

Az egészségturizmus fogalmi rendszerének és keresletének változásai Magyarországon

HEGEDÜS VERONIKA¹

Abstract

Changes in the conceptual system of and demands on health tourism in Hungary

Tourism in general, and health tourism in particular are among the most important factors in the regional development of Hungary. Realising the possibilities and capacities of the branch, a special attention was devoted to health tourism both during the socialist era and after the change of regime.

The process of social and economic transition generated changes also in the sphere of tourism. Due to the changed social needs the demand side of the sector changed significantly, a new conceptual approach was adopted, financial support and capital investment have grown, thus strengthening the competitiveness and revenue generating capabilities of health tourism.

After an overview of the renewed nomenclature the paper allows an insight into the characteristic features of health tourism before and after the change of regime, with a special reference to up-to-date actualities (appearance of clusters, outlining the anticipated development trends, 'rationalized' future building).

Bevezető

Magyarországon bő másfél évtizede kezdődött meg a gazdaság és a társadalom átalakulásának folyamata, amelynek során a rendszert alkotó elemek mindegyike jelentős változásokon ment keresztül (RECHNITZER J. 1998). A folyamat az ország térszerkezetére is mély hatással volt, a változások következményei főként területi és települési szinten voltak látványosak, ezért jutott kiemelt szerephez a területi politika és a területfejlesztés.

Az idegenforgalom, azon belül is az egészségturizmus a regionális területfejlesztés egyik jelentős tényezője. Az ágazatban rejlő lehetőségeket és adottságokat felismerve

¹ PTE TTK Földtudományok Doktori Iskola, 7624 Pécs, Ifjúság útja 6. E-mail: hegevera@freemail.hu

és kihasználva az egészségturizmus tudatos átalakítása figyelhető meg. Az elmúlt másfél évtized szerkezeti változásainak egyik jelentős területi következménye volt, hogy nőtt a támogatási és a beruházási kedv, erősítve ezzel az egészségturizmus versenyképességét és jövedelemteremtő képességét (LENGYEL I.–RECHNITZER J. 2002; LENGYEL I. 2005).

Az egészségturizmus trendjei és súlya Magyarország turizmusában

Az egészségturizmus napjainkban az idegenforgalom folyamatosan növekedő és erősödő területe. Az ágazat fejlődése dinamikus és várhatóan a jövőben is a nemzetgazdaság átlagát meghaladó ütemű lesz. Jelenleg az egészségturizmusban minden 100 Ft bevétel további 167 Ft pótlólagos termelést generál, és minden 100 munkahely 214 új munkahelyet teremt a nemzetgazdaságban.

A gazdasági mutatókon túl az egészségturizmus sikerességét magyarázza a társadalmi szemlélet megváltozása is, valamint az ebből adódó életmódbeli változások. Napjaink rohanó világában az emberek számára egyre fontosabbá válik egészségük megőrzése vagy javítása. A hazai prognózisok szerint a lakosság egyre növekvő hányada ismeri fel, hogy a megfelelő egészségi állapot az alapja a munkatermelékenységnek, az emocionális, intellektuális és fizikális fejlődésnek (KOCZISZKY Gy. 2004).

Az egészségturizmus európai trendjeit figyelembe véve is igazolódni látszik a fenti állítás. Az összes európai kiutazásból (270 millió) a 2003-as évben 30 millió volt egészségturisztikai célzatú. Ennek a 30%-a kifejezetten gyógyutazásnak minősült, 70%-a pedig wellness utazásnak. A vendégek a felkeresett helyeken átlagosan 6 éjszakát töltenek el, ami az ESPA (Európai Fürdőszövetség) becslései szerint éves szinten eléri a 120 millió vendégéjszakát. Az előző évekhez képest ezek a számok már növekedést mutatnak, a következő néhány évben pedig további emelkedés várható. A jövőbeni növekedés magyarázataként említhető a konferencia- és az egészségturizmus közeledése, valamint a termékkínálat szélesedése (spa és golf, spa és sí) (www.itthon.hu).

Statisztikai adatok szerint a hazai GDP 10,5%-át a turizmus, ennek 20%-át pedig a gyógyturizmus termeli meg. 2004 végére ez az arány tovább növekedett a statisztikai rendszerben bekövetkezett változások miatt. (2004-től a Központi Statisztikai Hivatal nyilvántartásában a wellness turizmus önálló kategóriaként jelenik meg.) Az egészségturizmus így hozzávetőlegesen 30%-kal részesedik idegenforgalmunkból, az összes megtermelt GDP-hez kb. 3%-kal járul hozzá. A forgalom növekedését a kereskedelmi szálláshelyek, ezen belül a gyógyszállodák vendégforgalmának növekedése is igazolja.

Az adottságainkat és lehetőségeinket felismerve került az egészségturizmus a magyar idegenforgalmi fejlesztések középpontjába (Széchenyi Terv, Nemzeti Fejlesztési Terv I., Tíz éves Egészségturisztikai Fejlesztési Terv, Nemzeti Fejlesztési Terv II. Stb.).

A kutatás módszertana

A tanulmány készítésekor arra törekedtem, hogy képet adjak a magyarországi egészségturizmus (korábban a gyógy- és termálturizmus) átalakulásáról, amelyeken az elmúlt közel 50 évben keresztül ment. Kiemelt figyelmet fordítottam a nevezéktani változásokra. A „fogalmi változások” c. fejezet feldolgozása során a rendelkezésre álló szekunder források feldolgozására helyzetem a hangsúlyt. Ezeket figyelembe véve foglaltam össze a napjainkban is problémásnak tekinthető gyógy- és termálturizmus, valamint az egészségturizmus fogalmi különbözőségeit.

A változásokat igazolandó röviden összegeztem a gyógy- és termálturizmus, valamint az egészségturizmus jellemző folyamatait. A leírtakat a rendelkezésre álló statisztikai adatbázis feldolgozásával támasztom alá.

Napjaink egészségturizmusában egyre nagyobb szerephez jutnak a klaszterek mint a regionális fejlesztés és versenyképesség eszközei. A hazai klaszter-alapítások és az együttműködési kezdemények számának alakulása mutatja ennek az újszerű gazdasági koncepciónak a köztudatba való bekerülését. Problémát jelent, hogy a hálózatosodásban rejlő lehetőségek megfelelő fokú kihasználása még várat magára, továbbá, hogy a kezdeményezések jelentős területi koncentrációt mutatnak.

Az egészségturizmus valamelyest kivételnek tekinthető, hiszen annak hazai viszonylatában korán megjelentek az említett ágazati együttműködések és területileg is kiegyensúlyozott képet mutatnak. Természetesen az egyes térségek versenyképessége differenciált képet mutat. A tanulmány a nemzetközi kitekintést követően elemzi a hazai egészségturisztikai klaszterek létjogosultságát.

A fogalmi változások

A gazdaság és a társadalom említett átalakulási folyamatainak köszönhetően a vizsgált idegenforgalmi ágazat fogalomköre jelentős változásokon ment keresztül. Teljesen eltérő képet mutatnak az 1990-es évekig és az utána megjelent szakirodalmak fogalom-magyarázatai.

Régebben a vizsgált terméktípust *termál- és gyógyturizmus*nak nevezték, és az aktív turizmus termékcsalád része volt. A *termálturizmus* definíciója a következőkben adható meg: „A termálvíz melletti üdülés a turizmusnak olyan, a természeti adottságokra épülő formája, amely amellet, hogy önálló program, főként a körutazó és tranzitturizmus, valamint a városlátogató idegenforgalom, a sport- és kiránduló-turizmus lehetőségét bővítheti, palettáját színesíti” (VAJDA R.–VADAS V. 1990).

A *gyógy-idegenforgalom* a termálturizmus kisebb szegmensét képezte. „A turizmus azon részeként értelmezték, amely a bel- és külföldi vendég

számára gyógyászati ellátást is nyújt, a természeti adottságokat gyógykezelés céljából hasznosítja, ill. a betegség megelőzés és regenerálódás céljából igénybe veszi. Továbbá a turizmus speciális ága, amely magába foglalja az igényelt kórházi, szanatóriumi vagy gyógyüdülőben történő ellátást is” (VAJDA R.–VADAS V. 1990).

Napjainkra a termál- és gyógyturizmus besorolása megváltozott. Ma az egészségturizmus fő termékcsalád részeként értelmezendő. Az *egészségturizmus* olyan turizmusforma, ahol a turista utazásának legfőbb motivációja egészségi állapotának javítása vagy megőrzése (<http://hungarytourism.hu>). A termékcsaládon belül Magyarországon megkülönböztetnek hagyományos gyógyüdüléseket, valamint wellness jellegű utazásokat. A gyógyüdülések elsődleges célja a megromlott egészségi állapot javítása, míg a wellness utazások legfőbb inspirációja az egészség megőrzése. Ebből következőleg az elsőt inkább az idősebb korosztály képviselői, a másodikat a fiatalabbak veszik igénybe.

A gyógyturizmus tartalmi elemei a fenti definícióhoz képest csupán kis mértékben formálódtak át (főként a keresleti igényekhez igazodva). A gyógyturizmus gyógyüdülőhelyen, ill. gyógyászati létesítményben való tartózkodás, amelynek célja, hogy orvosi gyógymódok alkalmazásával meglévő betegséget gyógyítsanak (RÁTZ T. 2004).

A *wellness* a szó eredetét tekintve angol, 1654-ben találkozhattunk vele először. A szó eredeti alakja: *wealnesse*, jelentése pedig „jó egészség”. A fogalommal a 20. sz.-ban egyre gyakrabban találkozhattunk, és bár jelentős késéssel ugyan, de az 1990-es évek közepétől megjelent a magyar nevezéktanban.

Napjainkban a wellness kifejezés számtalan értelmezésével találkozunk, a teljesség igénye nélkül ezek közül néhány említése szükségeszerű. RÁTZ T. (2004) megfogalmazásában a wellness „egészséget jelent a szó holisztikus értelmében, a fizikai, szellemi és értelmi képességek harmonikus egyensúlyát.” A Magyar Wellness Társaság (2006) meghatározásában a wellness életforma, „amelynek gyakorlói a civilizáció okozta bántalmakat a test, a lélek, szellem együttes kényeztetésével, odafigyeléssel, tudatos életvitellel igyekeznek megelőzni”. A wellness a tudatfejlesztésnek és az életstílus változtatásának egy aktív folyamata, amely az egészség és a személyes jó közérzet magasabb színvonalához vezet, a folyamat szó arra utal, hogy itt egy állandóságról van szó, amely az ösztönző erejét a személyes elkötelezettség iránti képességből és az életminőség tartós biztosítása iránti felelősségből meríti (HEGEDŰS V. 2004).

A wellnesshez szorosan kapcsolódik *spa* fogalma, vagyis az egészségturizmust kiszolgáló létesítmények összessége, ami már nem csupán a szó eredeti jelentését, a hagyományos értelemben vett *gyógyfürdő* fogalmat jelöli, hanem olyan létesítményeket, amelyek szolgáltatásaikkal nyugtatják, felélénkítik, gyógyítják, egészségesebbé, kiegyensúlyozottabbá teszik a vendéget. Legfőbb jellemzőjük, a wellness állapotának biztosítására való törekvés, fizikai, szellemi és érzelmi szükségletek kielégítésével (RÁTZ T. 2004).

A Magyar Turizmus Zrt. (2003) a *gyógyturizmust* a következőképpen határozta meg: „Olyan turizmusforma, ami gyógyászati szolgáltatóhelyen, ill. gyógyüdülőhelyen, általában meghatározott minimális tartózkodási idő mellett rendelkezésre álló szolgáltatások igénybevételét jelenti, jellemzően konkrét betegségek gyógyítása érdekében” (www.itthon.hu). Ez abban különbözik a *termálturizmustól*, hogy utóbbi csupán az adott földrajzi terület évi középhőmérsékleténél magasabb hőfokú vízre alapozott, a turisták igényeinek kielégítését biztosító szolgáltatásokat takar. A két terméktípust a gyakorlati életben gyakran összekeverik, annak ellenére, hogy a gyógy- és a termálturizmus vonzerői egyértelműen elkülönülnek egymástól. (Bár a motiváció oldalán találunk hasonló elemeket.)

A gyógyidegenforgalom alapját minden esetben valamilyen (minősített) gyógyvíz², gyógyhely, gyógyklíma szolgáltatja, amelyekhez a kínálati oldalról gyógykezelésekkel foglalkozó intézmények társulnak. A termálturizmus esetében a vonzerő a melegvíz, amihez a kínálat oldaláról a kikapcsolódást és a pihenést megcélzó intézményrendszer társul. Az előző megállapítások alapján természetesen a két termék vendégkörét is egyértelműen elkülönítik egymástól (HEGEDÜS V. 2004).

A termál- és gyógyturizmus fejlesztésének főbb jellemzői az 1990-es évek közepéig

A vizsgált turisztikai ágazat fogalmi változásai, bár időben közeliek a társadalmi-gazdasági átalakulás folyamatahoz, mégsem értelmezhetők a rendszerváltás szinonimájaként. Az egészségturizmus mint fogalom csak az 1990-es évek közepén jelent meg, ezt megelőzően gyógy- és termálturizmusról beszéltünk. Ebből adódóan célszerű a kronológiai áttekintést is két egységre bontva tárgyalni.

Magyarországon a termál- és gyógyvízre alapozva számtalanszor virágzott fürdőkultúra (pl.: római kor, török idők, reformkor, Osztrák-Magyar Monarchia időszaka), aminek alakulására kedvező hidrológiai adottságaink (a Kárpát-medence termálvízben való gazdagsága) a régmúlt időktől egészen napjainkig nagy hatást gyakorolnak. Az 1960-as évektől több tucat fürdő nyitotta meg kapuit a már jól ismert Hévíz, Harkány és Budapest mellett.

Az 1968-as gazdasági reformok hatására, a társadalom életszínvonalának növekedésével elértük azt a fejlettségi szintet, amelynek feltételei közepette jelentőssé vált idegenforgalmi keresletünk (BENKE R. 1981). Az említett keresleti növekedést jelentősen befolyásolta továbbá, hogy a politikai rendszer

² A gyógyvíz nem csupán fürdözést jelent, hanem gyógyszer helyettesítő egészségügyi szolgáltatást (VAJDA R.–VADAS V. 1990).

Nyugat felé megvalósuló fokozatos „nyitása” új távlatokat teremtett a beutazó turizmus számára. Szerepünk a világ turizmusában sokkal nagyobb volt, mint ahogy azt országunk területének vagy lakosságának mérete indokolta volna. Kiemelkedő jelentőségű értékeink között Budapestet, a Balatont, valamint termál- és gyógyvízkincsünket tarthatjuk számon. Az utóbbit az 1960-as évektől kezdődően Magyarország legjelentősebb természeti értékének tartották, amely világviszonylatban is kiemelkedő. E természeti erőforrás az évtizedek során egyre fontosabb gazdasági tényezővé vált, mivel folyamatosan növekvő szerepe lett a szezonálisból fakadó idegenforgalmi anomáliák, valamint a lakossági és települési jövedelmek terén megnyilvánuló területi egyenlőtlenségek enyhítésében, a devizabevételek növelésében, nem beszélve arról, hogy az ágazat fejlesztése társadalmi érdek is volt egyben (CZEGLÉDI J.–IMRE J. 1989).

A turizmus hosszú távú ágazati és területfejlesztési koncepciója fő fejlesztési irányként jelölte meg a termál- és gyógyturizmust. A tervben alapvetően kezelték a már meglévő (tradicionalis) gyógykapacitások minőségét és mennyiségét. Továbbá hosszú távon a termál- és gyógyvizekkel rendelkező települések fejlesztését. A külföldiek gyógykezelése céljából szükségszerűnek ítélték önálló gyógyintézetek, kórházi részlegek létrehozását. A termálturizmus fejlesztésével a hazai lakosság igényeinek kielégítésre helyezték a hangsúlyt, továbbá az idegenforgalmilag frekvenciált területek tehermentesítését tartották szem előtt. A megvalósítás érdekében a meglévők mellé további termálfürdők megnyitását tűzték ki célul, főként az alföldi és az észak-magyarországi területeken.

A fentiek ellenére mégis azt kell mondani, hogy a szoros értelemben vett gyógyturizmus hazánkban az 1970-es években kezdett kialakulni. A szocialista országokhoz hasonlóan Magyarország is teljesen térítésmentesen biztosította lakosai számára a gyógyfürdőkezeléseket, ezért az ágazat piacát elsősorban nem a hazai lakosság biztosította, hanem a nyugati vendégkör.

A legjelentősebb gyógyturisztikai fejlesztések az 1978–1980-as években indultak meg. A hazai gyógyüdülő-szállodák ezt megelőzően 2000 férőhellyel rendelkeztek, gyógyászati részlegeiken megjelent a nyugaton is alkalmazott technológia, mégis azt kell mondani, hogy a létesítmények színvonala sok esetben nem elégítette ki a velük szemben támasztott elvárásokat. Átütő sikereket az osztrák tőkéből finanszírozott kapacitásfejlesztés eredményezett. A Danubius gyógyszálloda-lánc komplexumainak kiépülését követően, datálható a szó szoros értelmében vett „gyógyszálloda” fogalom megjelenése (LENGYEL M. 2004).

A folyamatos fejlesztések hatására a gyógyszállodák forgalmi mutatói más szállodákkal összevetve lényegesen javultak. Évente 20 ezer vendég, 250 ezer vendégéjszakát töltött el. Az átlagos tartózkodási idő 12–14 napra nőtt, a vendégek fajlagos költsége 1988-ban elérte a napi 2500 Ft-ot, a gyógyszállodák éves árbevétele pedig a 16 millió USD-t. Az egész éven keresztül üzemelő fürdők mellett jelentős forgalmat bonyolítottak le a nyílt üzemeltetésű (szezonális)

gyógyfürdők is. Ezeket az intézményeket évente 6,5 millió vendég kereste fel, bár a magas vendégszám ellenére ezek az intézmények nem realizáltak jelentős jövedelmeket.

A folyamatos minőségi és mennyiségi változások ellenére azt mondhatjuk, hogy a magyar gyógy- és termáلتurizmus a nemzetközi összehasonlításban csekély szereppel rendelkezett. A szocialista országok között Csehország és Románia is megelőzte, míg a nyugat-európai országokhoz képest jelentősége nem volt számottevő. Lemaradásunkat a következő okokkal magyarázhatjuk (CZEGLÉDI J.–IMRE J. 1989):

– A gyógyfürdők a magas üzemeltetési költségek és a központilag szabályozott árak miatt egyre nagyobb fenntartási és fejlesztési gondokkal küzdöttek.

– Hiányzott a nemzetközi igényeket is kielégítő fogadóbázisunk. A kapacitások kiépítése még gyermekcipőben járt.

– A szolgáltatások fejlesztése anyagi eszközök hiányában csak kismértékű volt.

– A fejlesztések nem koordináltan zajlottak.

– A szakemberek képzése messze elmaradt az elvárásoktól.

Miközben itthon igyekeztek orvosolni a fenti problémákat, az egészségturizmus nemzetközi szinten az 1990-es évekre jelentősen megváltozott. A pihenni, üdülni vágyók már nem csupán a hagyományos termál- és gyógyturizmusban vettek részt, hanem megjelent a wellness, a fitness és az egészséges életmód iránti igény, amit a hagyományos szolgáltatáskör már nem tudott kielégíteni. Mindez új kihívások és feladatok elé állította a hazai egészségturizmust.

Az egészségturizmus napjainkban

Az 1990-es évek második felétől az addig hagyományosnak számító termál- és gyógyturizmus új tartalommal töltődött fel. Megindult a regionális szintű egészségturizmus fejlesztése és menedzselése, nagy mértékű növekedést mutattak az ágazatot érintő fejlesztési koncepciók és a támogatási források is. Olyan új fogalmak kerültek az idegenforgalom szótárába, mint a *wellness*, *fitness*, *spa* stb., más irányba mutató fejlődési lehetőségeket és távlatokat teremtve ezzel a hazai idegenforgalom számára.

Adottságaink és lehetőségeink ellenére a hazai egészségturizmusban számos hiányosság érezte negatív hatását (pl.: szezonáltság, alacsony színvonal, szakember hiány, minőségi szálláshelyek hiánya stb.). A hiátusok és a nemzetközi tapasztalatok tükrében a kormányzat egyre növekvő figyelmet fordított az egészségturizmusra, mint a regionális területfejlesztés egyik faktorára. Ezt igazolják azok a fejlesztési tervek (Széchenyi Terv, Az

Egészségturizmus 10 éves Fejlesztési Programja, Nemzeti Fejlesztési Terv I-II., Nemzeti Turizmusfejlesztési Stratégia), amelyek a turizmusfejlesztési prioritáson belül kiemelten kezelik az egészségturizmusban rejlő lehetőségeket (AUBERT A.–MISZLER M. 2004).

Kétségtelen, hogy a felsoroltak közül a leglátványosabb változásokat a Széchenyi Terv gyógy- és termálturizmus fejlesztési alprogramja eredményezte (Fürdőfejlesztési pályázat TU-1, Kistérségi jellegű fürdők fejlesztésének pályázata TU-21, Egészségügyi intézmények, egészségturisztikai szolgáltatásainak fejlesztése pályázat TU-23). A programnak köszönhetően 100 egészségturisztikai projektet támogatott az állam (92 fürdő- és gyógyintézmény, 8 szálloda) 30,9 MdFt összeggel. A megvalósult beruházások teljes összege elérte a 81,4 MdFt-ot. Az odaítélt támogatások regionális megoszlását az 1. táblázat mutatja.

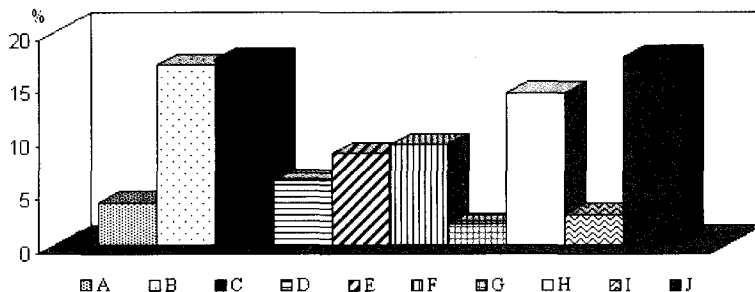
1. táblázat. A Széchenyi Tervben támogatott egészségturisztikai projektek regionális megoszlásában

Statisztikai régió	Támogatott projekt, db	Támogatás összege MFt	Fejlesztés összege MFt	Új munkahelyek száma, db
Közép-Dunántúl	7	2693	7401	232
Budapest-Közép-Dunavidék	10	4408	11767	361
Dél-Dunántúl	10	2628	6819	230
Észak-Magyarország	12	2282	6447	175
Dél-Alföld	14	3997	8675	185
Észak-Alföld	19	4447	10710	302
Nyugat-Dunántúl	28	10469	29640	930
<i>Összesen:</i>	<i>100</i>	<i>30934</i>	<i>81458</i>	<i>2415</i>

Forrás: GELLAI I. (2004) adatai alapján.

A pályázati lehetőségeknek köszönhetően 2001 és 2003 között a fürdők befogadóképessége 75%-kal (37,2 millió főről 64,9 millió főre), a medencék száma 62%-kal (363-ról 588-ra), a tervezett éves vendégforgalom, pedig 46%-kal (15 millió főről 22 millió főre) emelkedett. A fejlesztések javították a termék ár-érték arányt. A látogatottsági és bevételi statisztikák is egyértelműen bizonyítják a beruházások eredményességét.

2000–2001-ben a termál- és gyógyturizmus piacát hozzávetőlegesen 23 millió vendég jelentette. Az ország egyes területeinek piaci részesedését az 1. ábra szemlélteti. Ennek alapján megállapítható, hogy a legnagyobb forgalmat az alföldi régiók, a Balaton és a főváros realizálta. (A legnagyobb részesedése a fővárosnak volt, ami a teljes piac 17%-át tudhatta magáénak.) A tradicionális fürdőkkel rendelkező Nyugat- és Dél-Dunántúl a középmezőnyben helyezkedett el. A két régió közül a nyugat-dunántúli lényegesen kedvezőbb helyzetűnek mondható. Kedvező közlekedés földrajzi adottságainak köszönhetően a nyugatról jövő forgalom jelentős



1. ábra. Az egészségturisztikai piac %-os megoszlása, 2003. (GKM adatok alapján saját szerk. 2003).
 – A = Tisza-tó; B = Dél-Alföld; C = Észak-Alföld; D = Észak-Magyarország; E = Dél-Dunántúl;
 F = Nyugat-Dunántúl; G = Közép-Dunántúl; H = Balaton; I = Közép-Dunavidék; J = Budapest

Percentage share of the market of health tourism, 2003. (Ed. by the author from the database of the Ministry of Economy, 2003). . – A = Lake Tisza; B = South Great Plain; C = North Great Plain; D = North Hungary; E = South Transdanubia; F = West Transdanubia; G = Central Transdanubia; H = Lake Balaton Region; I = Central Danube Region; J = Budapest

részét képes felszívni, valamint a fejlesztési elképzelések során egyértelműen prioritást élvezett/élvez más régiókkal szemben (1. táblázat). Lehetőségeit és piaci érdekeit korán felismerve ebben a régióban jött létre Magyarország első számú egészség-klasztere is. Az előzőekből adódóan a régió piaci részesedése napjainkra jelentősen növekedett.

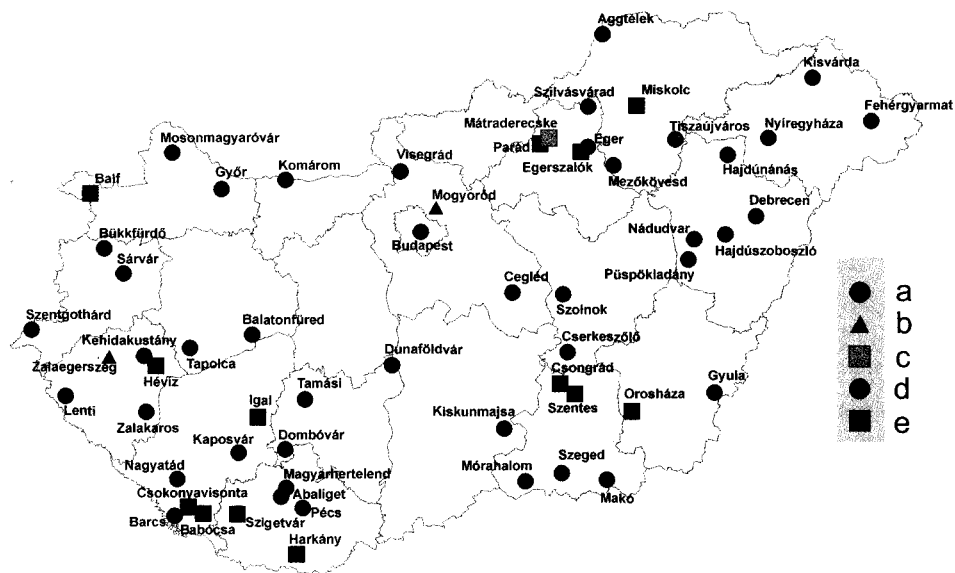
A Dél-Dunántúl helyzete koránt sem ilyen kedvező. Az 1990-es évek délszláv konfliktusa jelentősen átalakította a régió keresletét. A korábban a balkáni államokból érkező turisták folyamatosan elmaradtak, a nyugati országokból érkezők pedig a háborús helyzet miatt kedvezőtlennek ítélték meg a területet, így inkább a könnyebben elérhető nyugati riválist választották. A fejlesztési források is kisebb mértékben értek el a Dél-Dunántúlra. További problémát jelentett, hogy a megítélt fürdőfejlesztési támogatásokat több fürdő között kellett megosztani (2. táblázat), így a változtatások korántsem voltak átütő erejűek (AUBERT A.–MISZLER M. 2004).

2. táblázat. A Széchenyi Teroben támogatott egészségturisztikai beruházások a Dél-Dunántúlon

Kód	Település	Támogatás, eFt)	Bekerülési érték, eFt	Új munkahelyek száma, db
TU-1	Barcs	200 000	120 000	31
TU-1	Gunaras	250 000	340 494	6
TU-1	Harkány	750 000	1 509 000	25
TU-23	Harkány	26 000	49 086	–
TU-1	Hőgyész	200 000	542 000	52
TU-1	Marcali	362 812	800 533	30
TU-1	Nagybajom	153 577	309 577	30
TU-21	Sellye	66 031	141 375	5
TU-1	Szigetvár	200 000	794 878	19
TU-1	Sikonda	429 350	1 130 000	32

Forrás: <http://epa.oszk.hu> (2005)

A magyarországi egészségturisztikai fejlesztések pozitív hatása megkérdőjelezhetetlen. Megállapítható, hogy 2000 óta a hazai fürdők egyszerre növelték a szolgáltatásaik árait és a látogatószámokat. A támogatásokat elnyert fürdők pedig a hazai átlagot is meghaladó mértékű eredményességgel működtek. Azonban meg kell jegyezni, hogy az államilag finanszírozott fürdőfejlesztések szegmentálták az intézményeket. A már korábban is nemzetközi hírnevű fürdők (Hévíz, Zalakaros, Hajdúszoboszló stb.) tovább növelték versenyelőnyüket. Létrejötték teljesen megújult szolgáltatáskörű, wellness- és élményelemekkel gazdagított (vegyes profilú) korszerű komplexumok (Kehidakustány, Marnali, Zalaegerszeg stb.) (2. ábra). Ezzel szemben a támogatásokat csak kisebb mértékben élvező fürdők több ciklusban megvalósuló fejlesztéseket visznek véghez, így válaszolva a hazai és a nemzetközi kihívásokra (minimális sikeresség mellett) (AUBERT A.–MISZLER M. 2004).



2. ábra. Az egészségturisztikai létesítmények tipizálása. (A Magyar Turizmus Zrt. 2005. évi adatai alapján szerk. PIRKHOFFER E.–HEGEDÜS V.). – a = vegyes profil; b = élményfürdő; c = szárazfürdő; d = gyógybarlang; e = gyógyfürdő; b–e = egyprofilú intézmények. (Budapest esetén a létesítmények sokrétűsége miatt a vegyes jelölést alkalmaztuk, azonban az intézmények közül a Király, a Gellért, a Rudas és a Lukács Gyógyfürdők, valamint a Szemlőhegyi-barlang az egyprofilúak csoportjába sorolható)

Typology of health tourism establishments. (Ed. by PIRKHOFFER, E. and HEGEDÜS, V. from the database of Hungarian Tourism Ltd. 2005). – a = mixed function; b = aquapark; c = dry spa; d = medical cave; e = spa; b–e = institutions with single function. (Due to the multiplicity of the establishments in Budapest composite marking was used, but the spas of Király, Gellért, Rudas, Lukács and the Szemlőhegyi Cave belong to the group with a single profile.)

Feltételezve, hogy a hazai, ill. a nemzetközi versenyképességet befolyásoló gazdasági, társadalmi stb. tényezők nem változnak jelentősen a közeljövőben, úgy reális elvárás egészségturizmusunk versenyképességének jövőbeli fenntartása (GELLAI I. 2004).

A fejlesztések eredményességét igazolja a kereskedelmi szálláshelykínálat, azon belül a gyógy- és wellness-szállodák számának és kapacitásának növekedése is. A KSH adatai szerint 2001-ben a kereskedelmi szálláshelyek száma csaknem elérte az 1600-at, a szobák száma pedig az 51 ezret, a férőhelyeké a 135 ezret. Ehhez képest 2004-ben a kereskedelmi szálláshelyek száma 3001 volt, hozzávetőleg 85 ezer kiadható szobával és 336 ezer férőhellyel. A működő egységekből 2001-ben 23 volt kifejezetten gyógyszálló, összesen 8 ezer férőhellyel. 2004-re a gyógyszállodák száma elérte az 56-ot és közel 7 ezer kiadható szobával állt a vendégek rendelkezésére (EÖRY E.–HEGEDÜS V. 2006).

Az egészségügyi piacon 2004-től újonnan megjelenő kereskedelmi szálláshely kategória volt a wellness-szálloda. 2004-ben az összes szállodai működő egységből 15 volt kifejezetten wellness-szálloda, 2634 férőhellyel. 2005. közepén már 31 ilyen létesítmény üzemelt, azonban a wellness-szállodák tekintetében a Magyar Turizmus Zrt. adatbázisában megközelítőleg 50 (főként 4 és 5 csillagos) wellness-szállodai kritériumnak megfelelő kereskedelmi szálláshely található.

2005-ben a magyarországi gyógyszállodák 727 ezer vendéget fogadtak, az általuk eltöltött vendégéjszakák száma 2,7 millió volt (3. táblázat). A gyógyszállodák jelentőségét igazolja, hogy az összes kereskedelmi szálláshely vendégeinek tizedét, a vendégéjszakák 14%-át regisztrálták az említett szálláskategóriában. Az előző évekhez képest, mind a vendégek, mind a vendégéjszakák számának alakulását dinamikus növekedés jellemezte. Mindkét esetben körülbelül 10%-os növekedésről beszélhetünk a 2004-es évhez képest.

3. táblázat. Az egészségügyi turizmus szálláshely típusainak vendégforgalma

Szállástípus	Vendégek száma, 1000 fő		Vendégéjszakák száma, 1000 db		Átlagos tartózkodási idő, vendégéj	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Szálloda összesen	6617	5018	18899	13599	2,8	2,6
ebből gyógyszálló	654	727	2497	2721	3,8	3,7
Wellness szálló	155	283	413	701	3,2	3,0

Forrás: Idegenforgalmi statisztikai évkönyvek, 2004–2005. KSH Bp.

A 2005-ös évben a gyógyszállodák vendégeinek közel fele érkezett külföldről. A vendégéjszakák számából a külföldi vendégek által eltöltött éjszakák aránya elérte a 60%-ot. Az előző évhez képest ez az eredmény közel tíz százalékos növekedést jelent. A belföldi vendégforgalmat dinamikusabb növekedés jellemezte: 13,1%.

Más kereskedelmi szálláshelyekhez képest az egészségturizmus szálláshelyeinek előnye, a magasabb tartózkodási idő. 2005-ben a gyógyszállodákban regisztrált átlagos tartózkodási idő, az országos átlaghoz (2,8 éjszaka) képest magasabb volt. A vendégek átlagosan 3,7 vendégéjszakát töltek el.

Amint azt a 4. táblázat is mutatja a gyógyszállodák 2005-ben 61,1%-os szobakihasználtság mellett működtek, ami jelentősen meghaladta a szállodák átlagos foglaltsági mutatóit (48,1%).

4. táblázat. A szállodák és a gyógyszállodák átlagos szobafoglaltsága

Év	A szállodák átlagos foglaltsága, %	A gyógyszállók átlagos foglaltsága, %
1999	45,5	65,5
2000	47,1	62,0
2001	47,0	63,4
2002	45,4	61,9
2003	44,1	57,7
2004	46,4	60,0
2005	48,1	61,1

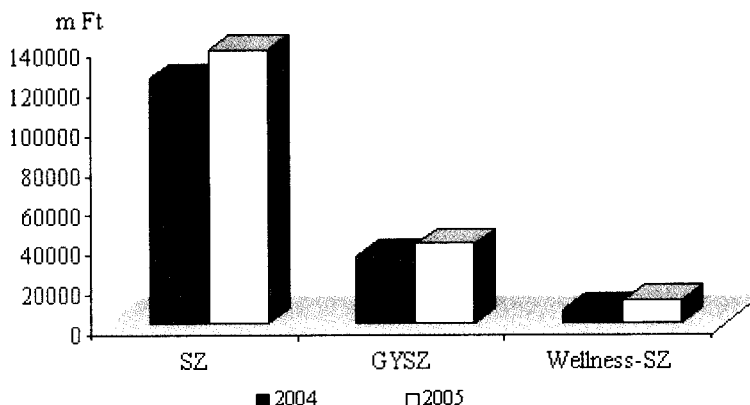
Forrás: Idegenforgalmi statisztikai évkönyvek, 1999–2005

A gyógyszállodák összes bevétele (3. ábra) 2005-ben 39,5 MdFt volt, ami 15%-kal haladta meg az előző évi adatokat. A szállásdíjak kétharmada – a vendégéjszakákhoz hasonlóan – a külföldi vendégektől származott.

A wellness-szállodák statisztikai adatait megvizsgálva hasonlóan pozitív eredményeket kapunk. 2005-ben a hazai wellness-szállodákban 283 ezer vendéget és több. Mint 700 ezer vendégéjszakát regisztráltak. Ezek az eredmények az előző évhez képest jelentős növekedést jelentenek. A vendégkör összetételét megvizsgálva azt kell mondani, hogy a belföldi vendégforgalom ezekben az intézményekben jelentősebb. Az átlagos tartózkodási idő (3 nap) a gyógyszállókéhoz képest alacsonyabb, az országos átlagot azonban meghaladja.

A wellness-szállodák bevételei 2004-hez képest csaknem megduplázódtak, amelyhez nagyban hozzájárult, létesítmények számának növekedése is. Az előző évek fejlesztéseinek hatásai összességében pozitívnak tekinthetők, azonban a korszerű szolgáltatások és az új komplexumok a minőségi változások mellett jelentős többlet-kapacitásokat generáltak. A kapacitások megkötése céljából már nem elegendő a meglévő vendégkör megtartása (és ösztönzése az egyre nagyobb arányú költésre), szükséges a vendégkör folyamatos bővítése mind belföldi, mind a külföldi piacokon.

A regionális versenyben is érdekes helyzetet teremtettek az elmúlt évek változásai. Egyértelműen vezető szerepet tölt be a főváros, mint tradicionális fürdőváros, valamint a Nyugat-Dunántúl. Itt a fejlesztési források pozitív gazdasági, társadalmi és infrastrukturális adottságokkal párosultak, így egészségturizmusuk divatossá és a vonzóvá vált mind a belföldi, mind a külföldi vendégkör számára.



3. ábra. A hazai szállodák bevételei, 2004–2005, mFt. – SZ = szálloda; GYSZ = gyógy-szálló; Wellness-Sz = Wellness szálloda. (Forrás: Idegenforgalmi Statisztikai Évkönyv, 2004–2005)

Income of Hungarian hotels in 2004 and 2005, million HUF. – SZ = hotel; GYSZ = hotel with spa; Wellness SZ = Wellness hotel. (Source: Statistical Yearbook of Tourism, 2004–2005)

A többi régióban a fejlesztések nem vezettek átütő sikerhez, csupán néhány település emelhető ki, amelyek felvehetik a versenyt a fent említett területekkel. A többi fürdő azonban a belföldi, sőt főként a helyi igények kielégítésére tudott berendezkedni (AUBERT A.–MISZLER M. 2004). A várt eredmények elérését segítheti elő a versenyhátrányban lévő régiók esetén a hálózatosodás, mellyel megvalósulhat egy összehangolt turizmusfejlesztés.

Egészségturisztikai klaszterek mint a regionális fejlesztés eszközei

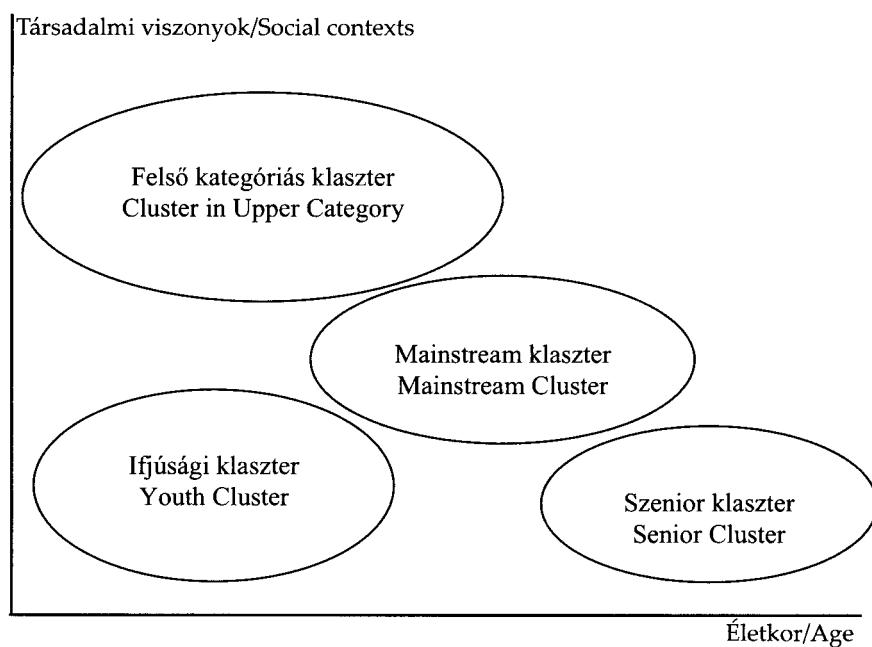
Nemzetközi kitekintés

A klaszter-fogalom kb. 40 éve jelent meg, de értelmezésében napjainkban is eltérések mutatkoznak. PORTER, M.E. (1998) definícióját követve azonban elfogadott, hogy a *klaszter* egy adott értéklánc mentén felépülő, területileg koncentrált, földrajzilag jól lehatárolható, egymással szoros kapcsolatban álló szervezetek (kis- és középvállalatok) tömörödése.

A hálózatokba tömörült vállalatok és a hálózatosodott térségek gazdasági potenciálja, a javuló foglalkoztatottság és a növekvő versenyképesség hatására jelentősen nő. A klaszterek előnyei tehát megkérdőjelezhetetlenek. Ezeket a pozitív tényezőket bármely iparágban tevékenykedő vállalatok kihasználhatják.

Az idegenforgalomban elsőként az egészségturizmusban jöttek létre klaszterek. A nyugat-európai országokban már ideje korán felismerték az egészségügyi/egészségturisztikai klaszterek fontosságát. A vonatkozó szakirodalmak az életkorhoz, a jövedelmi- és iskolázottsági viszonyokhoz, valamint a specializálódott szolgáltatási körhöz igazodva 4 klasztercsoportot (ifjúsági, felső kategóriás, ún. „mainstream”, valamint szenior klasztercsoportot) definiálnak (Kocziszký Gy. 2004). Az Ifjúsági klaszterba tartozik a testépítés, a divat, valamint a szabadidő orientált egészségturizmus; a Felső kategóriás klaszterba a gyógy-, a wellness- és a kultúrturizmus; a Mainstream klaszterba az egészségmegőrzés, valamint a családi egészségturizmus; végül a Szenior klaszterba a gyógy- és fürdőszolgáltatások (4. ábra).

Európában az egészségügyi/egészségturisztikai klaszterek száma folyamatosan nő. Ennek legfőbb oka, hogy a fejlettebb országok legdinamikusabb ágazata az egészséggazdaság. GRÖNEMEYER, D.H.W. (2001) 12 nyugat-európai országra kiterjedő vizsgálata alapján megállapítható, hogy az egészségügyi szolgáltatások iránti kereslet 1990–2001 között megduplázódott. A növekedést a következő tényezők indokolták: az öregedő társadalmak, a szabadidő növekedése, a javuló életkörülmények.



4. ábra. Az egészségügyi és az egészségturisztikai klaszterek tipizálása a társadalmi viszonyok függvényében. Forrás: Kocziszký Gy. 2004
Typology of health care and health tourism clusters in terms of social relations. Source: Kocziszký Gy. 2004

A felmérés szerint az egészségmegőrzéshez és gyógyuláshoz kapcsolódó szolgáltatásokat 2001-ben megközelítőleg 16 millió ember vette igénybe. A nyugat-európaiak utazásainak 10%-a (23 millió nap/év) volt egészségturisztikai jellegű. 2002-ben mintegy 2000 új gyógyászati készítmény és szabadalom jelent meg a piacon, ami hozzávetőlegesen 200 milliárd USD forgalmat generált.

Európában az egészség-klaszterek modellje alapján a svájci, osztrák és a német piacok aktivizálódtak. Az említett országokban az 1990-es évek elejétől kezdve jöttek létre ilyen klaszterek. Ausztriában a belföldi turizmus fejlesztése kapcsán jutottak kiemelt szerephez. Az osztrákok egészségturisztikai célzatú útjainak kb. 60%-a belföldön realizálódik. A változásoknak köszönhetően a résztvevők aránya 164%-kal nőtt az elmúlt másfél évtizedben. A fejlesztések hatására az érintett szereplők 96%-a klaszterekbe tömörült.

Németország esetén az újraegyesítést követően főleg a kelet-német területek szorgalmazták a hálózatosodást. Svájc esetében a tartományi kormányok gazdaságpolitikai lépései segítették elő a klaszterek létesítését, azok hozzáadott értékteremtő képességét hangsúlyozva (Kocziszký Gy. 2004).

Hazai példák

Magyarországon az első klaszter kezdemények a jelentősen megkésve, az 1990-es években alakultak. Az időbeli csúszás elsődleges oka a hazai nagyipar kései szétesése volt. A hazai hálózatosodás alapját jelentő kis- és középvállalkozások csak a privatizációs folyamatok kezdetével alakultak meg. További problémát jelentett (és ma is jelent) a vállalatok egymás iránti bizalmatlansága, a szükséges párbeszéd elmaradása. Az együttműködés fontosságát napjainkban sem igazán ismerik fel a szereplők.

Ahogy az egészségturizmus fejlődésének, a klaszterek szerveződésének is a Széchenyi Terv gazdaságfejlesztési elképzelései adtak új lendületet. A program befejeztével (a támogatások megszűnésével) a hálózati kezdemények kezdeti lendülete visszaesett (Kocziszký Gy. 2004).

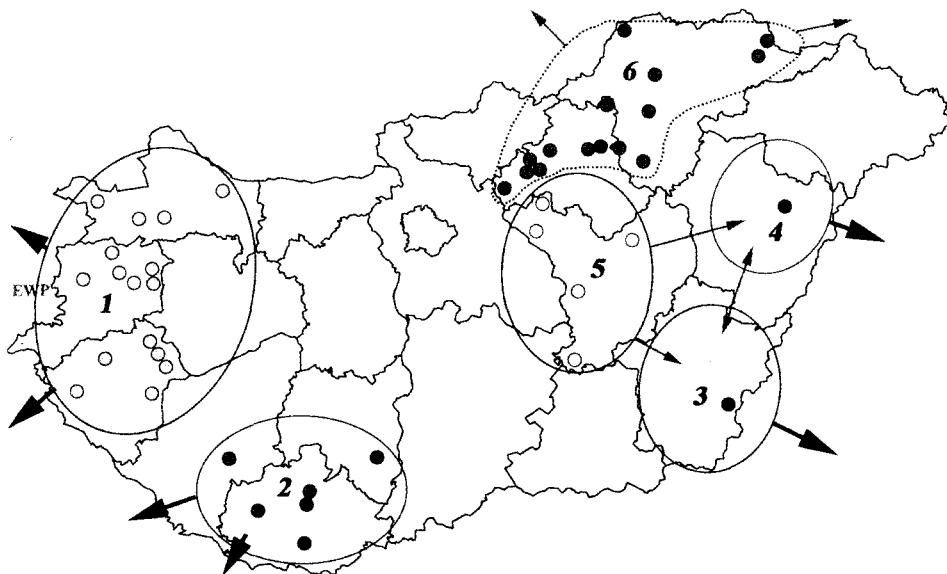
Hazánkban a klaszterek képződésében – ellentétesen az Európai Unióban látható példákkal – jelentősebb a politikai befolyás, a felülről történő kezdeményezések szerepe.

Jelenleg körülbelül 40 azoknak a társulásoknak a száma, amelyek viselik a klaszter nevet. Ez a szám jelentősen csökken, ha a ténylegesen működő társulásokat vesszük számba. Hazánkban elsősorban az iparban (autógyártás, elektronika, faipar, élelmiszeripar, építőipar, textilipar) és a turizmusban figyelhetők meg ilyen kezdeményezések. A kialakult klaszterek regionális megoszlását illetően egyértelmű a Dunántúl fölénye (Sass M. et al. 2006).

A hagyományosnak számító iparágakkal szemben a magyar egészségturizmuson belül jelentős klaszteresedési kedv 2000 óta figyelhető meg, annak

ellenére is, hogy az ágazat az elmúlt években dinamikus fejlődést mutatott. Az egészségügyi/egészségturisztikai társulások létrehozása több okból indokolt. A lakosság körében egyre nagyobb igény mutatkozik az egészségmegőrzés iránt. Ezzel párhuzamosan a szolgáltatásokat igénybe vevők egyre komplexebb termékeket igényelnek. Hazánkban egyre többen ismerik fel, hogy az egzisztenciális és intellektuális biztonság alapja a megfelelő egészségi állapot.

Az egészségügyi/egészségturisztikai klaszterek kialakításával megvalósulhat a stratégiai pozicionálás, amelynek segítségével a tagok a piaci igények felismerése mellett differenciálhatják termékeiket, így megszűnhet az „ad hoc” jellegű és indokolatlan fejlesztések sora. Jelenleg problémát jelent, hogy a kialakult egészségturisztikai-klaszterek – más iparági klaszterekhez hasonlóan – a hálózatosodásból származó előnyök töredékét használják ki, és a klasztertagok közötti együttműködések is felületesek (5. ábra).



5. ábra. A magyarországi egészség-klaszterek (szerk.: Kovács G.–HEGEDÜS V. 2005). – 1 = Pannon Termál Klaszter; 2 = Dél-Dunántúli Gyógy- és Termálturisztikai Klaszter; 3 = Dél-alföldi Termál Klaszter; 4 = Észak-alföldi Termál Klaszter Egyesület; 5 = Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Termálklaszter; 6 = Észak-Magyarországi Egészségturisztikai Klaszter (megalakulóban) (A klaszterek adatainak feldolgozása folyamatos.)

Hungarian health clusters. (Ed. by Kovács, G and HEGEDÜS, V. 2005). – 1 = Pannonian Thermal Cluster; 2 = South Transdanubian Spa and Thermal Touristic Cluster; 3 = South Great Plain Thermal Cluster; 4 = North Great Plain Thermal Cluster; 5 = Thermal Cluster of Jász-Nagykun-Szolnok County; 6 = North Hungarian Health Tourism Cluster (under organization). (The process of the data of clusters is continuous.)

A kialakult hálózatok legjelentősebb outputjai közé a vállalatok közötti kapcsolatok erősítése, ehhez szükséges fórum biztosítása, konferenciák szervezése, honlapokon való közös megjelenés, minőségbiztosítási rendszerek közös kialakítása, összehangolt munkaerő képzés-oktatás, pályázatfigyelés, forrásszerzés sorolható. Hiányzik a klasztertagok által összehangolt, mégis differenciált termékfejlesztés, valamint az ehhez szükséges marketingtevékenység, ami a nemzetközi tapasztalatokat is figyelembe véve a klaszterek legfontosabb tevékenysége. A klaszterek nagy lehetőséget jelentenek a jövőre nézve. Integrálják a helyi szolgáltatásokat, racionalizálhatják a beszerzéseket, erősíthetik a területfejlesztési irányokat, tovább erősítve a koncepciókat, azonban a megvalósulás teljes fokához lényegesen nagyobb kooperációra lenne szükség, mint az jelenleg ismeretes.

Magyarországon jelenleg 6 egészségügyi/egészségturisztikai klaszter működik, amelyek szerkezetük alapján beilleszthetők az egészség-klaszterek versenyképességének modelljébe. A klaszteresedési kedv fokozódása bizakodásra ad okot, hiszen a hálózatok kialakulásának több feltétele is van, amelyek közül kiemelhetjük a kooperációra való igényt, a szakértelem fokozódását és azt a gondolkodásmódbeli változást, amelynek segítségével kinyílnak az együttműködés új perspektívái. Különösen biztató az a tény a jövőre nézve, hogy a hazai turizmuson belül – súlyánál fogva – az egészségturizmusban jelent meg elsőként a klaszterképződés, a térszerveződésnek ez a speciális formája.

Összefoglalás

Magyarországon közel két évtizede vette kezdetét a gazdaság és a társadalom átalakulásának folyamata, amelynek során a rendszert alkotó elemek mindegyike jelentősen megváltozott. A változások főként területi szinten produkáltak látványos eredményeket, kiemelt szerephez juttatva ezzel a területfejlesztést és a területi politikákat.

Az idegenforgalom, azon belül is az egészségturizmus a regionális területfejlesztés egyik jelentős faktora. Az ágazatban rejlő lehetőségeket és adottságokat felhasználva és kihasználva az egészségturizmus tudatos (át)alakítása figyelhető meg.

Az említett folyamatok hatására hazánk egészségturizmusa is jelentősen átforgalmódott. Kínálata már nem tudta kielégíteni a keresleti igényeket, így szükségessé vált újragondolni az ágazat előtt álló feladatokat és elvárásokat.

Az első változtatásokat az addigi nevezékntanban volt szükséges megtenni. Definiálni kellett, a nálunk addig ismeretlen fogalmakat, mint a wellness vagy a spa.

Az új fogalomrendszer bevezetése után kezdődhetett meg egy szerkezeti átalakítás, amelyet a Széchenyi Terv elindulásától datálhatunk. Az egészségturizmus ekkor új impulzusokkal töltődött, megnőtt a beruházási kedv és eddig még soha nem látott állami támogatásokat ítélték oda az érintett intézményeknek.

A hatások rövid időn belül mérhetővé váltak a kereskedelmi szálláshelyek vendégforgalmi statisztikái, valamint a fürdők forgalmi statisztikái által. Az eredményességet igazolta továbbá, hogy 2004-ben új szálláshely típus került bevezetésre a KSH statisztikai adatbázisába, ez volt a wellness-szálloda. A szálláshelyi statisztikákat vizsgálva, az említett szálláshelyek eredményessége megkérdőjelezhetetlen.

A növekvő támogatási- és a beruházási kedv, erősítve az egészségturizmus versenyképességét és jövedelemteremtő képességét, területileg és funkcionálisan differenciálta a szereplőket. Bár a régiók előnyei és hátrányai (szálláshely és termék alapon is) statisztikailag vizsgálhatók, azonban hiba volna győzteseket, ill. veszteseket hirdetni az eddigi fejlesztések eredményei alapján.

A területi differenciálódás negatívan befolyásolhatja az egyes térségek versenyképességét, azonban új távlatokat is teremt, hiszen összefogásra, együttműködésre készíti a földrajzilag koncentráltan elhelyezkedő ágazati szereplőket és életre hívja a gazdasági térszerveződések egy formáját, a regionális klasztereket.

IRODALOM

- AUBERT, A.–MISZLER, M. 2004. A regionális szintű termékfejlesztés és -menedzselés elméleti keretei a gyógy- és termálturizmusban. – In: AUBERT A.–CSAPÓ J. (szerk.): Egészségturizmus. Pécsi Tudományegyetem Földrajzi Intézet, Pécs, pp. 3–29.
- Az egészségturizmus marketingkonceptiója – Magyar Turizmus Zrt. Turizmus Bulletin. 2002/2. pp. 3–24.
- BENKE R. 1981. Belső turizmusunk. – Kossuth Kiadó, Bp., 100 p.
- CZEGLÉDI J.–IMRE J. 1989. Turizmus itthon és külföldön. – Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Bp. 376 p.
- EÖRY E.–HEGEDÜS V. 2006. Az egészségturizmus Magyarországon. – In: AUBERT A. (szerk.): Magyarország idegenforgalmi atlasza. Cartographia Kiadó, Bp. 64 p.
- GELLA I. 2004. Az egészségturizmus szerepe – nagyságrendje Magyarország turizmusában. – Kézirat, Bp. 44 p.
- GRÖNEMEYER, D. H.W. 2001. Med in Deutschland. – Standort mit Zukunft. Leipzig.
- HEGEDÜS V. 2004. Egy regionális termál- és gyógyfürdő fejlesztési dilemmái Igal példáján. – Szakdolgozat, PTE, Pécs, 96 p.
- HEGEDÜS V. 2005. A magyar egészségturisztikai fejlesztések és azok hatása a keresletre és kínálatra. – In: TÓTH J.–BARANYAI G. (szerk.): Földrajzi Tanulmányok a Pécsi Doktoriskolából V. Rotari Nyomda, Komló, pp. 60–75.
- Idegenforgalmi statisztikai évkönyvek 1999–2005. – KSH, Bp.
- KOCZISZKY GY. 2004. Egészségügyi klaszter(ek) kialakításának lehetőségei az Észak-Magyarországi Régióban. – Észak-magyarországi Stratégiai Füzetek, 1/2. pp. 3–32.
- LENGYEL I. 2005. A regionális versenyképesség értelmezése és piramismodellje. – Területi Statisztika 46. 2. pp. 131–147.

- LENGYEL I.–RECHNITZER J. 2002. A hazai építőipar versenyképességének javítása: klaszterek szerepe a gazdaságfejlesztésben. – Régió Art Kiadó, Győr, pp. 99–125.
- LENGYEL M. 2004. A turizmus általános elmélete. – Heller Farkas Gazdasági és Turisztikai Szolgáltatások Főiskolája, Bp. 525 p.
- PORTER, M.E. 1998. Clusters and the New Economics of Competition. – Harvard Business Review, pp. 77–90.
- RÁTZ T. 2004. Zennis és Lomi Lomi, avagy új trendek az egészségturizmusban. – In: AUBERT A.–CSAPÓ J. (szerk.): Egészségturizmus. PTE Földrajzi Intézet, Pécs. pp. 46–65.
- RECHNITZER J. 1998. A területi stratégiák. – Dialóg Campus Kiadó, Bp–Pécs, 348 p.
- Regionális klaszterek és a létesítésükre, működtetésükre vonatkozó politikák az Európai Unióban és Magyarországon, 2003. – Szakmai vitaanyag. SEED Kisvállalkozás-fejlesztési Alapítvány, Bp.
- SASS M. et al. 2006. A beszállító programoktól a klaszter-támogatásig: nemzetközi tapasztalatok, hazai lehetőségek. – ICEG EC Munkafüzet 18.
- VAJDA R.–VADAS V. 1990. Magyarország gyógy-idegenforgalma. – ALFAPRINT Nyomdaipari Kiszövetkezeti, Bp., 167 p.
- <http://epa.oszk.hu/00800/00890/00002/data/17.pdf>
- http://nkomftp.hungary.com/palyazatok/eger_nyitva.pdf
- <http://www.digitalcity.hu/digitalcity/entity/entityNews.jsp?dom=AAAABIOO&egd>
- http://www.onkorkep.hu/15_04/8_15.htm

Kertész Ádám: Tájökológia. Holnap Kiadó - Budapest 2003. 166 p.

A környezetvédelmi, ökológiai diszciplínák által felvetett, kutatott témák a szűkebb szakma mellett egyre inkább a közéleti érdeklődés fókuszába kerülnek. Ezzel párhuzamosan szélesebb teret kapnak a felsőoktatás palettáján a tájökológiával kapcsolatos ismeretek. Öröndetes tény, hogy a hallgatók, geográfus szakemberek, és a rokontudományok képviselői egyre bővülő magyar nyelvű szakirodalomból válogathatnak a témával való ismerkedés kapcsán. **Kertész Ádám** könyve a Tájökológia, Geoökológia, a főként elméleti, és kisebb részben gyakorlati kérdéseit taglaló kötetek sorát gazdagítja, mikor hasonlóan **Csorba Péter** azonos címmel kiadott, 1997-ben megjelent munkájához, e tudományterület fogalmaival, főbb kutatási irányjaival ismerteti meg az érdeklődő olvasót.

A könyv akár a „Bevezetés a Tájökológiába” címet is viselhetné, hiszen szerzője – mint ahogyan ezt bevezetőjében is említi – széles olvasóközönségnek szánja. És valóban, a kötet olvasmányos stílusban, közérthetően tárgyalja a tudományterület alapfogalmait, sokszor utalva az egyes fogalmak kialakulásának tudománytörténeti útjára, néhol kutatóműhelyenként eltérő értelmezési lehetőségeire is. Emellett, a könyvben számos helyen „elvarratlan szálakat” is találunk, melyek továbbgondolásra az egyes részkérdések, és gyakorlati alkalmazások irodalmában való további búvárkodásra ösztönzik az olvasót.

Az első fejezet „A Tájökológia kialakulása” címet viseli, de képet kapunk belőle e tudományág legfontosabb, néha még a szakemberek által is hibásan használt alapfogalmait (geoökológia, tájökológia, táj, környezet stb.) közötti hasonlóságokról, különbségekről. Bizony nem könnyű eligazodni a külföldi szakirodalom nevezéktaiban, és emellett nagyon fontos a magyar megnevezések, (pl. tájsejt) meghonosítása, terjesztése is. Szintén ebben a fejezetben esik szó a természeti környezetpotenciál fogalmáról, meghatározásának lehetséges módzatairól. A szerző itt többféle módszert ismertet, hangsúlyozva azok jelentőségét a gyakorlati alkalmazás területén.