetve kínál üzleti lehetőséget a vállalkozóknak.

Kereszttablás elemzésünk rámutatott arra, hogy azon orosháziak körében, akiknek közérzetét inkább kedvezően (1–5 skála 4–5 értékei összevonva) befolyásolja a turizmus, az átlagnál (58,5%) magasabb arányban (70,5%) találkozzhatunk inkább boldognak (1–5 skála 4–5 értékei összevonva) nevezhető emberekkel. Az orosházi turistaforgalom kihasználásának mértéke is összefüggésbe hozható a boldogsággal: azok között, akik valamennyire a maguk javára tudják fordítani a városba látogatók generálta keresletet, az átlagnál magasabb arányban élnek inkább boldog emberek (66%).

A fürdő szerepe Orosháza életében

2004. május 1-je mérföldkönek számít Gyopárosfürdő turizmustörténetében. Ezen a napon nyílt meg az élményfürdő, amely vitathatatlanul új dimenziót képviselt a fejlesztések tekintetében. Egy olyan létesítménnyel gazdagodott Orosháza egészségturisztikai kínálata, amely képes volt új és újabb beruházásokat generálni. A szálloda- és vendéglátóiparban jelentkező változásokon (új egységek létrehozása, a régiék minőségének emelése) túlmenően a szakképzett munkaerőt biztosító felsőoktatás (Kodolányi János Főiskola Orosházi Regionális Oktatási Központja) is a fürdő közelébe települt és Gyopárosfürdő környezete is megszépült.

Az orosháziak – Gyopárosfürdő városközponttól való távolabbi fekvése ellenére – személyesen, illetve a helyi média útján nyomon követhették az élményfürdő átadásával összefüggő beruházásokat, maguk is megtapasztalhatták a megnyitást követő változásokat. Elenyésző azon megkérdezettek aránya (5,2%), akik egyáltalán nem észlelték a fürdő 2004-ben történt korszerűsítése óta bekövetkező változásokat. Amíg a megkérdezettek 17,3%-a alig, 39,9%-a pedig közepesen észlelhető változásokról nyilatkozott, addig 33,5% jelentős, 4% kiemelkedő minősítéssel illetve a fürdő generálta fejlődés észlelhetőségét. Orosháza lakossága megosztott az élményfürdő megnyitását követő fejlesztéseknek a település életében megjelenő visszatükröződése tekintetében. Szignifikánsan magasabb azon csoporthoz tartozók aránya, akik inkább észlelhetőnek nevezték a változásokat.

A fürdőfejlesztés közvetlenül és közvetetten is képes befolyásolni Orosháza mindennapi életét. Szerepe a helyi gazdaságban, társadalomban, a település működésében egyaránt jelentkezik. A megkérdezetteknek egy 15 tényezőtől álló listát kellett elemenként 1–5 skálán értékelni (1=egyáltalán nem jellemző; 5=kiemelkedő mértékben jellemző). A tanulmány terjedelmi korlátaira való tekintettel a 3. táblázatban csak azokat a tényezőket emeltük ki, amelyek az

3. táblázat A fürdőfejlesztés hozadéka Orosháza számára a megkérdezettek százalékában (50%<)

Inkább nem jellemző (a skála 1–2 értékeit megjelölők)	
Nő a munkalehetőségek száma	63,0
Az emberek szívesen költöznek Orosházára	56,1
Javult a településen belüli tömegközlekedés helyzete	53,8
Javult a lakosság életminősége	51,8
Inkább jellemző (a skála 4–5 értékeit megjelölők)	
Jobb körülmények között lehet fürdőzni, strandolni	70,9
Orosháza neve ismertté válik	56,7
Több turista érkezik a városba	52,0

Forrás: Saját felmérés (n=500)

összevont szélső értékek (1–2=inkább nem jellemző; 4–5=inkább jellemző) vonatkozásában elérték, illetve meghaladták az összes válaszadó 50%-át.

A 2004-ben átadott élményfürdő a megkérdezettek többségének véleménye alapján nem járult hozzá az orosházi munkahelyek számának növekedéséhez (63,0%), nem serkentett másokat arra, hogy a városba költözzenek (56,1%), nem javította a településen belüli tömegközlekedés helyzetét (53,8%) és a kutatás fókuszában álló életminőség vonatkozásában sem hozott kedvező változásokat (51,8%). Ellenben a megkérdezettek többsége elismeri, hogy a korábbiakhoz képest jobb körülmények között lehet fürdőzni, strandolni a városban (70,9%), belátja, hogy az élményfürdő hírnevet hozott Orosházának (56,7%) és növelte az oda érkező turisták számát (52,0%).

A fürdővel kapcsolatos attitűdök, a róla való gondolkodás kihat a létesítmény orosháziak általi kihasználására és az azzal közvetve vagy közvetlenül összefüggő fejlesztések lakossági támogatására, befolyásolja az egyén és a közösség közérzetét. A megkérdezetteknek egy 10 állítást tartalmazó listát kellett egyenként 1–5 skálán értékelni (1=egyáltalán nem ért egyet; 5=teljes mértékben egyetért). A tanulmány terjedelmi korlátaira való tekintettel a 4. táblázatban

4. táblázat A fürdővel kapcsolatos attitűdök az orosházi megkérdezettek százalékában (50%<)

Inkább nem ért egyet (a skála 1–2 értékeit megjelölők)	
Amióta megnyílt a fürdő, valahogy jobb a közérzetem	66,2
Az orosháziak egészségesebbek a megye lakosainál	66,2
A fürdőnek köszönhetően jobbak az életkörülmények	61,0
A fürdő elsősorban az orosházi lakosok igényeit szolgálja	56,2
Inkább egyet ért (a skála 4–5 értékeit megjelölők)	
A fürdő elsősorban az ide látogató turisták igényeit szolgálja	50,8

Forrás: Saját felmérés (n=500)

csak azokat az állításokat emeltük ki, amelyek az összevont szélső értékek (1–2=inkább nem ért egyet; 4–5=inkább egyetért) vonatkozásában elérték, illetve meghaladták az összes válaszadó 50%-át.

Az orosházi fürdő a megkérdezettek többségének véleménye alapján nincs kedvező hatással saját közérzetükre (66,2%), részben ezzel összefüggésben nem érzik magukat egészségesebbnek a megye többi lakosánál (66,2%). Álláspontjuk szerint a fürdő nem változtatott az orosházi életkörülményeken (61,0%), megnyitása sokkal inkább a turisták, mintsem a helyiek igényeinek kielégítését szolgálta (56,2%).

A fürdő igénybevétele

A Széchenyi-tervhez kötődő magyarországi gyógyfürdő-fejlesztés egyik sajátossága, hogy olyan településeken is jelentős kapacitásbővülést generált, amelyeken a helyi és a térségben élő lakosság kereslete (népességszám, anyagi helyzet, igény stb.) az elvárt mértékű turistaforgalom elmaradása esetén nem képes a létesítmény gazdaságos működtetését biztosítani. Ebből a szempontból elengedhetetlenek tartottuk az orosháziak fürdőlátogatási szokásainak a feltárását. Ezzel párhuzamosan keresztábrák segítségével vizsgáltuk a fürdőlátogatás és az életminőség közötti összefüggéseket.

A megkérdezettek 84%-a a fürdő 2004. évi megnyitása óta legalább egy alkalommal felkereste a létesítményt. A fürdőben nem járt orosháziak (16%) többsége a szolgáltatások magas árszínvonalával indokolta a látogatás elmaradását⁴. Orosháza fürdőlátogató lakossága szezonálisan eltérő gyakorisággal használja a létesítményt (5. táblázat). A május–szeptemberhez (3,3%) képest szignifikánsabb magasabb az október–április időszakban (34,1%) távolmaradók aránya. A nyári időszakban intenzívebb a helyiek fürdőhasználata, amíg május–szeptemberben az érintett megkérdezettek 31,1%-a legalább havonta egyszer ellátogat a létesítménybe, addig ehhez a gyakorisági kategóriához tartozó megoszlási mutató az október–április időszakban 10,1%-ra esik vissza. Abból, hogy a havi és a havinál intenzívebb látogatások megoszlási mutatója minden gyakorisági kategóriában a nyári szezonban mutat magasabb értéket, arra következtethetünk, hogy az orosháziak is a kedvező időjárási feltételekhez kötik a fürdő használatát.

Az életminőség és a fürdőlátogatási szokások kapcsolatának feltárása érdekében minden egyes gyakorisági kategória esetében megvizsgáltuk, hogy mek-

⁴ 2010-ben az Orosházán állandó lakcímmel rendelkezők 50%-os kedvezménnyel vehették igénybe az élményfürdő, a termálfürdő és a szauna-park szolgáltatásait.

5. táblázat A fürdő látogatásának gyakorisága és a boldogság összefüggése a fürdőt felkereső orosházi megkérdezettek között (%)

Gyakoriság	Szezonban (május–szeptember)		Szezonon kívül (október–április)	
	Összesen	Inkább boldogok	Összesen	Inkább boldogok
Soha	3,3	28,6	34,1	58,2
Félévente egyszer	23,7	59,2	32,0	57,9
Két-három havonta	20,3	60,7	18,5	72,4
Havonta egyszer	31,1	68,2	10,1	76,2
Hetente egyszer	12,0	68,0	3,6	80,0
Két-három naponta	6,7	75,0	0,7	100,0
Naponta	2,9	58,3	1,0	50,0

Forrás: Saját felmérés (n=500)

kora arányú az 1–5 skálán a 4–5 értéket megjelölők, tehát az inkább boldognak nevezhetők aránya (az összes megkérdezett 58,5%-a sorolta magát az „inkább boldog” kategóriába). Akár a nyári, akár a téli szezont vizsgáljuk, a legalább két-három havonta és a két-három naponta gyakorisági intervallumba eső látogatások kivétel nélkül hozzájárulnak a boldogság fokozásához. Azonban ha a fürdő igénybevétele napi rutinná válik, már nem mutatható ki a látogatás életminőség-növelő szerepe. Figyelemre méltó, hogy szezonon kívül az idézett gyakorisági intervallumon belül minden esetben magasabb boldogság-értéket mértünk, ez a fürdőnek a téli rossz hangulat oldásában játszott funkciójával magyarázható. Tekintettel az elemzéshez használt keresztábra egyes celláiba eső alacsony elemszámra, messzemenő következtetést ugyan nem vonhatunk le a vizsgált probléma vonatkozásában, azt azonban megállapíthatjuk, hogy az intenzív fürdőfogyasztás hozzájárul az életminőség javulásához.

Ahogy a Széchenyi-terv támogatásával épített, illetve korszerűsített fürdők többsége, úgy az orosházi is többfunkciós, generációkon átívelő szolgáltatásokat nyújtó létesítmény. Az élményfürdőhöz és a gyógyfürdőhöz egyaránt tartoznak belső és külső medencék, ezek egy része télen is üzemel, a parkfürdőt alkotó medencéket azonban csak nyáron töltik fel vízzel. A fürdő egész évben a szolgáltatások igen széles skáláját kínálja a látogatóknak, a létesítmény koncepciója szerint minden korosztály megtalálhatja a szükségleteit kielégítő részlegeket, de azok egymás mellett, egymás különösebb zavarása nélkül is igénybe vehetők.

A létesítmény részlegei/szolgáltatásai közül a szabadtéri parkfürdő (71,4%), az élményfürdő (68,7%) és a szabadtéri úszómedence (52,3%) a legkeresettebbek, ezeket a fürdőfogyasztó orosháziak legalább fele igénybe szokta venni (6. táblázat). A helyiek a fürdő gyógyászati részlegét már sokkal ritkábban

6. táblázat A fürdő szolgáltatásainak igénybevétele és kiemelt korcsoportonkénti felülreprezentáltsága az orosháziak körében (%)

<i>Szolgáltatás</i>	<i>Lakosság összesen</i>	<i>Korcsoport</i>
<i>18–24 év</i>		
Szabadtéri parkfürdő	71,4	82,8
Élményfürdő	68,7	82,8
Úszómedence (szabadtéri)	52,3	68,0
Szauna-park	43,5	59,0
Vízi bicikli	13,7	21,3
Fitness terem	6,8	13,9
Szolárium	6,5	10,7
Csónakázás	3,8	5,7
Teniszpálya	2,9	5,7
<i>25–44 év</i>		
Vendéglátás	44,6	57,4
<i>45–64 év</i>		
Kozmetika	2,7	3,7
<i>65 év és felette</i>		
Gyógyfürdő	24,9	47,4
Masszázs	11,3	18,4
Gyógytorna	7,2	21,0
Hidromasszázs	5,4	7,9
Kádfürdő	3,4	13,5
Szénsavfürdő	2,5	7,8
Súlyfürdő	2,3	5,3
Fodrászat	1,4	2,6

Forrás: Saját felmérés (n=500)

látogatják, a gyógyfürdőt mindössze 24,9%-uk veszi igénybe. Akár a szépségápolás (pl. szolárium, fodrászat), akár a gyógyászat (pl. masszázs) területét vizsgáljuk, az úgynevezett kiegészítő szolgáltatások iránti érdeklődés meglehetősen alacsony mértékű.

Annak ellenére, hogy a létesítmény törekszik a többgenerációs fürdőtől elvárható igények széleskörű kielégítésére, az egyes szolgáltatások használatában markánsan megjelennek a korszpecifikus sajátosságok. Ha megvizsgáljuk, hogy egy szolgáltatás igénybevétele kapcsán melyik generáció tekinthető a leginkább felülreprezentáltnak, akkor a legfiatalabb (18–24 év) és a legidősebb (65 év és felette) korosztály azonosítható a fürdő legtöbb kínálati elemét igénybe vevő, vezető keresletű szegmensként. Amíg a 18–24 évesek körében a szabadidős és a wellness szolgáltatások fogyasztása tekintetében mutatható ki jelentős felülreprezentáltság, addig a 65 éves és az a feletteiek esetében egy-

értelműen a gyógyászati kínálat igénybevételében van domináns jelenlét. Ezzel szorosan összefügg az a tény, hogy a fürdőlátogató orosháziak 27,8%-a igénybe vett már társadalombiztosítási támogatásra felírt szolgáltatást a létesítményben, a 18–24 éves korosztály 18,0%-a, a 65 év és a felettiiek 54,8%-a kapott a kezelőorvosától beutalót.

Következtetések

A hazai egészségturizmus és az életminőség kapcsolatának feltárása érdekében – az országos, döntően a turista szemszögéből közelítő vizsgálatokat követően – az MTA Földrajztudományi Kutatóintézet és a Kodolányi János Főiskola együttműködésében elsőként sikerült egy fürdőváros lakosságára vonatkozó sokoldalú elemzést megvalósítani. Az Orosházán lebonyolított kérdőíves felmérés felszínre hozta a helyi lakosság és a turizmus viszonyának sajátosságait, a közérzetre és a boldogságra gyakorolt hatásait, a Széchenyi-terv támogatásából megvalósult fürdőfejlesztéssel kapcsolatos attitűdöket, véleményeket, valamint az egészségturisztikai létesítmény igénybevételének jellemzőit és az abból fakadó életminőségbeli aspektusokat.

Az Orosházán található gyopárosfürdői komplexum 2004. évi megnyitása a turisztikai keresletre és a kínálatra egyaránt élénkítő hatással volt, a kedvező változásokat a gazdasági válság következményei azonban lassították. A fürdő megnyitását követően új szállodaberuházások indultak, megnyílt a város első 4 csillagos háza, összességében növekedett a kereskedelmi szálláshelyeken található férőhelyek és vendégéjszakák száma. Az Orosháza centrumától 3 kilométerre fekvő Gyopárosfürdőn lezajlott infrastrukturális fejlesztések – a településrész periférikus fekvésére, az egészségturisztikai beruházások vélhetően alacsony mértékű gazdaságserkentő és munkahelyteremtő hatására és a létesítmény helyiek által történő szerény igénybevételére visszavezethetően – kevésbé befolyásolják az orosháziak életminőségét.

Az orosháziak tisztában vannak azzal, hogy a Gyopárosfürdő generálta turistaforgalom érdemi szerepet játszik a dél-alföldi város életében, azonban mindez csak kevesek közérzetét javítja, illetve elenyésző a kereslet nyújtotta előnyöket valamilyen módon kihasználók száma. Azok között azonban, akiknek közérzetét kedvezően befolyásolja a turisták jelenléte, vagy a vendégek fogyasztását képesek a maguk javára fordítani, több boldog emberrel találkozhatunk. Ezek a tények egyrészt alátámasztják az országos felmérések eredményeit, másrészt rávilágítanak arra, hogy Orosháza a helyiek köztudatában ugyan fürdővárosként él, azonban ennek kevés hozadéka van a mindennapjaikra és az életminőségükre nézve.

A fürdő az orosháziak a turistákhoz hasonlóan elsősorban a nyári főszezonban hasznosítják, kisebb mértékben élnek a kevésbé zsúfolt téli időszak nyújtotta előnyökkel. A fürdő rendszeresen, de nem napi gyakorisággal felkeresők között magasabb a boldog emberek aránya. A fürdő szabadidős és wellness funkciója korosztályi használatát tekintve markánsan elkülönül a gyógyászati funkciójától, előbbi a legfiatalabb felnőtt generáció, utóbbit pedig a legidősebbek hasznosítják.

Orosháza azok közé a fürdővárosok közé tartozik, ahol a fürdőkomplexum önmagában nem tudta az életminőség-növelő hatását az egész településre, a lakosság széles körére kiterjedően megvalósítani. Az a tény, hogy a város hosszú évtizedekig mezőgazdasági és ipari orientációjú volt (ezek a szektorok élték át a legmélyebb krízist a rendszerváltozást követően), meghatározó szerepet játszik a szolgáltatások kívánt mértékű bővülésének elmaradásában, ezzel összefüggésben a fürdő és az életminőség szimbiózisának kibontakozásában. A 2004-ben megindult változások azonban a jövőre vonatkozóan már számos kedvező előjelet mutatnak.

IRODALOM

- ÁGOSTON, L. (szerk.) 2007: *Az életminőség fogalmán túl: elméletek, módszerek és gondolatok az életminőség kapcsán*. DEMOS Magyarország Alapítvány, Budapest.
- ANDORKA, R. 1997: *Bevezetés a szociológiába*. Osiris Kiadó, Budapest.
- BRUNI, L.–PORTA, P. (eds.) *Handbook on the economics of happiness*. Edward Elgar, Cheltenham.
- COSKUN SAMLI, A.–RAHTZ, D.–SIRGY, J. (eds.) 2003: *Advances in quality of life: theory and research*. Kluwer Academy Publisher, Dordrecht.
- CURRAN, L.–WOLMAN, H.–HILL, E.–FURDELL, K. 2006: Economic wellbeing and where we live: accounting for geographical cost-of-living differences in the US. *Urban Studies*. 43. 13. pp. 2443–2466.
- CSAPÓ, T. 2005: *A magyar városok településmorfológiája*. Savaria University Press, Szombathely.
- HANKISS, E.–MANCHIN, GY. 1976: Szempontok az élet „minőségének” szociológiai vizsgálatához. *Valóság*. 19. 6. pp. 20–34.
- KOPP, M.–KOVÁCS, M. (szerk.) 2006: *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- KOPP, M.–PIKÓ, B. 2006: Az egészséggel kapcsolatos életminőség pszichológiai, szociológiai és kulturális dimenziói. In: Kopp, M.–Kovács, M. (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest. pp. 10–19.
- KOPP, M.–SKRABSKI, Á. 2008: Miért alapvető politikai fogalom a társadalom boldogságérzete? *Valóság*. 51. 2. pp. 30–38.
- KOVÁCS, J. 2006: Életminőség a bioetika nézőpontjából: elméleti problémák. In: Kopp, M.–Kovács, M. (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest. pp. 20–23.
- MASLOW, A. 2003: *A lét pszichológiája felé*. Ursus Libris, Budapest.

- MICHALKÓ, G. 2010: *Boldogító utazás: a turizmus és az életminőség kapcsolatának magyarországi vonatkozásai*. MTA Földrajztudományi Kutatóintézet, Budapest.
- MICHALKÓ, G.–RÁTZ, T.–TÓTH, G.–KINCSES, Á. 2009a: A gyógyfürdővel rendelkező magyarországi települések életminőségének vizsgálata. *Területi Statisztika* 12. 2. pp. 170–185.
- MICHALKÓ, G.–RÁTZ, T.–IRIMIÁS, A. 2009b: Health tourism and quality of life in Hungary: some aspects of a complex relationship. In: De Santis G. (a cura di): *Salute e lavoro*. Atti del Nono Seminario Internazionale di Geografia Medica. Edizioni RUX, Perugia pp. 79–90.
- NEMZETI TURIZMUSFEJLESZTÉSI STRATÉGIA (2005–2013) 2005: *Turizmus Bulletin*. 9. Különszám.
- PERDUE, R.–LONG, P.–KANG, Y. 1999: Boomtown tourism and resident quality of life: the marketing of gaming to host community residents. *Journal of Business Research*. 44. 4. pp. 165–177.
- SMITH, M. – PUCZKÓ, L. 2010: *Egészségturizmus: gyógyászat, wellness, holisztika*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- SZVITECZ, Zs. (szerk.) 2002: *Életminőség és egészség*. KSH, Budapest.
- TOMLJENOVIC, R.–FAULKNER, B. 2000: Tourism and older residents in a sunbelt resort. *Annals of Tourism Research*. 27. 1. pp. 93–114.
- ÚTASI, Á. (szerk.) 2006: *A szubjektív életminőség forrásai: biztonság és kapcsolatok*. MTA Politikai Tudományok Intézete, Budapest.

Az egészségügyi turizmus kínálatának területi különbségei Magyarországon a szolgáltatók internetes megjelenései alapján

MICHALKÓ GÁBOR – RÁTZ TAMARA – HINEK MÁTYÁS

Bevezetés

Sopron – az első világháborút lezáró békeszerződés nyújtotta lehetőséggel élve – az 1921 decemberében megtartott népszavazáson úgy döntött, a trianoni határok meghúzását követően Ausztria helyett Magyarországhoz kíván tartozni (L. Nagy 1991). A lélekemelő gesztus ellenére a „leghűségesebb város” a békediktátumot követő évtizedekben is ezer szállal kötődött, kötődik Burgenlandhoz, a szomszédos osztrák tartományhoz (Jankó 2009, Győri–Jankó 2009). Mára a – schengeni övezethez tartozó – határon átívelő kapcsolat egyik szembetűnő és igen jól prosperáló eleme a turizmus, amelyen belül a bevásárló- és a fogászati turizmus a legstabilabb szegmensek (Bertalan et al. 2010). A történet a szocializmusba, de már a vasfüggöny sűrű szövetének foszladozását követő időszakra nyúlik vissza, amikor is az osztrák schilling (konvertibilis fizetőeszköz) Magyarországra áramlásának elősegítése érdekében a pártállam vezetése szemet hunyt a Sopronban zajló „kapitalizálódás” felett (Michalkó 2004). Ennek köszönhetően már a rendszerváltozást megelőző évtizedben virágzott a történelmi város kiskereskedelme, vendéglátóipara, egymás után nyíltak a szépségápolásra szakosodott üzletek, és felütötte a fejét egy addig nem ismert jelenség, a magán fogászati rendelők elszaporodása is (Büntén 2006). A kínálat ilyenén élénkülése mögött elsősorban az Ausztriából érkező kereslet állt, Sopron turisztikai millióje a kedvező ár/érték arányú szolgáltatásokkal karöltve jelentős vonzást gyakorolt Burgenland lakosságára (1. fénykép). A soproni modellt – kisebb nagyobb módosításokkal – más nyugat-magyarországi városok is átvették, közülük az időközben megépült, Budapestet Béccsel összekötő autópálya mentén fekvő Mosonmagyaróvár tekinthető a legsikeresebb versenytársnak.

A bevásárló és a fogászati turizmus szimbiózisában rejlő szinergiákat kihasználó magyarországi városokban a kiskereskedelem fejlesztésével párhuzamosan jelentkezik az úgynevezett egészségügyi szolgáltatások kiszélesítésének, minőségi mutatói növelésének igénye. Amíg a kiskereskedelem tereinek (bevásárló zónák, piacok, sétáló utcák stb.) megteremtésében a helyi önkormányzatok is részt vettek (Nagy 1999), addig az alapellátást meghaladó



1. fénykép. Egy fogászati turizmust szolgáló hirdetés a Sopronba vezető országút mentén.
(Forrás: Michalkó Gábor felvétele)

egészségügyi szolgáltatások (magán rendelők, klinikák stb.) ritkán számíthattak helyi vagy állami támogatásra. A magyarországi egészségügyi szolgáltatók turizmusba történő bekapcsolódása (különösen 1990 előtt) spontán, mindennemű szervezett irányítást nélkülözve zajlott, csupán a 2010. évi kormányváltást követően merült fel az érdemi mértékű állami segítségnyújtás lehetősége. A 2011-ben meghirdetett Új Széchenyi-tervben megfogalmazottak szerint a korábban is kiemelten kezelt egészségturizmus minőségi fejlesztése mellett a kormány jelentős szerepet szán a nem állami/önkormányzati fenntartású egészségügyi szolgáltatók turizmusba történő – az eddigiekhez képest még eredményesebb – bevonásának¹. Ezzel a magyarországi turizmuspolitika igyekszik alkalmazkodni azokhoz a nemzetközi trendekhez, amelyek napjaink turisztikai piacainak működését meghatározzák. A hazai döntéshozók felismerték, hogy az egészségturizmuson belül az egészségügyi turizmus (medical tourism) a legdinamikusabban fejlődő szektor, amely napjainkra világviszonylatban elérte az évi 60 milliárd dolláros forgalmat (Heung et al. 2010). Egyre több fejlődő és közepesen fejlett ország igyekszik a turizmus és

¹ www.ujszechenyiterv.gov.hu

az egészségügy közös metszetét mint piaci rést kihasználni, amely törekvés mögött sok esetben állami támogatás is húzódik (Lautier 2008, Whittaker 2008, Helmy–Travers 2009, Lee 2010, Warf 2010, Yu–Ko 2011).

Az egészségügyi turizmus magyarországi piacának működéséről rendkívül szerény ismeretekkel rendelkezünk, ezzel kapcsolatban hivatalos adatgyűjtések vagy átfogó kutatások nem készültek. Annak érdekében, hogy közelebb kerülhessünk a témához, először a kínálatot térképezzük fel, amelynek során az egészségügyi szolgáltatók internetes hirdetéseit vesszük górcső alá. Abból indultunk ki, hogy azok a külföldiek, akik Magyarországtól távolabb élve kívánnak hazánkban valamilyen egészségügyi szolgáltatást igénybe venni, feltehetően a leggyakoribb információszerzési csatornát, az internetet fogják segítségül hívni (természetesen a rokonok, ismerősök szóbeli ajánlásával párhuzamosan). Ebből kifolyólag minden egészségügyi szolgáltató elemi érdeke, hogy a megcélzott piac által olvasott nyelven hirdesse magát az interneten. A tanulmány 638 magyarországi szolgáltató honlapjából összeállított adatbázisra építve elemzi az egészségügyi turizmus területi és szakmai sajátosságait, külön kitérve az egészségügyi és a turisztikai szolgáltatások kapcsolatára.

Elméleti háttér

Az utóbbi néhány évben az egészségügyi turizmussal foglalkozó szakirodalom területén robbanásszerű változás következett be. Egyrészt a témával foglalkozó publikációk száma többszörösére növekedett, másrészt jelentősen kiszélesedett a legújabb kutatási eredményeket közreadó folyóiratok köre. Mindez annak tanúbizonysága, hogy a vizsgált jelenség mind a turizmussal, mind pedig az egészségüggyel foglalkozó tudományokban új, eddig alig ismert dimenziókat nyitott, amelyek társadalmi-gazdasági relevanciája magas fokú.

Az egészségügyi turizmus a viszonylag letisztult elméleti fogalmak közé sorolható, a legtöbb szerző megegyezik abban, hogy azokat az utazásokat sorolhatjuk ide, amelyek résztvevőinek elsődleges motivációja egy másik állam területén praktizáló orvos által nyújtott kezelések igénybe vétele (Sobo 2009, Lunt–Carrera 2010, Kangas 2010, Whittaker et al. 2010). Az egészségügyi turizmus keretében igénybe vett orvosi kezelések köre tág, de alapvetően a fogászati (Leggat–Kedjarune 2009), a plasztikai sebészeti (Connell 2006, Aizura 2009, Ackerman 2010), a nőgyógyászati (Ye et al. 2010) beavatkozásokhoz kötődő utazások a legjellemzőbbek. A jelenség sajátossága, hogy globális kitekintésben nem különösebben terüleetspecifikus és a gazdasági-társadalmi fejlettség sem jelent egyértelmű előnyt vagy hátrányt az elterjedésében. Mindez azzal áll összefüggésben, hogy a vizsgált turisztikai termék központi elemét képező

vonzerő, történetesen az orvos és annak szakmai tudása meglehetősen mobil. Más egészségügyi turisztikai termékekkel, például a hidrogeológiai adottságokhoz kötődő termálturizmussal összehasonlítva kevésbé helyhez kötődő. Az orvosi tudás egyetemes, az orvostudományt megtestesítő latin nyelvűség és az orvosok nemzetközi kommunikációját lehetővé tevő angol nyelv viszonylag széles körben történő elsajátítása a tanulmányi és a munkavállalási periódusban egyaránt segíti az érintettek mobilitását. A fejlett országok általában magas színvonalú, de drága egészségügyi rendszereket működtetnek, a fejlődő országokban az egészségügyi alapellátás minőségi mutatói rendkívül szerények, de szigetszerűen (egy-egy luxus körülményeket biztosító klinikákon) képesek a fejlett országok szolgáltatóival felvenni a versenyt, természetesen jóval kedvezőbb áron. Mindebből a fenti megállapítás megerősítése következik, az egészségügyi turizmuson belül az egészségügyi turizmus az egyik leginkább globálisnak tekinthető ágazat, így a kutatások mára túlléptek a kezdeti szakaszt jellemző, a kínálatot és az áramlások sajátosságait feltáró narratív megközelítéseken, sokkal inkább a jelenség hordozta összetett problémákra igyekeznek koncentrálni.

Azáltal, hogy a fejlődő, illetve a közepesen fejlett országok is felismerték az egészségügyi turizmusban rejlő lehetőségeket, a turistaáramlás megnövekedett volumene korábban kevesebb figyelmet kapott kérdéseket hozott a felszínre. Ezek közé tartozik például a betegbiztosítás, amely leginkább a fejlett, illetve a közepesen fejlett országokból külföldre utazó állampolgárok orvosi kezelésének a finanszírozási dilemmáit veti fel (Sheaff 1997, Cohen 2010, Kincses 2010). Lényegi kérdéskör a minőségbiztosítás és a fogyasztóvédelem, különösen az utókezelésekkel, az utógondozással összefüggő felelősségvállalás, valamint az orvosi műhibák generálta reklamációk, továbbá a garanciális feltételek nemzetközi jogi szabályozása (Bezruchka 2000, Svantesson 2008, Birch et al. 2010, Jeevan et al. 2011). Nem kevésbé fontosak az úgynevezett etikai kérdések, amelyek például a szervátültetésre, embrió beültetésre vagy spermium, illetve össejt-bank felkeresésére utazókra fókuszálnak (Rhodes–Schiano 2010, Whittaker–Speier 2010). Részben etikai kérdéseket vet fel, részben társadalmi-gazdasági hatásokat érint az egészségügyi turisztikai desztinációkban élő állandó lakosság orvosi ellátásának és a külföldi állampolgárok orvosi kezelését ösztönző állami támogatásoknak az összevetése (Bies–Zacharia 2007, Bauer 2008, Johnston et al. 2010). Az egészségügyi turizmus különös aspektusa a kezeléseket kulturális, nyelvi, etnikai és vallási beágyazottsága, illetve az ezekkel kapcsolatos konfliktusok feltárása (Chambers–McIntosh 2008, Horton–Cole 2011, Moghimehfar–Nasr-Esfahani 2011).

Az egészségügyi turizmus robbanásszerű növekedésének egyik letéteményese az orvosi kezeléseket, a turisztikai szolgáltatásokat, valamint a

desztinációk kiválóságát bemutató marketingkommunikáció. Annak ellenére, hogy az egészségnek meghatározó szerepe van az egyes piacok marketingtevékenységében (különösen a gyógyszeripar hirdetési és az egészséges életmódra nevelő társadalmi marketing révén), a turizmus e területen már kisebb súllyal van jelen (Granzin et al. 1998, Stremersch 2008). Amíg a gyógy- és a wellness szállodák hirdetéseivel televíziós reklámokban és óriásplakátokon is találkozhatunk, addig az orvosi kezelésekre ösztönző marketingkommunikáció a hagyományos média csatornákon már jóval szerényebb mértékű (Crooks et al. 2011). Az orvosi rendelők, a klinikák és a kórházak határokon túlra irányuló üzeneteinek leghatékonyabb továbbítását az internet biztosítja. Az egyes betegségek speciális jellemvonásai, a potenciális turistákkal (betegekkel) való előzetes kapcsolattartás intimitása megköveteli a viszonylag zárt csatornák üzemeltetését, ebből kifolyólag felismerést nyert, hogy az egyes honlapokon elhelyezett széleskörű információ képezheti az egészségügyi turizmusra vonatkozó vizsgálatok adatbázisát (Lunt et al. 2010, Cormany–Baloglu 2011).

Módszer

Annak ellenére, hogy az egészségturizmus a vezető turisztikai termékek egyike Magyarországon, a vele kapcsolatos statisztikai adatok meglehetősen szűk körűek. A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) 2006 óta közli a gyógy- és a wellness szállodák keresletére és kínálatára vonatkozó adatokat, de a gyógyfürdők forgalmának elemzését lehetővé tevő adatgyűjtés csak 2009-ben kezdődött és az adatszolgáltatók „passzív ellenállása” miatt a mai napig nem sikerült a kutatásokhoz elengedhetetlen információkat teljes körűen közzétenni. Ami az egészségügyi turizmust illeti, ez annyira új területe a piacnak, hogy erről semmilyen statisztikai adattal nem rendelkezünk. Egyedül az egészségstatisztikai adatok jelenhetnek kiindulási alapot, de az ÁNTSZ nyilvántartásából csak a rendelők száma (nem az ott ténylegesen praktizáló orvosok létszáma) olvasható ki, az illetékes minisztérium pedig nem követi az orvosok belföldi mobilitását, így nincs naprakész adatbázisa arról, hogy melyik településen pontosan hány orvos tevékenykedik az egyes szakterületek magánrendelőiben.

A rendelkezésre álló adatbázisok ugyan lehetővé teszik az egészségügyi turizmus spekulatív megközelítését, de a valós forgalomra vagy a páciensek elsődleges motivációjára semmi esetre sem következtethetünk belőlük. Jó példa erre az 1 fogorvosra jutó lakónépesség települési szintű elemzése, amely rávilágít a kiegészítő kereslet, történetesen az egészségügyi turizmus potenciális jelenlétére. Ha ugyanis a vizsgált mutató jelentősen az országos átlag alatt van, akkor többek között arra következtethetünk, hogy a helyieken

kívül mások is igénybe veszik az adott egészségügyi szolgáltatást, különben nem lenne rentábilis annak működtetése.

Az 1 fogorvosra jutó lakónépesség számát elemezve megállapítható, hogy a nyugat-dunántúli régió egyes települései rendelkeznek a legkedvezőbb mutatókkal, a gyógyturizmus magyarországi fellegetvárainak számító Hévíz és Bük mellett számos, a magyar-osztrák határ mentén fekvő város, illetve község is rendkívül jól ellátott fogorvosokkal (1. táblázat). Ez nem feltétlenül a helyiek rossz fogazatából fakadó keresletet, sokkal inkább az Ausztriából érkezők igényeinek kielégítését tükrözi. A fogorvosi ellátás mennyiségi mutatóira vonatkozó, 154 települést tartalmazó lista első tíz helyén ott találjuk Budapestet és Szegedet, előbbi fővárosi, utóbbi a magyar-szerb határ mellett fekvő regionális központi szerepkörére visszavezethető nemzetközi funkcióinak köszönheti az előkelő pozícióját. Mindez természetesen spekuláció, az 1. táblázatban közreadott adatok csak kiindulási alapul szolgálnak a magyarországi egészségügyi turizmus területi különbségeinek értékelését hivatott módszertan körvonalazásához.

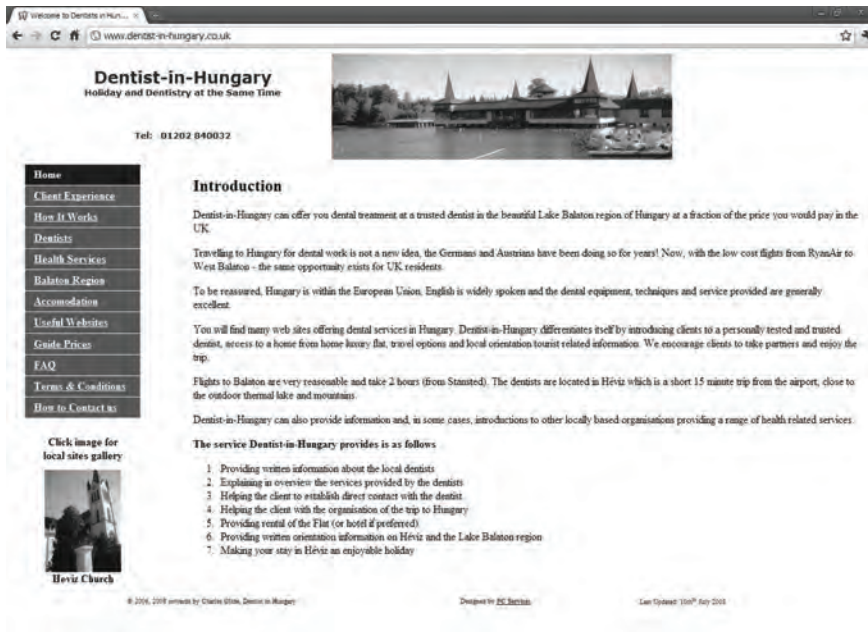
1. táblázat A fogászati turizmus feltételezett szinterei Magyarországon, 2007

Település neve	Fogorvosok száma	Lakónépesség száma	1 fogorvosra jutó lakónépesség száma
Hévíz	18	4464	248
Bük	12	3305	275
Mosonmagyaróvár	73	31071	426
Sopron	128	56869	444
Sé	3	1388	463
Fertőd	7	3402	486
Szentgotthárd	13	9082	699
Szeged	196	163259	833
Budapest	1972	1705309	865
Jánosháza	3	2696	899
Magyarország összesen	4918	10076581	2049

Forrás: Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal

Ha tehát a keresletre vonatkozó, a folyamatok idő- és térbeli összehasonlítására alkalmas adatok nem állnak rendelkezésre, akkor a kínálat oldaláról kell az egészségügyi turizmus magyarországi jellemvonásait feltárni. Adatbázisunk létrehozásánál abból indultunk ki, hogy az egészségügyi szolgáltatók az interneten elérhető honlapjaikon keresztül tudják a potenciális keresletet a leghatékonyabban megszólítani. A honlapokon elhelyezett információ, annak tartalma és grafikai kivitelezése segít a szolgáltatások összehasonlításában, az ár/érték arány megbecsülésében, az előzetes kapcsolatfelvételben. A magyar-

országi egészségügyi szolgáltatók az internetes megjelenésük tekintetében több fajta megoldással is élnek. Egyesek saját, több nyelvű honlapot üzemeltetnek, mások különféle nemzetközi adatbázisokban (szakmai, utazási irodai stb.) szerepelnek, és olyanok is akadnak, akik mindkét lehetőséget kihasználják (1. ábra).



1. ábra A magyarországi fogászati turizmust hirdető honlapok egyike Hévíz gyógyturisztikai kínálatában rejlő szinergiákra épít (Forrás: <http://www.dentist-in-hungary.co.uk/index.htm>)

Annak érdekében, hogy az interneten elérhető magyarországi egészségügyi szolgáltatókról, azok lehetséges turisztikai szerepvállalásáról a lehető legteljesebb, a területi összehasonlításra is alkalmas képet kaphassunk, szakterületenként külön-külön feldolgoztuk az egyes honlapok tartalmát. Az adatgyűjtést a Kodolányi János Főiskola Turizmus Tanszékének hallgatói segítették. A hallgatók feladata az volt, hogy az interneten tetszőleges keresési módszerrel igyekezzenek a lehető legtöbb olyan fogorvos, fogtechnikus, szájszész, sebész, plasztikai sebész, bőrgyógyász, fül-orr-gégész, szemész, urológus, nőgyógyász, kardiológus, onkológus, csontkovács, reumatológus, gyógymasszőr, homeopata, kínai orvoslással foglalkozó és természetgyógyász honlapjára rátalálni, akik Magyarországon praktizálnak, és a honlapjukon elérhető idegen nyelvi lehetőségek alapján külföldieknek is nyújtják, illetve potenciálisan nyújthatják

szolgáltatásaikat. A feladatot kiegészítettük azzal, hogy a honlapokról ki kellett gyűjteni azokat az információkat, amelyek az egészségügyivel párhuzamosan kínált turisztikai szolgáltatásokra utaltak (pl. szálláslehetőség, reptéri transzfer biztosítása, utazásszervezés a paciensek számára stb.). A fellelt honlapok tartalmi információi alapján az adatgyűjtőknek egy Excel táblázatot (adatlapot) kellett kitölteniük. Az adatgyűjtésre 2010. március–május folyamán került sor. Mivel az adatgyűjtést végzők között nem volt kapcsolat, így az adatbázisok között jelentős átfedések jöttek létre. Az ismétlődéseket utólagos adattisztítással szűrtük ki, részben automatizált, részben manuális módszerrel. Az adattisztítást nehezítette, hogy egy-egy komplexebb szolgáltató (például klinika) egyidejűleg sokféle tevékenységgel foglalkozhat, emiatt több, eredetileg egymástól eltérő kezeléseket feltérképező hallgató is megtalálta és rögzítette ugyanazt a szolgáltatót. Az eredetileg több mint 1300 tételt tartalmazó adatbázis a többkörös szűrésnek köszönhetően 638 klinikára, rendelőre, orvosra és egyéb egészségügyi szolgáltatóra redukálódott, amelyek összesen 1028 kezelést kínálnak².

Az adatgyűjtési módszerünket értékelve megállapíthatjuk, hogy nem jutottunk el a kínálat komplett feltérképezéséhez, az összegyűjtött szolgáltatók nem reprezentálják a teljes magyarországi egészségügyi turisztikai piacot. Az idegen nyelvű honlappal is rendelkező szolgáltatók nem minden esetben tekinthetők az egészségügyi turisztikai kínálat egyértelmű részének, az idegen nyelvű megjelenés a nemzetközi internetes trendekhez való igazodás megtestesülése, illetve valamilyen pályázati támogatás, vagy működési engedély feltétele is lehet (különösen a széles spektrumú szolgáltatást nyújtó fővárosi klinikák esetében). A módszertani problémák és az adatbázissal kapcsolatos korlátok ellenére úgy gondoljuk, hogy az összegyűjtött adatok megfelelő színvonalú és mélységű betekintést nyújtanak a magyarországi egészségügyi turizmusban tevékenykedő szolgáltatókról.

Eredmények

A kínálat területi különbségei

A honlapjaikat idegen nyelven is megjelenítő, tehát az turizmusban potenciálisan jelen lévő egészségügyi szolgáltatók működése 2010-ben 76 települést érintett Magyarországon, ez a teljes hazai településállomány töredéke (2. ábra).

² A feldolgozás során azt a logikát követtük, hogy azon szolgáltatók esetében, amelyek a kezeléseket nyújtására több helyszínt is megjelöltek, mindig a legnagyobb, illetve a honlapon elsődlegesen feltüntetett rendelőt rögzítettük az adatbázisban, és ez alapján végzetük el a területi besorolást.

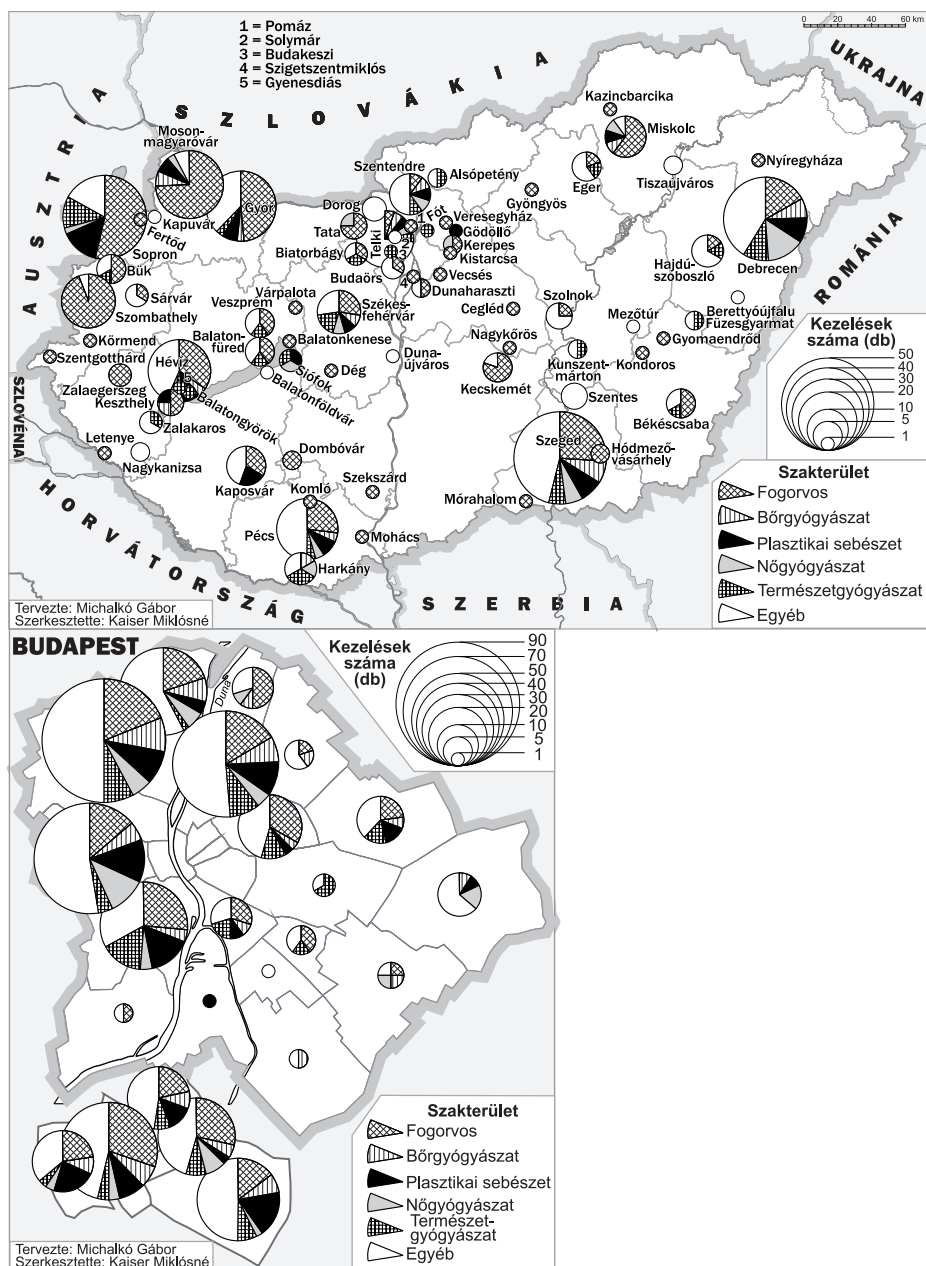
Mivel a kezelések 57%-a Budapesten koncentrálódik, ezért a magyar főváros kínálatát kerületi bontásban elemeztük. A magyarországi egészségügyi turizmusban feltételezhetően érintett szolgáltatók települési sorrendjét tekintve Budapest II. kerülete vezet (90 kezelés), őt a XII. kerület követi (72 kezelés), a képzeletbeli dobogó harmadik helyén a XIII. kerület áll (66 kezelés).

A kínált kezelések száma alapján felállított sorrendben az első tíz település között további budapesti kerületekkel találkozhatunk (V. kerület–56; III. és a XI. kerület–45-45; VIII. kerület–40 kezelés), a vidéki városok közül a dél-alföldi régió magyar-szerb határ mellett fekvő, orvostudományi karral rendelkező központjának, Szegednek (50 kezelés), az észak-alföldi régió székhelyének, ugyancsak az orvosi felsőoktatás vidéki fellegrájának számító Debrecennek (41 kezelés), valamint a magyar-osztrák határ közvetlen közelében elhelyezkedő Sopronnak (41 kezelés) sikerült az abszolút számban legnagyobb kínálatot felvonultatnia.

A vidéki települések közül a Budapest–Bécs autópálya mentén fekvő nyugat-dunántúli régióközpont, Győr (29 kezelés); az ugyanezen autópálya által érintett, de az osztrák határhoz közelebbi Mosonmagyaróvár (27 kezelés); a Dunántúl első számú fürdővárosának számító, a Balatontól néhány pernyi autóútra lévő Hévíz (23 kezelés); a 2010-ben Európa Kulturális Fővárosa címet viselő, orvosképzést folytató dél-dunántúli regionális központ, Pécs (22 kezelés); Magyarország legismertebb magánkórházának helyet adó, a fővárosi szuburbanizációs övezetben fekvő Telki (19 kezelés); az ugyancsak a magyar-osztrák határ szomszédságában fekvő megyeközpont, Szombathely (17 kezelés); a közép-dunántúli régióközpont, Székesfehérvár (11 kezelés) és végül, de nem utolsó sorban a Budapestről kiinduló egynapos turizmus egyik legkedveltebb színtere, Szentendre (10 kezelés), továbbá az észak-magyarországi regionális központ, Miskolc (10 kezelés) érte el az elemzés során alsó küszöbértékként megjelölt 1%-os kínálati szintet.

Az összes kezelést tekintve a fogászat (29,7%), a plasztikai sebészet (8,8%), a természetgyógyászat (8,3%), a bőrgyógyászat (6,0%) és a nőgyógyászat (5,1%) érte el az elemzés során alsó küszöbértékként megjelölt 5%-os arányt, ezeket a szakterületeket a települési szintű vizsgálat során önállóan, a többit az egyéb csoportban összevontan értékeltük³. Figyelemre méltó, hogy miközben

³ Az adatgyűjtés során elsődlegesen az egészségügyi turizmus kereslete szempontjából relevánsnak vélt kezelésekre koncentráltunk, ám a szolgáltatók honlapjainak tartalma és a hallgatók által begyűjtött információtömeg az előre megadott kezeléstípusokhoz képest jóval nagyobb változatosságot mutatott. A nyers adatbázis több mint 200 különféle kezelést, orvosi szolgáltatást, illetve egyéb (esetenként nem feltétlenül orvosi, hanem más, például életminőség-javító beavatkozást) tartalmazott. Mivel ez a nagyfokú változatosság a feldolgozást nagyon megnehezítette volna, standardizálásra volt szükség. A standardizálás során az eredeti változatosságot jelentően redukáltuk, az információvesztés minimalizá-



2. ábra Az egészségügyi szolgáltatók Magyarországon – és azon belül Budapesten – az idegen nyelvű internetes megjelenéseik alapján. Forrás: saját internetes adatgyűjtés

Budapest összesítve vezeti a fogászati kezelések száma alapján felállított települési rangsort (127 kezelés), addig a kerületek ezen a téren önállóan már nem tudták a képzeletbeli dobogó legelőkelőbb helyeit elfoglalni, azokra Sopron (22 kezelés) és Mosonmagyaróvár (20 kezelés) került, az V. és a II. kerület csak a harmadik helyen osztozhatott (17-17 kezelés). Amíg tehát a fogászati kezelések (41,6%) tekintetében Budapest nem játszik domináns szerepet, addig a bőrgyógyászat (69,0%), a plasztikai sebészet (66,0%), a nőgyógyászat (62,0%) és a természetgyógyászat kapcsán (54,0%) a magyar főváros önmagában nagyobb arányt képvisel, mint az összes többi település együttvéve.

A vizsgálatba vont szolgáltatók honlapjainak közel kilenctizede (85,9%) a magyar mellett angolul is elérhető, német nyelven a honlapok majdnem 60%-a tartalmaz információkat, ezt mesze lemaradva követi az olasz (14,9%), a francia (11,0%), az orosz (9,4%), valamint a román nyelven (8,2%) is olvasható honlapok aránya. Ezen felül további nyelveken a honlapok 11,3 %-a érhető el. A nyelvek és a szolgáltatók területi elhelyezkedése között nem észleltünk releváns összefüggéseket.

A turisztikai tartalmú kínálat területi sajátosságai

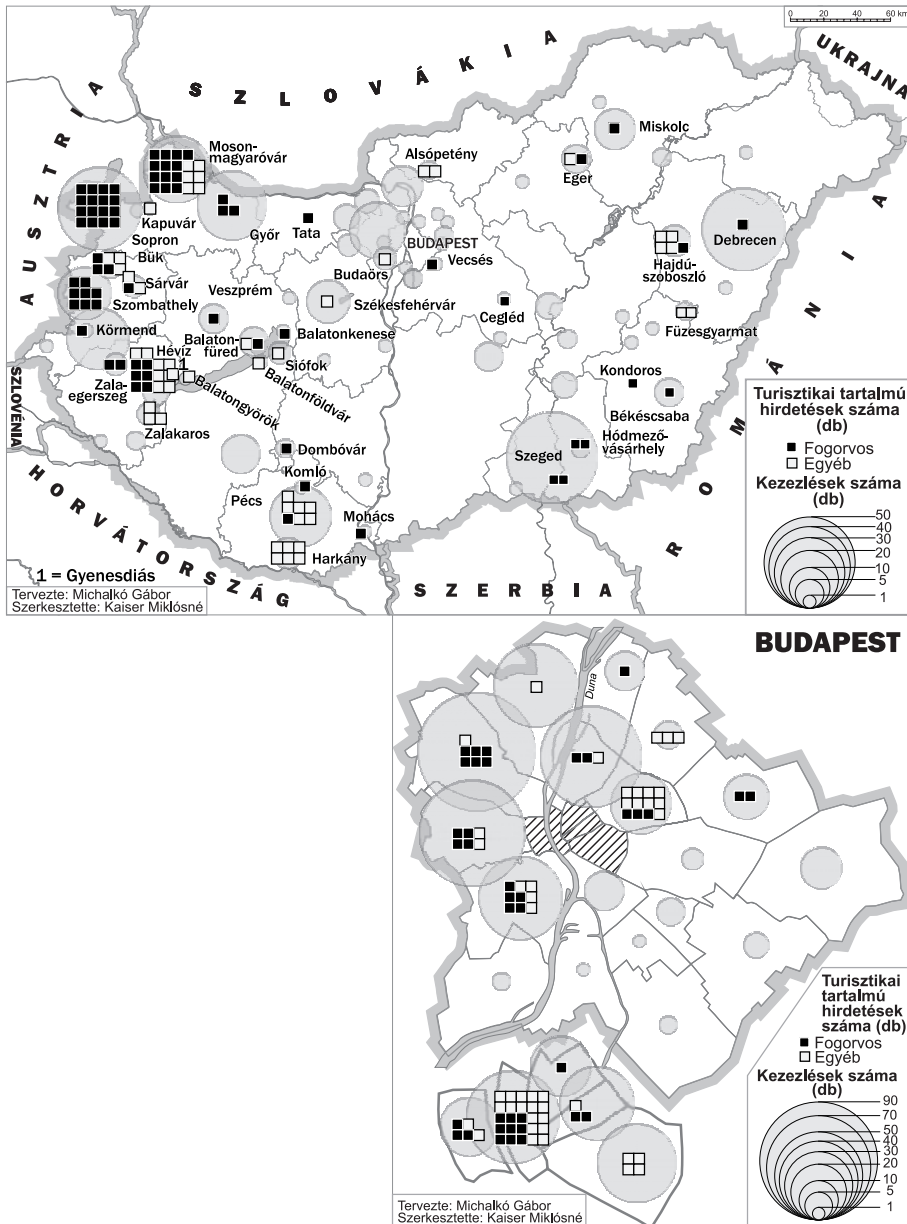
Ahogy arra már az előbbieken utaltunk, a feltérképezett szolgáltatások mindössze potenciális kínálatot jelentenek a magyarországi egészségügyi turizmusban. Ha azonban megvizsgáljuk, hogy az idegen nyelven is elérhető honlapok tulajdonosai közül hányan kínálnak kiegészítő turisztikai szolgáltatásokat is, lényegesen kevesebb a turizmust becsatornázó egészségügyi vállalkozás. Mindössze a vizsgálatba vont kezelések ötödéhez (20,2%) kapcsolódik utalás turisztikai szolgáltatásokra (szállás, vendéglátás, utazásszervezés, repéri transzfer, turisztikai vonzerő stb.). Ezen honlapokon megjelenő kezelések 40%-a budapesti szolgáltatóhoz köthető, közel egyharmada (30,5%) a nyugati határhoz közeli településeken praktizál (pl. Mosonmagyaróvár, Sopron, Szombathely, Győr, Zalaegerszeg), illetve 15%-hoz közelítenek a fürdővárosok (pl. Hévíz, Harkány, Hajdúszoboszló, Bük, Sárvár). Ha ezeket az adatokat összehasonlítjuk az idegen nyelvű honlappal rendelkező egészségügyi szolgáltatók földrajzi megoszlásának arányaival, megállapítható, hogy azok a budapesti kerületek (II., XII.) és vidéki városok (Szeged, Debrecen), amelyek

lása céljából egyrészt megtartottuk a gyűjtés során eredetileg alkalmazott specializációkat, másrészt az összegyűjtött további kezeléseket gyakoriságuk szerint újabb kategóriákba soroltuk. Azok a specializációk, amelyekből túl kevés volt, illetve az olyan szolgáltatók, amelyek esetében nem lehetett pontosan megállapítani, hogy mivel foglalkoznak, az „egyéb” kategóriába kerültek, elsődlegesen tehát ezek körében lépett fel információvesztés.

az idegen nyelven is elérhető orvosi szolgáltatásokat kínáló honlapok számát tekintve előkelő helyen szerepeltek, a kiegészítő turisztikai szolgáltatások kínálatában jelentős lemaradást mutatnak (3. ábra).

Ha az egyes településekre lebontva vizsgáljuk a kiegészítő turisztikai szolgáltatások kínálatát, megfigyelhető, hogy a frekvenciált fürdővárosokban, illetve a nyugati határ közelében fekvő településeken praktizáló orvosok és klinikák az országos átlagnál jóval magasabb arányban nyújtanak turisztikai szolgáltatásokat. Bükön, Sárváron és Zalakaroson kivétel nélkül minden idegen nyelven is elérhető egészségügyi szolgáltató kínál turisztikai szolgáltatást, e tekintetben Hajdúszoboszlón 83%-os, Mosonmagyaróváron 70%-os, Zalaegerszegen 67%-os, Hévízen 61%-os, Szombathelyen 47%-os, Sopronban pedig 39%-os a megoszlás. Ugyanakkor Budapesten a vizsgált vállalkozások mindössze 14%-a kínált az egészségügyi mellett turisztikai szolgáltatásokat is, az idegen nyelven elérhető egészségügyi szolgáltatások tekintetében vezető II. és XII. kerület esetében mindössze 8-8%-os volt a mutató. Ellenben Budapest XVI. és V. kerülete jóval az országos átlag felett teljesített, előbbi 50%-os, utóbbi 45%-os mutatóval.

A kutatási probléma körültekintő feltárása érdekében megvizsgáltuk, hogy mely kezelések esetében, milyen gyakorisággal jelennek meg kiegészítő turisztikai szolgáltatások a kínálatban. A kezeléseket áttekintve megállapítható, hogy az összes fogászati kezelés több mint egyharmadához (35,4%) kapcsolódnak turisztikai szolgáltatás(ok). Mivel az adatbázisba a fogászati szolgáltatások kerültek be legnagyobb gyakorisággal, így a honlapokon elérhető turisztikai szolgáltatások aránya azt jelzi, hogy a fogászati kezelések képviselik a legfontosabb egészségügyi turisztikai terméket Magyarországon (ezt támasztja alá az a tény is, hogy az összes, kezeléshez kapcsolódó turisztikai szolgáltatás 52%-a fogászati kezelés mellett jelenik meg). Szombathelyen a turisztikai szolgáltatást is kínáló kezelések 100%-a fogászati kezeléshez kötődik, ugyanez a mutató Sopronban 75%-os, Mosonmagyaróváron 68%-os, Budapesten 46%-os, Hévízen 43%-os. Figyelemre méltó, hogy a kezeléseket turisztikai ajánlattal párosító települések között igencsak lemaradt Budapest II. kerületében az ott kínált turisztikai szolgáltatások 86%-a fogászati kezelésekre kötődik.



3. ábra A turizmusban érdekelt egészségügyi szolgáltatók Magyarországon – és azon belül Budapesten – az idegen nyelvű internetes megjelenéseik alapján. Forrás: saját internetes adatgyűjtés

Következtetések

A magyarországi egészségügyi turisztikai kínálat mind földrajzilag, mind pedig a kezelések típusait tekintve rendkívül koncentrált, a szolgáltatások 90%-a négy fő szegmensre bontható:

– A kínálat volumene és diverzifikáltsága alapján legfontosabb szerepe Budapestnek van. A magyar fővárosban található az egészségügyi turisztikai kínálat 40%-a. A legtöbb, külföldieket is fogadó bőrgyógyász, plasztikai sebész, nőgyógyász, természetgyógyász és fogorvos Budapesten koncentrálódik. A honlapok tartalmát elemezve megállapítható, hogy a budapesti kínálat jelentősen épít az olcsó és gyors közlekedésre (fapados légitársaságok szerepe), több klinikának és rendelőnek van más európai fővárosban képvisellete (pl. Dublinban, Londonban), amely igen jelentős bizalomnövelő tényező. Jellemző, hogy a budapesti kínálatban nem (illetve nem elsődlegesen) kisebb magánpraxisokról van szó, hanem jól képzett, nyelveket beszélő személyzetet foglalkoztató, és sokszor exkluzív környezet biztosító klinikákról, amelyek egyes esetekben kizárólagosan a külföldi betegek – egészségügyi turisták – igényeinek kielégítésére rendezkedtek be. Míg a magyar főváros nemzetközi turizmusa szempontjából kiemelkedő V. kerületben az egészségügyi szolgáltatásokhoz igen jelentős arányban kötődnek turisztikai ajánlatok is, addig a Budapesten életvitelszerűen tartózkodó külföldi állampolgárok lakóhelyeül szolgáló zöldövezeti II. és XII. kerületben az országos összehasonlításban számottevő orvosi rendelő és klinika alig kínál turisztikai szolgáltatásokat.

– A kínálat fontos szegmensét jelentik Magyarország nyugati határvidékén fekvő városok, elsődlegesen Sopron és Mosonmagyaróvár, de a hozzájuk képest kisebb súlyú Szombathely is ide sorolható, amelyek döntően (de nem kizárólagosan) fogászati beavatkozásokat kínálnak az Ausztriából érkező fizetőképes kereslet számára. Ezek a települések elsősorban határ közeli fekvésükből fakadó jó megközelítésüknek és az Ausztriával az elmúlt évtizedekben kialakult (részben történelmi gyökerekkel rendelkező) társadalmi-gazdasági kapcsolataiknak köszönhetően váltak az egészségügyi turizmus színtereivé. A termék fejlődését az érintett települések bevásárlóturizmusával meglévő szinergiák kihasználása is befolyásolta.

– A kínálat harmadik szegmenséhez a magyarországi fürdővárosok, a jelentősebb nemzetközi forgalmat lebonyolító gyógyfürdőkkel rendelkező települések sorolhatók (Hévíz, Bük, Sárvár, Harkány, Hajdúszoboszló). Ezen települések kínálatának sajátossága, hogy a gyógyvízhez kötődő egészségügyi szolgáltatások (pl. reumatológia, masszázskezelések) mellett vehetők igénybe a fogászati, bőrgyógyászati, plasztikai sebészeti beavatkozások. A fürdővárosok esetében nehéz meghatározni, hogy az orvosi vagy a gyógyvízhez kötődő kezelések jelentik az utazások elsődleges motivációját.

– A negyedik szegmenst azok a határhoz viszonylag közel fekvő regionális központok képviselik (Pécs, Debrecen, Szeged), amelyek egyrészt a magyarországi orvosképzés és általánosságban a vidéki felsőoktatás fellegetvái, így területükön koncentrálnak a Budapesten kívül élő külföldi diákok. Ezek a városok funkciójuknak köszönhetően a globális tőke potenciális fogadóterületei, a nemzetközi cégek leányvállalatainak a magyar fővárostól távolabbi telephelyei is, ahol hosszabb-rövidebb ideig kiküldetésben lévő külföldiek élnek. A nemzetközi diák- és munkaerőmobilitásban résztvevő külföldiek mellett a határon túl élő, magyar kötődésű kisebbségek is igénybe veszik a regionális központokban található egészségügyi szolgáltatásokat.

Közismert, hogy a külföldi állampolgárok számára nyújtott magyarországi egészségügyi szolgáltatások legfontosabb vonzereje az ár (Földvári 2000, Vértessy 2006, Szűts 2010). A honlapok tanúsága szerint azonban az elmúlt időszakban robbanásszerű fejlődés figyelhető meg a szolgáltatók kínálatának minőségi jellemzőit tekintve is. Az utóbbi években Budapesten és a nyugati határvidék egyes városaiban exkluzív környezetet magas színvonalú ellátással kombináló fogászati és plasztikai sebészeti kezeléseket nyújtó magánklinikák létesültek, amelyek a differenciált kínálatot széleskörű kiegészítő turisztikai szolgáltatásokkal párosítják. A honlapokról összegyűjtött információk arra utalnak, hogy a magyarországi egészségügyi turizmus további szignifikáns növekedés előtt áll, amennyiben a kínálat meg tudja őrizni a kedvező ár-érték arányából fakadó versenyképességét. Az interneten elérhető kínálat elemzése arra mutatott rá, hogy Magyarország elsősorban fogászati „nagyhatalom”, amelynek oka a kezelések jellemzőiben is keresendő. A fogorvosi kezelések többsége csak kevésbé invazív beavatkozás, még az implantológiai eljárás is az egynapos sebészet kategóriájába tartozik, ami elősegíti az egészségügyi turizmus további fejlődést ebben a szegmensben. Várhatóan gyorsan fog fejlődni a külföldiek által igénybe vett plasztikai sebészeti, szépészeti, kozmetikai beavatkozások szegmense is, elsődlegesen szintén a már említett árelőnyök miatt. A kutatás eredményei ugyanakkor arra utalnak, hogy a Magyarországon hagyományosnak tekinthető, a gyógyvizek környezetében koncentrálódó balneoterápiás, fizioterápiás szegmens fejlődése, és vélhetően a külföldiek ezen kezelésekre iránti érdeklődése nem fog olyan gyorsan nőni, mint a fogászati vagy a plasztikai sebészeti kezelésekre.

A kutatás legfontosabb következtetése, hogy Magyarország az egészségügyi turizmus területén jelentős potenciállal rendelkezik. A többé-kevésbé spontán fejlődés eredményeként létrejött fogászati turizmusban Magyarország már most is Európa egyik legjelentősebb desztinációja. A versenyképesség megőrzése, illetve fokozása érdekében célszerű megfogalmazni, majd végrehajta-

ni egy olyan állami (turizmus)fejlesztési politikát, amelynek támogatásával Magyarország növekvő mértékben válik képessé kiaknázni az egészségügyi turizmusban rejlő lehetőségeket. A nemzetközi trendeket tekintve a potenciális piac nagy, és az elkövetkező években gyors bővülése várható.

IRODALOM

- ACKERMAN, S. 2010: Plastic Paradise: Transforming Bodies and Selves in Costa Rica's Cosmetic Surgery Tourism Industry. *Medical Anthropology*. 29. 4. pp. 403–423.
- AIZURA, A. 2009: Where Health and Beauty Meet: Femininity and Racialization in Thai Cosmetic Surgery Clinics. *Asian Studies Review*. 33. pp. 303–317.
- BAUER, I. 2008: The health impact of tourism on local and indigenous populations in resource-poor countries. *Travel Medicine and Infectious Disease*. 6. pp. 276–291.
- BERTALAN L.–JANKÓ F.–NAGY M.–PRESITS A. 2010: A kiskereskedelem területhasználatának változása Győrben és Sopronban : a bevásárlóközpontok hatása a belvárosi kereskedelemre. In: FÁBIÁN A.–LUKÁCS A. (szerk.) *Párbeszéd és együttműködés: Területfejlesztési Szabadegyetem, 2006–2010*. Nyugat-Magyarországi Egyetem Kiadó, Sopron. pp. 389–404.
- BEZRUCHKA, S. 2000: Medical Tourism as Medical Harm to the Third World: Why? For Whom?. *Wilderness and Environmental Medicine*. 11. pp. 77–78.
- BIES, W.–ZACHARIA, L. 2007: Medical tourism: Outsourcing surgery. *Mathematical and Computer Modelling*. 46. pp. 1144–1159.
- BIRCH, D.–VU, L.–KARMALI, S.–STOKLOSSA, C.–SHARMA, A. 2010: Medical tourism in bariatric surgery. *The American Journal of Surgery*. 199. pp. 604–608.
- BÜNTEK, K. 2006: Dentalturizmus in Ungarn – Bestandsaufnahme und Perspektiven einer neuen Form des Gesundheitstourismus. *Europa Regionale*. 14. 3. pp. 132–142.
- CHAMBERS, D.–MCINTOSH, B. 2008: Using Authenticity to Achieve Competitive Advantage in Medical Tourism in the English-speaking Caribbean. *Third World Quarterly*. 5. pp. 919–937.
- COHEN, G. 2010: Protecting Patients with Passports: Medical Tourism and the Patient-Protective Argument. *Iowa Law Review*. 95. pp. 1467–1567
- CONNELL, J. 2006: Medical tourism: Sea, sun, sand and ... surgery. *Tourism Management*. 27. pp. 1093–1100.
- CORMANY, D.–BALOGLU, S. 2011: Medical travel facilitator websites: An exploratory study of web page contents and services offered to the prospective medical tourist. *Tourism Management*. 32. pp. 709–716.
- CROOKS, V.–TURNER, L.–SNYDER, J.–JOHNSTON, R.–KINGSBURY, P. 2011: Promoting medical tourism to India: Messages, images, and the marketing of international patient travel. *Social Science and Medicine*. 72. pp. 726–732.
- FÖLDVÁRI Zs. 2000: Osztrák fogturizmus: hídpénzszedők. *Heti Világgazdaság*. 22. 19. pp. 47–51.
- GRANZIN, K.–OLSEN, J.–PAINTER, J. 1998: Marketing to consumer segments using health-promoting lifestyles. *Journal of Retailing and Consumer Services*. 5. 3. pp. 131–141.
- GYÓRI R.–JANKÓ F. 2009: Nyugat-Dunántúl és Burgenland regionális fejlettségi különbségeinek alakulása 1910 és 2001 között. *Soproni Szemle*. 63. 2. pp. 218–238.

- HELMY, E.–TRAVERS, R. 2009: Towards the Development of Egyptian Medical Tourism Sector. *Anatolia: An International Journal of Tourism and Hospitality Research*. 2. pp. 419–439.
- HEUNG, V.–KUCUKUSTA, D.–SONG, H. 2011: Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers. *Tourism Management*. 32. 5. 995–1005.
- HORTON, S.–COLE, S. 2011: Medical Returns: Seeking Health Care in Mexico. *Social Science and Medicine*. 72. 11. 1846–1852.
- JANKÓ, F. (Hrsg.) 2009: *Geographisches Jahrbuch Burgenland* 2009. Band 33. Vereinigung Burgenländischer Geographen, Neutal. 436 p.
- JEEVAN, R.–BIRCH, J.–ARMSTRONG, A. 2011: Travelling abroad for aesthetic surgery: Informing healthcare practitioners and providers while improving patient safety. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*. 64. pp. 143–147.
- JOHNSTON, R.–CROOKS, V.–SNYDER, J.–KINGSBURY, P. 2010: What is known about the effects of medical tourism in destination and departure countries? A scoping review. *International Journal for Equity in Health*. doi:10.1186/1475-9276-9-24
- KANGAS, B. 2010: Traveling for Medical Care in a Global World. *Medical Anthropology*. 29. 4. pp. 344–362.
- KINCSES GY. 2010: A határon átnyúló egészségügyi ellátás perspektívái. *Turizmus Bulletin*. 14. 4. pp. 69–72.
- L. NAGY Zs. 1991: *Magyarország története 1919–1945*. Kossuth Lajos Tudományegyetem, Debrecen. 186 p. (Történelmi Figyelő Könyvek ; 1.)
- LAUTIER, M. 2008: Export of health services from developing countries: the case of Tunisia. *Social Science and Medicine*. 67. pp. 101–110.
- LEE, C. 2010: Health care and tourism: evidence from Singapore. *Tourism Management*. 31. pp. 486–488.
- LEGGAT, P.–KEDJARUNE, U. 2009: Dental health, 'dental tourism' and travellers. *Travel Medicine and Infectious Disease*. 7. pp. 123–124.
- LUNT, N.–HARDEY, M.–MANNION, R. 2010: Nip, Tuck and Click: Medical Tourism and the Emergence of Web-Based Health Information. *The Open Medical Informatics Journal*. 4. pp. 1–11.
- MICHALKÓ G. 2004: *Bevásárlóturizmus*. Kodolányi János Főiskola, Székesfehérvár. 108 p.
- MOGHIMEHFAR, F.–NASR-ESFAHANI, M. 2011: Decisive factors in Medical tourism destination choice: A case study of Isfahan, Iran and fertility treatments. *Tourism Management*. doi:10.1016/j.tourman.2011.01.005.
- NAGY E. 1999: A kereskedelmi ingatlan-fejlesztések néhány sajátossága és térszerkezet-formáló szerepe a kelet-közép-európai városokban. *Alföldi Tanulmányok*. 17. pp. 13–28.
- RHODES, R.–SCHIANO, T. 2010: Transplant Tourism in China: A Tale of Two Transplants. *The American Journal of Bioethics*. 10. 2. pp. 3–11.
- SHEAFF, R. 1997: Healthcare access and mobility between the UK and other European Union states: an 'implementation surplus'. *Health Policy*. 42. pp. 239–253.
- SHETTY, P. 2010: Medical tourism booms in India, but at what cost? *The Lancet* 376. pp. 671–672.
- SOBO, E. 2009: Medical Travel: What It Means, Why It Matters. *Medical Anthropology*. 28. 4. pp. 326–335.
- STREMERSCHE, S. 2008: Health and marketing: The emergence of a new field of research. *International Journal of Research in Marketing*. 25. pp. 229–233.

- SVANTESSON, D. 2008: From the Airport to the Surgery to the Courtroom – Private International Law and Medical Tourism. *Commonwealth Law Bulletin*. 2. pp. 265–276.
- SZŰTS L. 2010: Fogturizmus, az új hungarikum. *Nővér*. 23. 5. pp. 32-39.
- VÉRTESSY P. 2006: Fontért koronát – Brit fogturizmus Magyarországon. *Figyelő*. 50. 32. pp. 44-47.
- WARE, B. 2010: Do You Know the Way to San José? Medical Tourism in Costa Rica. *Journal of Latin American Geography*. 9. pp. 51–66.
- WHITTAKER, A.–MANDERSON, L.–CARTWRIGHT, E. 2010: Patients without Borders: Understanding Medical Travel. *Medical Anthropology*. 29. 4. pp. 336–343.
- WHITTAKER, A.–SPEIER, A. 2010: “Cycling Overseas”: Care, Commodification, and Stratification in Cross-Border Reproductive Travel. *Medical Anthropology*. 29. 4. pp. 363–383.
- WHITTAKER, A. 2008: Pleasure and pain: Medical travel in Asia. *Global Public Health*. 3. pp. 271–290.
- YE, B.–QIU, H.–YUEN, P. 2010: Motivations and experiences of Mainland Chinese medical tourists in Hong Kong. *Tourism Management*. doi:10.1016/j.tourman.2010.09.018.
- YU, J.–KO, T. 2011: A cross-cultural study of perceptions of medical tourism among Chinese, Japanese and Korean tourists in Korea. *Tourism Management*. doi: 10.1016/J.tourman.2011.02.002.

Zárógondolatok

Könyvünk kéziratának nyomdába adása előtti munkálatok időben egybeesnek az eredmények megszületését biztosító OTKA kutatás zárójelentésének elkészítésével. Így a könyv zárógondolatainak megfogalmazásakor kézenfekvőnek tűnt a 2006-ban készített kutatási tervben körvonalazott célkitűzések és az előző oldalakon közreadott eredmények összevetése. Az már elsöre szembeötlő, hogy az eredetileg tervezett 3 helyett 4 év kellett a tervben vállalt kutatási feladatok kivitelezéséhez. Ez egyrészt arra vezethető vissza, hogy időközben felismerést nyert, az elképzeléseinkhez képest nagyobb számú empirikus vizsgálat lefolytatására van szükség, másrészt intenzívebben kell a rendelkezésre álló adatbázisok matematikai-statisztikai módszerekkel történő feldolgozására alapozni. Természetesen az 1 év „hosszabbítás” az alapkutatások velejárója, a mi esetünkben lehetővé tette néhány nem tervezett, de megkerülhetetlen vizsgálat lefolytatását és a jelen kiadvány elkészítését.

Az egészségturizmus és az életminőség magyarországi vonatkozásait feltárni hivatott 4 éves kutatási program, egyben a jelen kiadvány legfontosabb megállapításai a következők:

– Az egészségturizmus globális piaca átalakul, amelynek következtében fokozatosan nő a terápiát és a prevenciót, valamint a legkülönbözőbb sebészeti beavatkozásokat kínáló, a gyógy, a wellness és az úgynevezett egészségügyi turizmusba bekapcsolódó országok száma. A verseny a kereslet minőségi elvárásainak növekedésével és az ár/érték arány előtérbe kerülésével párosul. Az egészségturizmusát hagyományosan a gyógyvizekre építő Magyarországnak ebben a változó arculatú és kiéleződő nemzetközi versenyben kell helytállnia. Hazánknak továbbra is célszerű a páratlan gyógyvízkincsre mint elsődleges vonzerőre építeni, ezzel párhuzamosan a wellness kínálatot elsődleges és másodlagos vonzerőként is megjeleníteni, továbbá egyre nagyobb hangsúlyt helyezni az orvosi beavatkozások piacára. A siker záloga a tudatos marketing-kommunikáció, amelynek tudatosítani kell a potenciális turistában az utazás életminőség-javító szerepét és ezen belül az egészségturisztikai szolgáltatásoknak a fizikai és a mentális állapotra gyakorolt kedvező hatásait.

– Annak ellenére, hogy némi ellentmondás mutatkozik a Központi Statisztikai Hivatal kereskedelmi szálláshelyek forgalmára, illetve a magyar lakosság utazási aktivitására vonatkozó adatbázisaiban található információk között, megállapítható, hogy az egészségturisztikai motivációk (egészségmegőrzés, wellness) meglehetősen szerény szerepet játszanak a több napos magyarországi utazásokban. Ehhez hozzájárul, hogy a magyar társadalom eleve kisebbik hányada vesz részt a környezetváltozással párosuló utazásokban, amely tény önmagában is előrevetíti, hogy alacsony lesz az egészségturisztikai motivációból fakadó életminőség-növelésében érintettek száma. Az egészségmegőrzés céljából történő utazások továbbra is az idősebbek, de kevésbé a

legidősebbek körében tekinthető felülreprezentáltak, amelyhez a felsőfokú végzettség és a jó, illetve nagyon jó anyagi körülmények is hozzájárulnak. Az egészségturisztikai motivációval utazók messze nagyobb arányban vesznek igénybe kereskedelmi szálláshelyeket, különösen szállodákat, mint az átlagos utazók, aki leginkább szíveségi szálláshelyeken és saját ingatlanjaikban töltik az éjszakát. Miközben a magyar társadalom az egészséget saját életének legfontosabb értékeként tekinti, az utazás életminőségre gyakorolt megítélésekor az egészség megőrzését mint a környezetváltozás egyik lehetséges funkcióját már nem helyezi a sorrend élmezőnyébe, ezzel részben összefüggésben az egészségturisták sem tekinthetők a legboldogabb utazóknak. Feltétlenül szélesíteni kell az egészségturisztikai szolgáltatásokhoz való hozzáférés társadalmi bázisát és növelni kell az egészségturizmusnak a közérzetre és a szubjektív jólétre gyakorolt kedvező hatásának tudatosítását.

– A minősített gyógyfürdővel rendelkező települések képezik a magyarországi egészségturizmus legfontosabb kikristályosodási pontjait. A vizsgálat időszakában 53 településen 74 gyógyfürdő működött, amelyek közül csak igen kevés fürdőváros produkált statisztikailag jelentősnek nevezhető forgalmat. A magyarországi egészségturizmus fellegrárai között találjuk a turisztikai termékek széles skáláját felvonultató regionális központokat (a gyógyfürdővel nem rendelkező Székesfehérvár kivételével), a megyeközpontok közül a török korra visszanyúló fürdőkultúrával rendelkező Egert, a monarchia korabeli hangulatot sugárzó Nyíregyházát (Sóstó) és a Tisza-parti Szolnokot. A tipikusnak nevezhető fürdővárosok (Bük, Hajdúszoboszló, Harkány, Hévíz, Sárvár és Zalakaros) mellett a határhoz közeli Sopron, Gyula és Komárom, valamint a vízparti üdülést is biztosító Gárdony és Balatonfüred sorolható a jelentős hazai és nemzetközi vendégforgalmat bonyolító egészségturisztikai települések közé. A dominánsan belföldi forgalmat bonyolító fürdővárosokat inkább Kelet-Magyarországon, a domináns külföldieket kivétel nélkül Nyugat-Magyarországon találjuk. A fürdővárosi rang minden bizonnyal szerepet játszik a települések közigazgatási értelemben vett várossá nyilvánításában, így a 2–3 ezer fős lakónépességű, de jelentős egészségturisztikai vonzerővel rendelkező falvak is várossá válhattak. A fürdővárosi miliót csak nagyon kevés hazai településünkön, azokban is jobbra a fürdölétesítmény környékén lehet tetten érni, a turisztikai milió alig képes önálló vonzerőként megjelenni. A fürdők az üdülőtelepülések kialakulásában is szerényebb szerepet játszottak, a 78-ból mindössze 5 helység (Csokonyavistonta, Gárdony, Harkány, Igal, Zalakaros) esetében találkozhatunk azzal, hogy a fürdő 50% feletti üdülőarányt generált volna a teljes ingatlanállományon belül. A külföldiek előszeretettel vásárolnak ingatlant azokban a fürdővárosokban, illetve azok környékén, amelyekben korábban maguk (rokonaik, ismerőseik) is megfordultak, a Budapesten kívüli fürdővárosokban erős a német dominancia. Tekintettel arra, hogy a magyar állam 2000 után igen jelentős összegű támogatást nyújtott a

fürdők korszerűsítésére, új létesítmények létrehozására, erősíteni kell az ezekre épülő szálláshely-igényes bel- és külföldi vendégforgalmat, az Alföldet és az Észak-Magyarországot erőteljesebben kell pozícionálni a nemzetközi piacon (a turisták számának emelkedése serkenti a szálloda- és vendéglátó-ipari, valamint a kiskereskedelmi munkahelyek bővítését, amely hozzájárul a helyiek életminőségének növeléséhez). A települések fejlesztése során törekedni kell a fürdőt övező városrész miliójének megőrzésére, a történelmi hangulat visszaállítására, amely munkában Balatonfüred és Nyíregyháza feltétlenül élenjáró példa lehet. A vonzó turisztikai milió a helyiek és a vendégek életminőségére egyaránt kedvező hatást gyakorol.

– Miközben Magyarországon az elmúlt évtizedben igen jelentős egészség-turisztikai beruházások valósultak meg, ezek alig gyakoroltak hatást a magyar társadalom életminőségének legfontosabb szegmensére, a lakosság fizikai és mentális egészségi állapotára. Magyarország nemzetközi összehasonlításban rendkívül kedvezőtlen egészségstatisztikai mutatókkal rendelkezik, a lakoságnak igen erős a betegségtudata, lelkiállapotát a negatív gondolatok és érzelmek határozzák meg. A magyar társadalom elméletileg tehát motivált az egészségturizmusban való részvételre, de az anyagi erőforrásai szűkösek, amelyek gátolják abban, hogy a betegségéből a környezetváltozással párosuló élmények szerzésével gyógyuljon fel, vagy egy ilyen utazás során felismerje, hogy célszerűbb a kór kialakulását megelőzni. Az a tény, hogy a magyar társadalom mentális térképén szép számban találkozhatunk egészségturisztikai szolgáltatásokat kínáló célterületekkel (amelyekkel kapcsolatban már nem csekély személyes tapasztalata is van), feltétlenül bizakodásra ad okot. Tehát a marketingkommunikációban talán kevesebb hangsúlyt kell helyezni magára az egészségturisztikai célterületre, sokkal inkább az életformára, az alternatív gyógyulás utazással kombinált módjára kell a társadalom figyelmét ráirányítani. Mindezen folyamatokat erősítheti, hogy a Széchenyi-tervnek köszönhetően jelentősen nőtt azoknak a fürdőlétesítményeknek a száma, amelyekben korszerű körülmények között, szép környezetben tudják az orvosi beutalóval érkezők ellátását biztosítani. A belföldi egészségturisztikai piac élénkítéséhez, a rendkívül jól azonosítható keresleti és a kínálati szegmens egymásra találásához állami, önkormányzati segítségre van szükség. Egyrészt növelni kell a társadalombiztosítási ellátásban részesülő egészségturisták arányát, másrészt a szociális üdültetés támogatásával (üdülési csekk, Széchenyi pihenő kártya stb.) kell a gyógy és wellness szállodák kihasználtságát fokozni.

– A gyógyfürdővel rendelkező települések többsége nem játszik szerepet megyéje turizmusának dinamizálásában. A vizsgált időszakban 50% felett volt azoknak a fürdővárosoknak az aránya, amelyek vendégforgalmában jelentkező növekedés a megyéje átlaga alatt maradt. Ebből arra következtethetünk, hogy az egészségturisztikai vonzerő nem feltétlenül jelent helyzeti előnyt az adott megye más turisztikai attrakciókkal rendelkező településéhez képest. A

Széchenyi-terv keretében fejlesztett gyógyfürdők sok esetben igen kedvezően serkentették a vizsgált települések vendégforgalmi mutatóit, mégsem általánosíthatunk, mivel számos olyan helységgel is találkozhatunk, amely valamilyen oknál fogva nem tudott kellő mértékben profitálni a beruházásból. A Széchenyi-terv beruházásai hozzájárultak az érintett települések gazdaságának élénküléséhez, ugyanakkor a matematikai statisztikai módszerekkel elvégzett elemzés arra enged következtetni, hogy ez gyakran átmeneti volt (2003–2005), különösen igaz ez a legnagyobb összegű beruházásokra. A beruházások hatásai kevésbé a népesség számára vagy a gazdaságilag aktív népesség arányára, sokkal inkább a belföldi migrációra (állandó és ideiglenes vándorlás) hatottak, amelyek 2–3 év alatt felfutottak, majd lecsengtek. A beruházások folyamata tehát erős mobilitást implikált, amely az átadást követően megszűnt. Egy gyógyfürdő tehát önmagában nem jelent garanciát az adott település turizmusának kívánt mértékű élénküléséhez, ahogy a korszerűsítés, felújítás vagy új létesítmények létrehozása sem biztosíték a gazdasági-társadalmi változásokra, különösen nem azok fenntarthatóságára, így az életminőség mutatóinak kedvezőbbre fordulására sem. De feltétlenül lehetőségként kell értelmezni, amely más egyéb tényezőkkel szimbiózisban meghozhatja a várt változásokat. 10 évvel a Széchenyi-terv útjára bocsátását követően nem a fürdő(k), sokkal inkább az arra épülő gyógyászati szolgáltatások, valamint a szálloda- és vendéglátóipar fejlesztésének szükségességét kívánjuk hangsúlyozni.

– A magyarországi egészségturizmus prosperálásának társadalmi hatásai közül a belföldi vándorlás tekinthető a legmarkánsabb jelenségnek. Azok az egészségturisztikai vonzerővel rendelkező települések, amelyek alacsony zártságú index-szel és magas vándorlási mérték index-szel rendelkeznek, nyitottak és mozgékony lakosságúak, ebből kifolyólag könnyebben válnak a beköltözni szándékozók új (egy esetben második) otthonává. Leányfalu, Velence és Zalakaros sorolhatók azon egészségturisztikai vonzerőkkel rendelkező települések sorába, amelyek megfelelnek a turista-migráns niche elmélet kritériumainak, tehát nem csupán általában vett jó helyek, hanem a térbeli mobilitással elérhető objektív és/vagy szubjektív jólétet biztosító helységeknek tekinthetők. A Széchenyi-tervből finanszírozott egészségturisztikai beruházás(ok) volumene és a település turisztikai tradíciói együttesen formálják a mobilitás intenzitását, azon falvak és városok között, amelyek hosszabb ideje eredményesen vesznek részt Magyarország egészségturizmusában és jelentősebb összegű fejlesztéseket valósítottak meg, nagyobb valószínűséggel találkozhatunk élénkebb mobilitási mutatókkal. A nemzetközi összehasonlításban is alacsony mobilitási hajlandóságot mutató magyar társadalom még nem ismerte fel az egészségturisztikai vonzerővel rendelkező települések azon sajátosságait, amelyeket életminőségük javítására fordíthatnának. Az ingatlanvásárlás, a második otthonként funkcionáló lakások vagy házak fürdővárosokban történő tulajdonlása alacsony fokú, amihez gyakran az is hozzájárul, hogy a helyi

lakosság immobilitása következtében kevés az értékesítésre kínált ingatlan. Feltehetően a gazdasági válság kedvezőtlen hatásainak enyhülésével és a jövedelmek várható növekedésével párhuzamosan intenzívebbé válnak az egészségturizmusban érintett települések vándorlási mutatói. A folyamatokat a települések önkormányzatai átfogó stratégiai terv alapján maguk is serkentetik (pl. építési területek kijelölése, lakópark-építés ösztönzése).

– Ahogyan a turizmus életminőségre gyakorolt hatásának mérése is komoly kihívás elé állítja a kutatókat, úgy egy kiemelt és rendkívül bonyolult hatásmechanizmusú turisztikai termék, esetünkben az egészségturizmus jól(l)étet befolyásoló szerepének matematikai-statisztikai számbavétele ugyancsak problematikus. A legnagyobb nehézséget a szubjektív életminőségre vonatkozó mutató objektív adatok szintjén történő előállítását jelenti, mivel utóbbiakra számos hatásmechanizmus hat és az ok-okozati viszonyok is felcserélődhetnek. További kihívásként jelentkezik, hogy az objektív adatok olyan forrásból származzanak, amelyek a jövőben is könnyen elérhetők, így eleget tesznek az indexálás módszertani kritériumának. Mivel a szubjektív életminőséget a kutatások leginkább a személyes mikrokörnyezettel hozzák összefüggésbe, ezért olyan változókból indultunk ki, amelyek egyrészt egyértelműen hatnak az egyén jóllétre és települési szinten megragadhatók. Az általunk eredetileg felállított logisztikus regressziós modellbe szocio-demográfiai és települési dimenziók szerinti bontásban összesen 17, statisztikailag mérhető mutatót vettünk számításba, majd a végleges regressziós modellbe már csak a szocio-demográfiai adatbázisból települési adatokra „átfordított” változókat helyeztünk és a modellben kapott esélyhányadosokkal súlyozást végeztünk. A számítások végeredményeként sikerült lokalizálnunk Magyarország 100 legmagasabb szubjektív életminőséggel rendelkező települését, amelyek többsége Közép-Magyarországon és a dunántúli régiókban fekszik, a Kelet-Magyarországon található boldog falvak és városok aránya jóval alacsonyabb mértékű. A kutatási hipotéziseinket véli alátámasztani, hogy a településállományban meglévő koncentrációk összefüggést mutatnak hazánk kiemelt üdülőkörzeteivel, az első 100 legboldogabb település 71%-ában regisztráltak szálláshelyigényes vendégforgalmat, 16%-a pedig érintett a hazai egészségturizmusban. Miközben azon hipotézisünk általános érvényűségét, miszerint az egészségturisztikai vonzerővel rendelkező településeken élők életminősége magasabb, ezen vizsgálat is cáfolta, ugyanakkor megerősítést nyert, hogy a jelentős szálláshelyigényes vendégforgalmat bonyolító fürdővárosokban élők nagyobb valószínűséggel boldogabbak, mint az egészségturisztikai vonzerőkkel nem rendelkező települések lakossága.

– Az egészségturizmusban érintett települések lakosságának életminőségét – erre a kérdésre vonatkozó, egységes, országos statisztikai adatgyűjtés hiányában – elsősorban az érintett falvakban és városokban lebonyolított kérdőívessel lehet számba venni. Mivel az ilyen vizsgálatok rendkívül költségigényesek,

leghatékonyabban egy-egy településre fókuszáló, célzott felmérésekkel tárhatjuk fel, hogy az ott található egészségturisztikai létesítmény milyen hatással van a helyiek életminőségére, annak működése mennyiben befolyásolja a közérzetüket. Az orosházi lakosság körében elvégzett kérdőíves vizsgálat rámutatott, hogy a helyiek az országos átlagnál elégedettebbnek mondják magukat, közülük is a turizmusban valamilyen mód érintettek/érdekeltek, vagy a fürdővendégek jelenlétét kedvező hatásúnak ítélik a boldogabbak. A település Gyopárosfürdő városrészében 2004-ben a Széchenyi-terv támogatásával megvalósított fürdőberuházás azonban érdemben nem befolyásolta a helyi lakosság életminőségét, nem teremtett kellő számú munkahelyet, nem tette a városba költözést vonzó alternatívává és nem különösebben járult hozzá a településen belüli tömegközlekedés fejlesztéséhez. Azzal az orosháziaiak többsége egyetért, hogy javultak a fürdőzés és a strandolás körülményei, hogy a város neve ismertebbé vált a külvilág számára, mindennek hatására a korábbi évekhez képest több turista érkezik a településre. A milliárdos fürdőfejlesztés a megkérdezettek véleménye szerint sem a helyiek közérzetére, sem az egészségi állapotára, sem az életkörülményeire nem gyakorolt kedvező hatást. A fürdőt rendszeresen látogató orosháziaiak – a gyakoriság függvényében – a boldogabb emberek táborát erősítik. A fürdő igénybevételét tekintve két markáns piaci szegmenst lehetett azonosítani: az élmény- és parkfürdőt hasznosító 18–24 éves korosztályt és a gyógyfürdőt felkereső, valamint a hozzá kapcsolódó egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevő 65 éves és annál idősebb generációt. Orosháza esete alátámasztotta a korábbi, matematikai, statisztikai módszerekkel igazolt megállapításunkat, történetesen a jelentős egészségturisztikai vonzeró és az annak feltárásában, értékesítésében hivatott fürdőkomplexumot érintő kiemelt beruházás önmagában nem feltétlenül járul hozzá a helyi lakosság életminőségének növeléséhez.

– Az egészségügyi turizmus a magyarországi egészségturizmusnak már jelenleg is igen markánsan jelentkező egyik kitörési pontja. Az elsősorban Budapesten, a magyar-osztrák határ mentén elhelyezkedő településeken és a nemzetközi turizmusban szerepet játszó fürdővárosokban már a rendszerváltozást megelőző években spontán fejlődésnek indult az úgynevezett fogászati turizmus, amely napjainkra tudatosan fejlesztett iparaggá vált. Az egészségügyi turizmusban érdekelt hazai vállalkozások honlapjainak elemzése alapján megállapítható, hogy időközben a fogorvosok mellé felzárkóztak a plasztikai sebészek, a természet-, a bőr- és a nőgyógyászok is. A kínálat Budapesten koncentráliódik, e mellett az Ausztriából könnyen elérhető nyugat-magyarországi települések, a magyarországi orvosképzés fellegvárainak tekinthető felsőoktatási centrumok és a gyógyturisztikai vonzeróval rendelkező falvak és városok tekinthetők az egészségügyi turizmus célterületeinek. Az orvosi kezelések mellett turisztikai szolgáltatásokat is kínáló vállalkozásokkal is találkozhatunk (különösen a fogorvosok körében), igaz, ezen szegmens aránya

még messze elmarad a kívánatostól. Az egészségügyi turizmusban érdekelt szolgáltatások közvetlenül csak igen kis mértékben járulnak hozzá a lakosság életminőségének növeléséhez, de közvetve hatást gyakorolnak az egészségügyi ellátórendszer korszerűsödéséhez, az orvosok szakmai tudásának emeléséhez, így az állami, önkormányzati szféra biztosította kezeléseket igénybevevő helyiek áttételesen élvezhetik az alapvetően külföldieket megcélzó vállalkozások prosperálását.

Közel két évtizede foglalkozunk turizmuskutatással, de soha ilyen közel nem kerültünk a politikához. Tudjuk, tanítjuk, hogy a politika a turizmus rendszerének meghatározó része, a piac eredményes működését feltételező környezeti elem. Az eddigi vizsgálataink során azonban nem igazán kellett a szakpolitikán, a turizmus irányításában közreműködő szférán túllépnünk. Az egészségturizmus rendkívüli összetettsége azonban megkövetelte, hogy az egészségügy, a szociál- és a fejlesztéspolitika általunk kevésbé ismert mezsgyéjére is kimerészkedjünk. Reményeink szerint ezen „kalandozásainak” során mindvégig sikerült a turizmuskutató szerepében maradnunk és az érintett szakterületek döntéshozói, döntéshozói számára olyan új aspektusokat feltárni, amelyek alaposabb megismerésével hozzájárulhatnak a magyar társadalom utazások révén történő életminőségének növeléséhez.