

Az egészségturizmus fejlesztési alternatívái a területi egyenlőtlenségek csökkentésére

Alternatives for developing health tourism to reduce territorial inequalities

HELMECZY G.¹, LÁ CZAY M.²

¹Debreceni Egyetem, Egészségtudományi Kar, helmeczi.gabriella@etk.unideb.hu

²Debreceni Egyetem, Egészségtudományi Kar, laczay.magdolna@etk.unideb.hu

Absztrakt.

Az egészségturizmus az elmúlt években a turisztikai ágazat egyik meghatározó szegmensévé vált, jelentős gazdasági és társadalmi hatásokkal bír. Fontos szerepet játszik a prevencióban, az egészséges életmód kialakításában, valamint a gyógyászati szolgáltatásokhoz való hozzáférés javításában. Ugyanakkor az egészségturisztikai ellátások területi koncentrációja komoly kihívást jelent: a periférián élő lakosság gyakran nem tud élni ezekkel a lehetőségekkel, ami hozzájárul a társadalmi egyenlőtlenségek mélyüléséhez. A tanulmány célja az egészségturisztikai szolgáltatásokhoz – különösen a gyógyfürdőkhoz – való hozzáférés vidéki térségekben tapasztalható egyenlőtlenségeinek feltárása. 2025 júniusában 109 fő bevonásával, Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyére fókuszálva, önkitöltős kérdőíves adatfelvételt végeztünk. A vizsgálat pilot jellegű, a minta nem reprezentatív, amely korlátozza ugyan az általánosíthatóságot, de fontos irányt mutat a jövőbeli, nagyobb elemszámú kutatások számára. Az adatokat keresztábra-elemzéssel, khi-négyzet és Fisher-próbákkal értékeltük. Munkánkkal szeretnénk alternatív javaslatokat, lehetőségeket feltárni, és ezzel hozzájárulni a társadalmi és területi esélykülönbségek mérsékléséhez.

Kulcsszavak: egészség, egészségturizmus, gyógyturizmus, gyógyfürdő, területi egyenlőtlenség

Abstract.

Health tourism has become one of the key segments of the tourism industry in recent years, with significant economic and social impacts. It plays an important role in prevention, promoting healthy lifestyles, and improving access to medical services. At the same time, the geographical concentration of health tourism services poses a serious challenge: people living in peripheral areas are often unable to take advantage of these opportunities, which contributes to the deepening of social inequalities. The aim of the study is to explore the inequalities in access to health tourism services, especially spas, in rural areas. In June 2025, we conducted a self-administered questionnaire survey involving 109 people, focusing on Szabolcs-Szatmár-Bereg County. The study is pilot in nature and the sample is not representative, which limits its generalizability but provides important guidance for future research with larger sample sizes. The data were evaluated using cross-tabulation analysis,

¹ ORCID azonosító: 0000-0002-0762-4030

² ORCID azonosító: 0000-0002-5414-2181

chi-square and Fisher's exact tests. With our work, we would like to explore alternative proposals and possibilities, thereby contributing to the reduction of social and regional disparities.

Keywords: health, health tourism, medical tourism, medical spa; territorial inequality

JEL Kód: Z32, R58

Bevezetés, téma felvetés

Hazánkban a turizmus jelentős szerepet tölt be a helyi gazdaság- és térségfejlesztésben. Ezen belül az egészségturizmus fejlesztése – a lakosság egészségi állapota miatt – kiemelten fejlesztendő (Gulyás, 2019; Gyurkó et al., 2023; Turizmus 2.0; Szabó, 2021). Az elmúlt évtizedekben a gazdasági javak térbeli koncentrációja miatt a vidéki, periférikus térségek a társadalmi-gazdasági folyamatok nagy veszteseivé váltak: csökkenő társadalmi szerepkörrel, korlátozott gazdasági lehetőségekkel és fokozódó leszakadással szembesülnek. Ez jelenség a magyar turizmusban is tetten érhető: a központi térségek súlya erősödik, míg a perifériák lemaradása nő, ami az egészségturisztikai szolgáltatások elérhetőségében is területi különbségekhez vezet (Gyurkó et al, 2023). Mindez felveti, hogy a szolgáltatások – különösen a gyógyfürdő-szolgáltatások – milyen mértékben érhetők el a vidéki, elsősorban falusi térségek lakossága számára? Jelen tanulmány célja az egészségturizmushoz - kiemelten a fürdőgyógyászatihoz - való hozzáférés területi és társadalmi korlátainak feltárása, különös tekintettel a Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyei kistérségek helyzetére.

1. Az egészségturizmus fogalma, jelentősége és hazai sajátosságai

Az egészségturizmus fejlesztése Magyarországon kiemelt kormányzati céllá vált (Lövei-Kalmár, 2020), és mára a turizmus egyik legdinamikusabban növekvő, stratégiai jelentőségű ágazatának számít (Turizmus 2.0). Hozzájárul a turizmus és a helyi gazdaság fejlődéséhez is (Kővári, 2024), a foglalkoztatás és a településfejlesztési célkitűzések megvalósításához. A turizmus stratégiai fejlesztését társadalmi esélyegyenlőség és a munkaerőpiaci kihívások szemszögéből vizsgálva kijelenthetjük, hogy nemcsak gazdasági tényező, hanem – különösen az egészségturizmus – fontos szerepet játszik a prevencióban, az egészséges életmód támogatásában és a gyógyászati ellátáshoz való hozzáférés javításában.

A hazai egészségturisztikai szakirodalom szerint az egészségturizmus túlmutat a hagyományos fürdőszolgáltatásokon, és az egészségmegőrzés, betegségmegelőzés, valamint életmódformálás stratégiai eszközöként jelenik meg (Michalkó, 2016; Savella és Kóródi, 2018; Savella, 2019), miközben folyamatos szerkezeti és szolgáltatási változások jellemzik az ágazatot. Az egészségturizmus és a wellness fogalma kulturális, történelmi és nyelvi eltéréseket mutat (Smith és Puczkó, 2014). E különbségek ellenére az egészségturizmus központi sajátossága már a nevében is megjelenik: kulcseleme az egészség, amely a turizmus keretein belül elsősorban a szabadidő hasznos és egészséges eltöltését szolgálja (Fábián, 2022). A szakemberek gyakran az öngyógyítás, a relaxáció és az élvezet egyik formájaként értelmezik (Ryan, 1997), mivel az utazás élménye hozzájárulhat a testi-lelki regenerációhoz. Filep (2012) kiemeli, hogy az utazás pozitív hatással van az emberek boldogságérzetére és életminőségére. A wellness és a gyógyturizmus ebben azonosságot mutat, a különbségek részletezését későbbre hagyva, a gyógyturizmus jellemző szolgáltatásai között megemlíthető, hogy a korrekciós, a rekreációs, sőt terápiás kezelések is megjelennek a kínálatában.

Az egészségturizmus definíciójában megjelenő életminőség összetett fogalom, a mi szemszögünkben vizsgálva magában foglalja az egészségi állapotot, a munkavégzés lehetőségét, az anyagi biztonságot, a társas kapcsolatokat, valamint a környezeti és a mentális tényezőket. Rahman modelljére (a modell részleteit lásd Takács, Fábián 2012) hivatkozva Smith és Puczkó (2012) rámutat arra, hogy a turizmus a tényezőket érintheti, mivel javíthatja az egészséget, növelheti a termelékenységet, elősegítheti az érzelmi jólétet, erősítheti a családi kapcsolatokat, valamint fejlesztheti a környezettudatosságot. Emellett szociális hatása, hogy a turisták ideiglenesen egy spontán közösség részévé válhatnak, amely kedvezően hat a társadalmi kapcsolódás élményére.

Magyarországon az egészségturizmus túlnyomórészt pihenést, rekreációt és gyógyító szolgáltatásokat kínál, eközben közvetetten hozzájárul az életminőség javításához is (Savella és Kóródi, 2023). A hazai egészségturisztikai rendszer kialakulásában és fejlődésében kulcsszerepet játszottak a különböző tudományterületek szakértői, akik szakmai tapasztalataikat és ismereteiket megosztva formálták a szegmens elméleti és gyakorlati alapjait (Zsarnóczky, 2019). Az elméleti összefoglalást a turisztikai szakemberek számára Smith és Puczkó (2010) alkották meg, modelljük máig meghatározó iránytűként szolgál a hazai szakirodalomban és gyakorlatban egyaránt. Az egészségturizmuson belül két fő irányvonal különíthető el: a gyógyturizmus, amely a gyógyításra és orvosi kezelésekre, valamint a wellness-turizmus, amely az egészségmegőrzésre, prevencióra és testi-lelki egyensúlyra fókuszál (Lövei-Kalmár, 2017).

1.1. Magyarország egészségturisztikai adottságai

Magyarország jelentős természeti gyógytényezőkkel rendelkezik, a hazai gyógyturizmus alapját ezek a tényezők adják. Hat minősített gyógybarlang, két mofetta és számos hévízkút működik országszerte (NNGYK, 2024). A gyógyvízkutak száma közel 250, a gyógyfürdők meghaladják a százat (KSH, 2024). A régió egészségturisztikai potenciálját különösen a gyógy- és termálfürdő-kincs határozza meg (Müller és Könyves, 2006), amelyet geológiai szempontból a felszín alatti vízkészlet mennyisége és ásványianyag-összetétele tesz különlegessé (Mező és Kovács, 2010). Emellett természetesen léteznek a turisztikai kínálatban más gyógytényezők (barlangok, természetjárásra, vízi sportokra alkalmas helyek), amelyekkel a turisztikai szolgáltatás bővíthető lenne.

A turisztikai adottságok hasznosíthatóságára országos és regionális stratégiai tervek születtek, amelyek közül kiemelhető komplexitása révén a Gyógyító Régiók elnevezésű koncepció, amely az egészségturizmus fejlesztését szoros együttműködésben, területfejlesztést az egészségügyi szektorral integráltan valósítja meg (Kerényi et al., 2010). A kezdeményezést a Mátrai Gyógyintézet vezetésével indították el, és a fejlesztési folyamat célja Észak-Magyarország és az Észak-Alföld egészségügyi és turisztikai adottságaira épülő, közös stratégiai célrendszer kialakítása volt.

1.2. Fürdők területi eloszlása Magyarországon

A KSH 2022-es adatai szerint Magyarországon 105 gyógyfürdő és 142 termálfürdő működik (1. táblázat). A területi eloszlás jelentős különbségeket mutat.

1. táblázat: Magyarország gyógy-és termálfürdői, 2022
Table 1: Medical and thermal spas in Hungary, 2022

Területi egység neve /vármegye	Fürdők típusok szerint gyógyfürdő	Fürdők típusok szerint termálfürdő
Budapest	9	12
Pest	3	8
Fejér	1	3
Komárom-Esztergom	2	2
Veszprém	1	2
Győr-Moson-Sopron	3	5
Vas	3	8
Zala	8	14
Baranya	4	6
Somogy	4	5
Tolna	2	4
Borsod-Abaúj-Zemplén	3	4
Heves	5	12

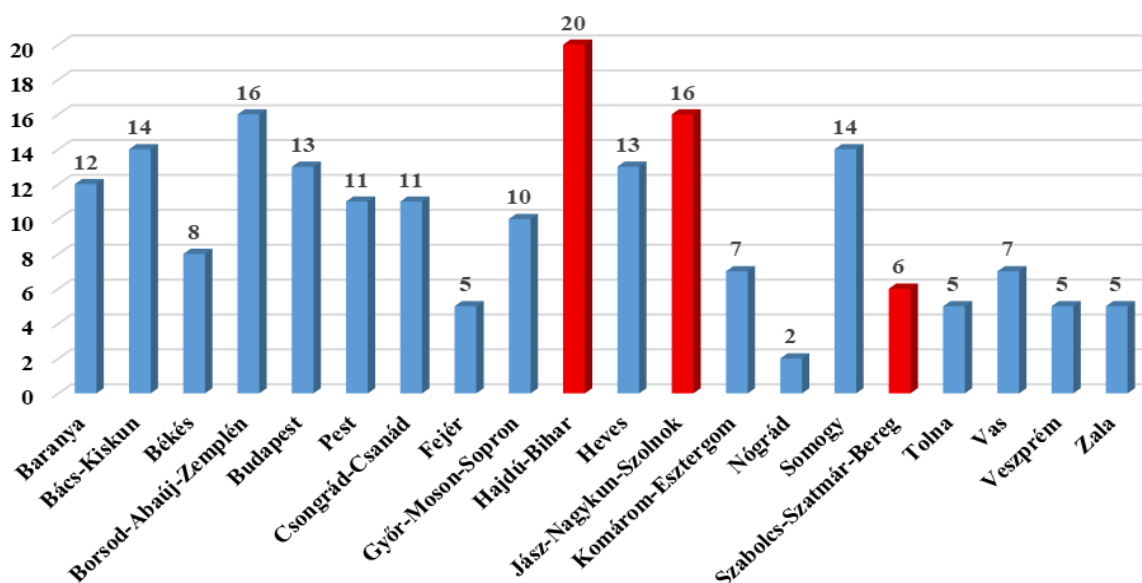
Nógrád	0	0
Hajdú-Bihar	13	11
Jász-Nagykun-Szolnok	6	11
Szabolcs-Szatmár-Bereg	7	6
Bács-Kiskun	10	13
Békés	12	10
Csongrád-Csanád	9	6
Összesen	105	142

Forrás: KSH, 2022

A fürdők száma – bár jelentős szóródást mutat – önmagában kevésbé árulkodó; ennél fontosabb a méretük, gyógyászati kínálatuk és vendégfogadási kapacitásuk, mivel néhány nagy fürdő uralja a piacot, míg kevés figyelem irányul arra, hogy ezek mennyiben járulnak hozzá a lakosság egészségi állapotának javításához. Stratégiai kihívást jelent, hogy a nagy wellness-orientált fürdők mellett a kisebb, gyógyászati kezelésekre specializált létesítmények fejlesztése is szükséges a minőségi előrelépéshez. Az Észak-Alföldi Régió kiemelkedik az egyéb gyógytényezők sűrűségét tekintve. Pl. az öt hazai gyógyiszap-lelőhelyből kettő – Tiszasüly és Hajdúszoboszló – itt található (Lövei-Kalmár, 2017), de kistérségek szintjén vannak anomáliák.

1.3. Gyógyászati ellátások földrajzi hozzáférhetősége

A NEAK (2022) országos nyilvántartása szerint az egészségturizmushoz kapcsolódó gyógyászati szolgáltatások hazai rendszere kiterjedt és sokszínű. A fürdők, gyógyintézetek és gyógyszállodák kínálata – például gyógyvizes medencék, iszappakolás, szénsavas fürdő, víz alatti torna – természetes gyógytényezőkre épül. Ezek a szolgáltatások nemcsak hagyományos fürdővárosokban (pl. Hévíz, Hajdúszoboszló, Gyula), hanem kisebb településeken is elérhetőek, így az egészségturizmus földrajzilag viszonylag széles körben hozzáférhető. Ugyanakkor a társadalombiztosítási támogatással igénybe vehető szolgáltatók területi megoszlása régióként eltérő: míg egyes megyékben sűrű a szolgáltatóhálózat, máshol alacsony a számuk, ami korlátozza a lakosság hozzáférését a természetes gyógykezelésekhez (1. ábra). A pirossal kiemelt vármegyék (Hajdú-Bihar, Jász-Nagykun-Szolnok és Szabolcs-Szatmár-Bereg) az Észak-Alföldi Régiót jelölik, amely a kutatás földrajzi fókuszterülete.



1. ábra: Társadalombiztosítás által támogatott gyógyászati szolgáltatók (db)
Figure 1: Medical providers supported by social security (pcs)

Forrás: NEAK, 2022

1.4. Hozzáférfési egyenlőtlenségek az egészségturizmusban

A hátrányos helyzetű térségek vizsgálata régóta központi szerepet tölt be a területi egyenlőtlenségeket elemző kutatásokban. A hátrányos helyzet a területek szolgáltatási színvonalát negatívan befolyásolja, ugyanakkor a területek turisztikai vonzereje jelentős hatással van gazdasági teljesítőképességükre. (Cárdenas-García et al., 2024). Brida et al (2016) szerint a nemzetközi turizmus a gazdasági növekedés motorja, tehát az ellenmondások kölcsönhatása mindenképp negatív. A lakosság jövedelmi helyzete a Covid-19 járvány előtt összességében javuló tendenciát mutatott (KSH, 2020), de a társadalmi különbségek fennmaradtak, sőt egyes esetekben azóta mélyülnek (Takács et al., 2023). A periférikus régiókban gazdasági visszaesés tapasztalható, ami társadalmi feszültségekhez és elnéptelenedéshez vezethet (Gyurkó et al., 2023). Egyes elméleti megközelítések, mint például Wallerstein centrum-periféria elmélete, jól keretbe foglalják ezt a jelenséget: a központi (városi, fejlettebb) térségek javára történő forráskoncentráció hozzájárul a perifériák relatív elszegényedéséhez (Mizik, 2018).

A munkaerőpiaci adatok is igazolják ezt a negatív folyamatot. 2024-ben a közfoglalkoztatásban részt vevők több mint fele három vármegyéből (Szabolcs-Szatmár-Bereg, Borsod-Abaúj-Zemplén, Hajdú-Bihar), főként a hátrányos helyzetű kistelepülésekről került ki (Belügyminisztérium, 2024). Szabolcs-Szatmár-Bereg munkanélküliségi rátája az elmúlt évben közel 9%, ami meghaladja az Észak-Alföldi régió átlagát (7%), és több mint kétszerese az országos átlagnak. A vármegye tehát továbbra is súlyos munkaerő-piaci, foglalkoztatási problémákkal küzd (KSH, 2024). Uzzoli és munkatársai rendszerszintű elemzése szerint a perifériás térségekben – így Szabolcs-Szatmár-Beregben – nemcsak a foglalkoztatási lehetőségek szűkösek, hanem az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés is korlátozott. A területi elhelyezkedés így alapvetően hozzá járul a szociális, gazdasági és egészségi hátrányok együttes halmozódásához (Uzzoli és Beke, 2018).

Azt jelenti ez, hogy az egészségturizmus relatív fejlettsége ellenére nem minden társadalmi réteg fér hozzá azonos mértékben a gyógyturisztikai szolgáltatásokhoz. A periférikus területeken a középréteg létszáma csökken, miközben az egészségmegőrzést támogató rekreációs szolgáltatásokhoz – például a SZÉP-kártyán keresztül – elsősorban azok a polgárok férnek hozzá, akik számára ezek legalább alkalmasszerűen elérhetőek, és legfeljebb évi egy-két alkalommal valósul meg (Varga és Csákvári, 2019). Az egészségturizmushoz való hozzáférést tehát nemcsak az egyének anyagi helyzete, hanem az adott térség fejlettsége is nagyban befolyásolja. A különböző vármegyék között jelentős különbségek mutatkoznak az infrastruktúra, a közlekedési lehetőségek, a gazdasági potenciál és szolgáltatási színvonal terén. Michalkó (2016) hangsúlyozza, hogy az alpinfrastruktúra (közlekedés, közművek, kommunikáció – az ún. '3K1) megléte nélkül a turizmus fejlesztése és fenntartható működtetése nem biztosítható. Számos magyarországi térség – köztük hátrányos helyzetű települések is – rendelkezik egészségturisztikai potenciállal, azonban ezek kihasználása gyakran elmarad a megfelelő infrastruktúrális feltételek hiánya miatt. A turisztikai infrastruktúra fejlesztése – beleértve a közműhálózatokat, a szálláshelyeket, a közlekedést, valamint szabadidős és egészségügyi létesítményeket – nem csupán a turisták, hanem a helyi lakosság számára is fontosak, hiszen közvetetten hozzájárulnak a mindennapi életminőség javításához (Michalkó, 2016).

A hazai egészségturizmus egyik jelentős kihívása tehát a területi egyenlőtlenségek mérséklése, mivel a periférián élő lakosság számára sok esetben még mindig nem biztosított a korszerű és magas színvonalú gyógyászati szolgáltatások elérhetősége, miközben ezekben a térségekben a megállapított krónikus betegek száma és jogosultsága bizonyítottan magas (ELEF 2019). A hátrányos helyzet, a területi egyenlőtlenségek előidézhetik a társadalmi és egészségügyi leszakadást, és károsan hatnak az egyébként egészségügyi problémákkal élő hátrányos helyzetű emberek munkaerőpiaci, életmódbeli lehetőségeire, vagyis a folyamatok összefonódnak.

2. Anyag és módszer

Az egészségturizmus szakirodalma meglehetősen gazdag. Témám szempontjából szerencsére vannak kiváló kutatók, akik az ország más régióiról irányadó munkákat publikáltak – pl. Szabó Z., Hojcska Á. E., Uzzoli A –, amelyek segítették a szakirodalmi elemzést, a problémák meghatározását.

A tanulmány empirikus alapját egy primer kérdőíves adatfelvétellel épülő kvantitatív kutatás képezi, melynek célja az egészségturisztikai szolgáltatások igénybevételét és annak akadályait befolyásoló társadalmi-demográfiai tényezők feltárása. Ennek megfelelően az alábbi kutatási kérdéskörök kerültek megfogalmazásra:

1. Milyen társadalmi-demográfiai tényezők (például jövedelmi helyzet, iskolai végzettség, lakóhely típusa) befolyásolják az egészségturisztikai szolgáltatások igénybevételének gyakoriságát a vidéki lakosság körében?
2. Milyen tényezők jelentenek akadályt az egészségturisztikai szolgáltatásokhoz való hozzáférésben, és ezek milyen összefüggést mutatnak a válaszadók jövedelmi és lakóhelyi jellemzőivel?

A kutatás különös tekintettel fókuszált a jövedelmi helyzet, az iskolai végzettség, az életkor, az önértékelt egészségi állapot, valamint a fürdőszolgáltatásokhoz való hozzáférést nehezítő akadályok szerinti különbségekre. A kérdőíves adatfelvétel online és papíralapú formában, 2025 júniusában zajlott, és összesen 109 fő válaszait tartalmazza. A minta nem reprezentatív, jelen esetben a feldolgozást pilot jellegűnek, a részeredmények felmérésének tekintjük, ugyanakkor a Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyei lakosság körében területi és társadalmi sokszínűség biztosítására törekedtünk. A válaszadók túlnyomó többsége ugyanis Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegye községeiben él (Rohod, Ófehértó, Nyírgyulaj, Szamoskér, Nyírkércs, Nyírparasznya, Pátroha, Tuzsér); kisebb részük kisvárosokból (pl. Baktalórántháza, Nyírmada, Vaja, Mátészalka, Vásárosnamény), vagy a megyeszékhelyről származik. Három válaszadó lakik a megyén kívül, Debrecenben. A minta kor és jövedelmi szempontból is heterogén, ami lehetőséget biztosított szocioökonómiai és korcsoportos bontású elemzések elvégzésére.

A kérdőív 18 zárt és 2 nyitott kérdést tartalmazott, az alábbi témákban:

- demográfiai adatok (nem, életkor, iskolai végzettség, gazdasági aktivitás, családi állapot, lakóhely, becsült nettó jövedelem),
- önértékelt egészségi állapot,
- fürdőszolgáltatások igénybevételének gyakorisága,
- hozzáférési akadályok (pl. utazási nehézségek, magas belépőár, információhiány).

Az adatok előfeldolgozása és kódolása Microsoft Excel programban történt (pl. korcsoport- és jövedelemkategóriák numerikus kódolása, többszörös válaszok bináris változókká alakítása, kereszttáblák, ábrák készítése). A statisztikai összefüggések vizsgálatára az SPSS szoftvert használtuk. A változók közötti kapcsolatok tesztelésére kereszttábla-elemzést és khi-négyzet próbát alkalmaztunk, 5%-os ($p < 0,05$) szignifikanciaszint mellett. Az alacsony elemszámú cellákat tartalmazó táblázatok esetében a Fisher-féle egzakt próbát alkalmaztuk, amelyet az R programcsomag segítségével végeztünk el.

2.1. A kutatás nehézségei

Már a kutatás tervezésekor számításba kellett venni, hogy a téma komplexitása miatt több diszciplína eredményeit kell felhasználni. Ebből adódóan a szakirodalmi elemzésnél a turisztikai és az egészségtudományi munkák mellett az egészségszociológia és a területfejlesztési szakmunkákat is számításba kellett venni. A szolgáltatási és a turisztikai eltérések vizsgálatához használható statisztikai adatokat a KSH közöl, viszont a megjelentetés egy-két évet késik, és akkor is csak az általános információkat ismerhetjük meg. Az egyedi problémák felfedezéséhez saját kutatás vált szükségessé. A legjobb módszernek a kérdőíves megkérdezés mutatkozott, amelyben a többféle szakterületet érintő konkrét válaszokat megkaphatjuk.

A minta földrajzilag erősen koncentrált Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyére, és a válaszadók száma ($N=109$) viszonylag alacsony. A viszonylag alacsony elemszám miatt egyes kereszttáblákban több cella is kis esetszámot tartalmazott. Ez módszertani korlátozást jelentett, mivel a khi-négyzet próba alkalmazhatósága ilyenkor korlátozott. Ennek áthidalására a Fisher-féle egzakt próbát alkalmaztuk (R programcsomag segítségével), amely megfelelőbb választ ad kis elemszámú cellák esetében.

A nem reprezentatív, önkitöltős kérdőívből származó adatok ezért elsősorban pilot jellegű, feltáró következtetések levonására alkalmasak, és nem tekinthetők általánosíthatónak a teljes vidéki lakosságra. Ugyanakkor az eredmények irányt mutathatnak, és megalapozhatják egy nagyobb elemszámú, reprezentatív vizsgálat megtervezését.

3. Eredmények

A kérdőív célja az volt, hogy feltérképezze a válaszadók társadalmi és demográfiai jellemzőit, valamint ezek kapcsolatát az egészségtudatos magatartással és az egészségturisztikai szolgáltatások igénybevételével.

3.1. A válaszadók megoszlása korcsoport, lakóhely és nem szerint

A kérdőíves kutatásban részt vevő válaszadók társadalmi-demográfiai jellemzőinek feltárása elengedhetetlen a vizsgálat eredményeinek értelmezéséhez. A kitöltők nemek és életkor szerinti megoszlása, valamint lakóhelyük típusa – feltételezésünk szerint befolyásolhatják az egészségtudatos attitűdöt és az egészségturisztikai szolgáltatások igénybevételét.

A válaszadók demográfiai jellemzői közül elsőként a nem és életkor szerinti megoszlást mutatja a 2. táblázat.

2. táblázat: A válaszadók nemek és korcsoportok szerinti megoszlása
Table 2: Distribution of respondents by gender and age group

Korcsoport	Férfi (fő)	Férfi (%)	Nő (fő)	Nő (%)	Összesen (fő)	Összesen (%)
16-24	3	2,8%	6	5,5%	9	8,3%
25-34	3	2,8%	5	4,6%	8	7,3%
35-44	7	6,4%	25	22,9%	32	29,4%
45-54	11	10,1%	27	24,8%	38	34,9%
55-64	3	2,8%	5	4,6%	8	7,3%
65-74	1	0,9%	10	9,2%	11	10,1%
75+	2	1,8%	1	0,9%	3	2,8%
Összesen	30	27,5%	79	72,5%	109	100,0%

Forrás: Saját szerkesztés, 2025

A 2. táblázatban jól látható két dolog: egyrészt a nők nagyobb aránya, másrészt, hogy a középkorú, még munka szempontjából aktív korú válaszadók száma a legmagasabb. Véleményük azért is fontos lehet, mert épp ők azok a munkaerőpiaci szempontból veszélyeztetettek, akiknek a fürdőgyógyászati kezelések elérhetősége sokat segíthetne.

A 3. táblázatban látható, hogy a kutatásban részt vevő 109 főből a válaszadók kétharmada (66%) faluban vagy községben él, amely egyértelműen domináns lakókönyezeti típusként jelenik meg a mintában. Városban a résztvevők 27%-a (30 fő), míg vármegyeszékhelyen csupán 6,4% (7 fő) él.

3. táblázat: A válaszadók lakóhely szerinti megoszlása
Table 3: Distribution of respondents by place of residence

Lakóhely típusa	Férfi (fő)	Férfi (%)	Nő (fő)	Nő (%)	Összesen (fő)	Összesen (%)
Falu/község	21	19,3%	51	46,8%	72	66,1%
Vármegyeszékhely	2	1,8%	5	4,6%	7	6,4%
Város	7	6,4%	23	21,1%	30	27,5%
Összesen	30	27,5%	79	72,5%	109	100,0%

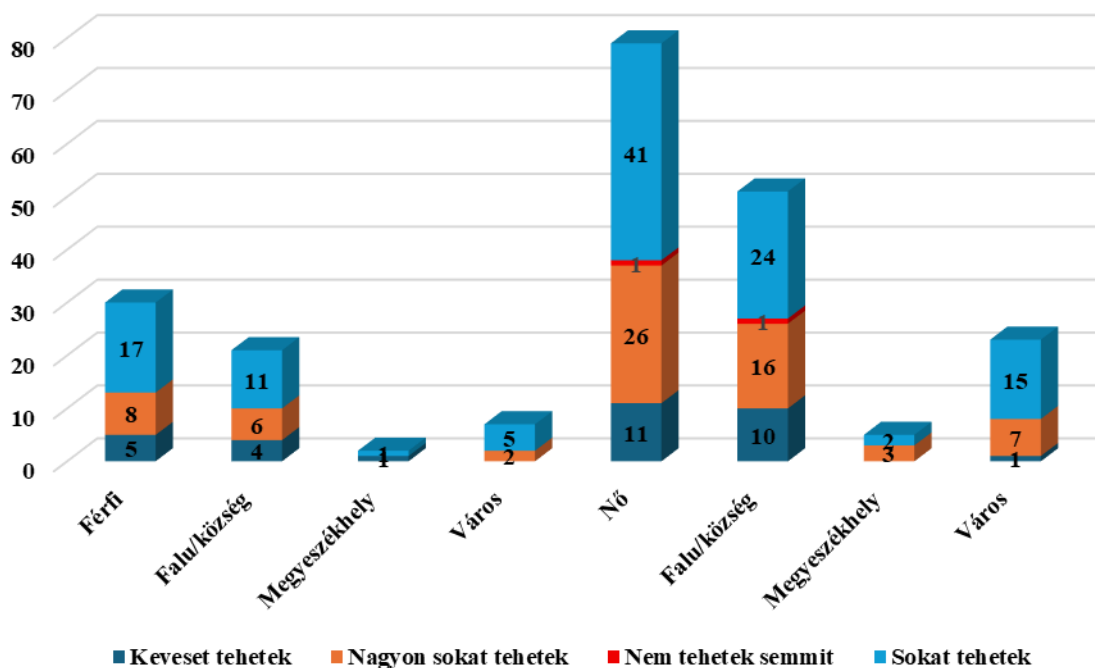
Forrás: Saját szerkesztés, 2025

A nemek szerinti bontásból látható, hogy a falvakban élő válaszadók között a nők erőteljesen felülreprezentáltak: a 72 főből 51 nő (47 %), míg csak 21 férfi (19 %) volt. Hasonló tendencia figyelhető meg a városok esetében is, ahol a női válaszadók száma több mint háromszorosa a férfiakénak (21 % nő, 6 % férfi). Az adatok alapján megállapítható, de nem általánosítható a kis

elemszám miatt, hogy a kérdőív kitöltői elsősorban vidéki, azon belül is falusi környezetből kerültek ki, és körükben a női válaszadók erőteljes többséget alkottak minden lakóhelytípusban.

3.2. Az egészségmegőrzésért érzett egyéni felelősség önértékelése

A válaszadók önértékelése arról, hogy mennyiben érzik saját felelősségüknek egészségük megőrzését, fontos mutatója az egészségtudatosságnak és az egészségi önhatékonyságnak (2. ábra).



2. ábra: Egészséggel kapcsolatos önhatékonyság megítélése (fő)

Figure 2: Perceptions of health-related self-efficacy (persons)

Forrás: Saját szerkesztés, 2025

A minta alapján elmondható, hogy az egyének túlnyomó többsége aktív szereplőként tekint magára az egészséggel kapcsolatban.

A nemek közötti különbségek figyelemre méltóak: a nők körében jóval hangsúlyosabb az aktív egészségfelfogás, 67 fő szerint sokat vagy nagyon sokat tehetnek, míg csak 11 fő vélte úgy, hogy keveset. A férfiaknál ez az arány visszafogottabb, és gyakoribb a 'keveset tehetek' attitűd.

Lakóhely szerint szintén eltérések figyelhetők meg. A városi nők kiemelkednek az aktív egészségértés szempontjából: 22 fő szerint sokat vagy nagyon sokat tehetnek az egészségükért, míg falusi környezetben – különösen a férfiaknál – gyakoribb a korlátozottabb önértékelés. A 'semmit sem tehetek' választ egyetlen falusi nő adta, ami bár statisztikailag nem jelentős, jelzésértékű lehet a passzivitás egyedi előfordulására.

A 4. táblázat az önértékelt egészségi állapot és az egészségért érzett felelősség kapcsolatát mutatja be. Megjegyezzük, hogy ezek a válaszok szubjektív és nem konkrét állapotra vonatkoznak.

4. táblázat: Önértékelt egészségi állapot és egészségfelelősség – keresztábra elemzés
Table 4: Cross-tabulation analysis of health status and sense of personal health responsibility

	Nem tehetek semmit (fő)	Nem tehetek semmit (%)	Keveset tehetek (fő)	Keveset tehetek (%)	Sokat tehetek (fő)	Sokat tehetek (%)	Nagyon sokat tehetek (fő)	Nagyon sokat tehetek (%)	Összesen (fő)	Összesen (%)
Nagyon rossz	0	0,0%	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,9%
Rossz	0	0,0%	6	5,5%	1	0,9%	0	0,0%	7	6,4%
Elfogadható	1	0,9%	8	7,3%	27	24,8%	10	9,2%	46	42,2%
Jó	0	0,0%	1	0,9%	26	23,9%	18	16,5%	45	41,3%
Nagyon jó	0	0,0%	0	0,0%	4	3,7%	6	5,5%	10	9,2%
Összesen	1	0,9%	16	14,7%	58	53,2%	34	31,2%	109	100,0%

Forrás: Saját szerkesztés, 2025

A Fisher-féle egzakt próba eredménye alapján szignifikáns összefüggés mutatható ki a két változó között ($p = 9,13 \times 10^{-6}$). Az adatok szerint minél pozitívabban ítélik meg egészségi állapotukat a válaszadók, annál nagyobb arányban érzik úgy, hogy sokat vagy nagyon sokat tehetnek annak megőrzéséért. Ez az összefüggés arra utal, hogy a szubjektív egészségi állapot befolyásolhatja az egészségért való aktív felelősségvállalás érzetét, ami fontos szempont lehet az egészségfejlesztési beavatkozások elfogadásában is.

3.3. Egészségturisztikai részvétel iskolai végzettség szerint

A kérdőív adatai alapján az iskolai végzettség és az egészségturisztikai szolgáltatások igénybevételének gyakorisága (5. táblázat) közötti kapcsolatot nemcsak khi-négyzet próbával, hanem Fisher-egzakt teszttel is megvizsgáltuk.

5. táblázat: Egészségturisztikai szolgáltatások igénybevételének vizsgálata
Table 5: Examination of the use of health tourism services

	Igen, egyszer (fő)	Igen, egyszer (%)	Igen, többször is (fő)	Igen, többször is (%)	Nem, de tervezem (fő)	Nem, de tervezem (%)	Nem, és nem is tervezem (fő)	Nem, és nem is tervezem (%)	Összesen (fő)	Összesen (%)
Még tanulok	0	0,0%	0	0,0%	1	0,9%	0	0,0%	1	0,9%
8 általános	0	0,0%	1	0,9%	4	3,7%	6	5,5%	11	10,1%
Szakiskola, szakmunkásképző	1	0,9%	4	3,7%	12	11,0%	12	11,0%	29	26,6%
OKJ képzések	0	0,0%	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,9%
Szakközép érettségivel	0	0,0%	7	6,4%	2	1,8%	7	6,4%	16	14,7%
Érettségi, technikum	1	0,9%	4	3,7%	4	3,7%	3	2,8%	12	11,0%
Gimnázium	1	0,9%	5	4,6%	5	4,6%	4	3,7%	15	13,8%
Főiskolai képzés (BA/BsC)	1	0,9%	8	7,3%	2	1,8%	3	2,8%	14	12,8%
Egyetem képzés (MA/MsC)	1	0,9%	3	2,8%	4	3,7%	2	1,8%	10	9,2%
Összesen	5	4,6%	33	30,3%	34	31,2%	37	33,9%	109	100,0%

Forrás: Saját szerkesztés, 2025

A Fisher-egzakt próba eredménye nem mutatott ki statisztikailag szignifikáns összefüggést a két változó között ($p = 0,2159$). Ez azt jelenti, hogy bár a khi-négyzet próbával kimutatott eltérés figyelemre méltó, az egzakt módszer szerint a kapcsolat nem elég erős ahhoz, hogy a véletlen hatását teljes bizonyossággal kizárhassuk. Az eltérés oka több tényező is lehet: a minta elemszáma, a kategóriák eloszlása.

Mindazonáltal az megállapítható, hogy a válaszadók 2/3-a középfokú, és közel negyed felsőfokú végzettséggel rendelkezik. Az eredmények összességében megerősítették, hogy a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező válaszadók körében nagyobb valószínűséggel fordul elő az egészségturisztikai szolgáltatások igénybevétele. A jövőbeni kutatások során érdemes lenne nagyobb mintával vizsgálni ezt az összefüggést, illetve az eredmény rávilágít arra, hogy érdemes a szolgáltatás elérését megkönnyítendő lehetőségeket keresni, a rászoruló páciensek körében pedig felvilágosítást végezni.

3.4. Az egészségturisztikai szolgáltatások igénybevételének akadályai

Az egészségturisztikai szolgáltatások elérését számos szubjektív és objektív tényező befolyásolhatja. Az alábbiakban a válaszadók által megjelölt (3. ábra) akadályozó körülmények kerülnek bemutatásra, amelyek gátolják a szolgáltatásokban való részvételt.



3. ábra: Egészségturisztikai szolgáltatás igénybevételének akadályai (fő)
Figure 3: Barriers to using health tourism services (person)

Forrás: Saját szerkesztés

A válaszadók többsége (68%) az időhiányt jelölte meg az egészségturisztikai szolgáltatások igénybevételének legfőbb akadályaként. Ezt követte a magas belépődíj (27%), az utazási költségek (18%) és a közeli szolgáltatások hiánya (12%). Kevesebben említettek elutazási nehézségeket (9 fő, 8%), információhiányt (6%), érdektelenséget (5%) vagy egészségügyi problémákat (5%). Összességében az időhiány mellett az anyagi és infrastrukturális tényezők jelentik a legnagyobb gátat, amelyek célzott intézkedésekkel – például rugalmas nyitvatartással, utazási támogatással vagy árkedvezményekkel – enyhíthetők lehetnének.

A megkérdezettek válaszai alapján látható, hogy a magas belépőárat leggyakrabban a 100 001–200 000 Ft közötti havi nettó jövedelmű válaszadók jelölték meg akadályként szolgáltatások igénybevételében (6. táblázat). Ezzel szemben a magasabb jövedelműek (300 001 Ft felett) jellemzően nem tekintik a belépőárat akadálynak, ami arra utal, hogy az árérzékenység szoros kapcsolatban áll a jövedelmi helyzettel.

6. táblázat: A válaszadók megoszlása jövedelemkategóriák és a belépőár akadályként való érzékelése szerint
Table 6: Distribution of respondents by income category and perception of price as a barrier to entry

	Nem gondolja akadálynak a belépő árát (fő)	Nem gondolja akadálynak a belépő árát (%)	Akadálynak gondolja a belépő árát (fő)	Akadálynak gondolja a belépő árát (%)	Összesen (fő)	Összesen (%)
0–100 000 Ft	6	5,5%	1	0,9%	7	6,4%
100 001–200 000 Ft	4	3,7%	10	9,2%	14	12,8%
200 001–300 000 Ft	21	19,3%	7	6,4%	28	25,7%
300 001–400 000 Ft	18	16,5%	2	1,8%	20	18,3%
400 001 Ft felett	15	13,8%	5	4,6%	20	18,3%
Nem kívánok válaszolni	15	13,8%	5	4,6%	20	18,3%
Összesen	79	72,5%	30	27,5%	109	100,0%

Forrás: Saját szerkesztés, 2025

A jövedelmi kategóriák és a belépőár akadályként való megélése közötti összefüggés vizsgálatára szintén khi-négyzet próbát alkalmaztunk. Az elemzés alapján szignifikáns kapcsolat mutatható ki a válaszadók havi nettó jövedelme és aközött, hogy a magas belépőárat az intézmények látogatásának akadályként jelölték-e meg ($\chi^2(5) = 17,44$; $p = 0,004$).

A 109 fős minta adatai szerint a belépőárat összesen 30 fő (27,5%) tekintette akadálynak, közülük túlnyomó többség, 27 fő falvakból érkezett (7. táblázat). Városi lakosok közül csupán 2 fő, míg vármegyeszékhelyről mindössze 1 fő említette ezt a problémát.

7. táblázat: A belépőár akadályként való megítélése a válaszadók lakóhelytípusa szerint
Table 7: Perception of the entrance fee as a barrier by respondents' type of residence

	Falu/község (fő)	Falu/község (%)	Város (fő)	Város (%)	Vármegyeszékhely (fő)	Vármegyeszékhely (%)	Összesen (fő)	Összesen (%)
Nem gondolja akadálynak	45	41,3%	28	25,7%	6	5,5%	79	72,5%
Akadálynak gondolja	27	24,8%	2	1,8%	1	0,9%	30	27,5%
Összesen	72	66,1%	30	27,5%	7	6,4%	109	100,0%

Forrás: Saját szerkesztés, 2025

Az eloszlás azt mutatja, hogy a magas belépődíj elsősorban a falvakban élők számára jelent hozzáférési akadályt, míg a városi és vármegyeszékhelyi válaszadók körében ez kevésbé jellemző. A khi-négyzet próba alapján szignifikáns kapcsolat mutatható ki a lakóhely típusa és a belépődíj akadályként való megítélése között ($\chi^2(2) = 10,75$; $p = 0,005$). A Fisher-teszt ($p = 0,006621$) megerősíti, hogy statisztikailag szignifikáns kapcsolat van a lakóhely típusa és az ár akadályként való megítélése között, vagyis a falvakban élők jóval nagyobb arányban tekintik a belépődíjat hozzáférési korlátnak, mint a városi lakosok.

4. Következtetések, javaslatok

A kutatás eredményei alapján megállapítható, hogy az egészségturisztikai szolgáltatásokhoz való hozzáférés Magyarországon jelentős területi és társadalmi különbségeket mutat, különösen a falusi

térségek hátrányára. Ez a megállapítás összhangban áll *Michalkó et al. (2012)* következtetéseivel, akik a szolgáltatások térbeli koncentrációját a regionális egyenlőtlenségek egyik fő tényezőjeként azonosították. A válaszadók szerint a részvétel fő akadályai az időhiány, a magas belépőár és az utazás nehézségei. Ez az eredmény összhangban áll *Strack & Raffay-Danyi (2020)* kimutatásával, miszerint a 'price', tehát az ár, az egyik legfontosabb tényező a fürdőlátogatás igénybevételénél Magyarországon. Az egészségturizmus fejlesztése tehát nem csupán gazdasági, hanem társadalmi és esélyegyenlőségi kérdés is. A jelenlegi rendszer – amely a szolgáltatásokat főként központi, turisztikailag frekvenciált térségekbe koncentrálja – tovább mélyíti a regionális különbségeket, és akadályozza a rászorulóknak a hozzáférést az egészségmegőrzést szolgáló lehetőségekhez. A hozzáférés javítása komplex, több szintű beavatkozást igényel. Az egyik legfontosabb irány az anyagi támogatási formák kiterjesztése, különösen a hátrányos helyzetűek számára. A célzott utalványprogramok, rászorultsági alapon nyújtott árkedvezmények és a SZÉP-kártyán túlmutató állami, önkormányzati vagy munkahelyi hozzájárulások csökkenthetik a pénzügyi akadályokat.

Emellett kiemelten fontos a periférikus térségek közlekedési és infrastrukturális fejlesztése. A kisebb fürdőkben a fürdőgyógyászat személyi és tárgyi feltételeinek javítása elősegítené a kezelésekhöz való hozzáférést, ami komplex település- és egészségügyi fejlesztéseket igényel. A nem megfelelő közlekedési lehetőségek jelenleg sok kistelepülésen akadályozzák az eljutást. Ez összhangban van *Syed, (2013)* tanulmányával, amely rámutat arra, hogy a közlekedési akadályok jelentősen csökkentik az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést, különösen alacsony jövedelmű csoportoknál. A közösségi közlekedés fejlesztése, valamint a helyi kis fürdők fürdőgyógyászati szolgáltatásainak a megteremtése csökkentheti az utazási költségeket és időigényt. Előnyt jelentene, ha fentiek mellett, a kistelepüléseken a helyi – kis vállalkozó – turisztikai szolgáltatókat (szállásadókat) is be lehetne vonni a komplex fejlesztési folyamatba.

A harmadik kulcsterület az ismeretterjesztés és célzott edukáció. Az alacsonyabb végzettségű csoportokat közerthető formában kell tájékoztatni az egészségturisztikai lehetőségek előnyeiről, igénybevételéről és elérhető támogatásairól. Vizuális elemeket is tartalmazó kampányok csökkenthetik az információs hátrányokat, és erősíthetik az egészségtudatos attitűdöt. Végül indokolt mobil egészségturisztikai szolgáltatások és kihelyezett egészségnapok szervezése a kisebb, infrastrukturálisan elmaradott településeken. Ezek – mint például az életmód-tanácsadás vagy fizioterápiás konzultációk – nemcsak egészségügyi, hanem közösségépítő és edukációs szerepet is betölthetnének.

Összességében az elérhetőség javítása többoldalú, egymást erősítő intézkedéseket kíván, amelyek a gazdasági, infrastrukturális és társadalmi hátrányokat együttesen javíthatnák.

Összefoglalás

A tanulmány az egészségturizmus területi egyenlőtlenségeit és azok csökkentésének lehetőségeit vizsgálja, különösen a hátrányos helyzetű vidéki térségekben. Rámutat arra, hogy a szolgáltatások – például a gyógyfürdők – elérhetősége jelentős mértékben függ a lakóhelytől, jövedelmi helyzetétől és infrastrukturális adottságoktól. Az eredmények szerint az időhiány, a magas belépőár és az utazási nehézségek jelentik a legnagyobb akadályt a hozzáférésben.

A kutatás rámutatott arra, hogy az egészségturizmus hozzáférése nemcsak egészségpolitikai, hanem társadalmi igazságossági, esélyegyenlőségi kérdés is. A vizsgálat alapján javasolt beavatkozások között szerepel a célzott anyagi támogatás, az infrastruktúra fejlesztése, a tájékoztatás javítása, valamint mobil vagy időszakosan kihelyezett szolgáltatások bevezetése. E komplex intézkedések hozzájárulhatnak a szolgáltatások elérhetőségének javításához, ezáltal a társadalmi és területi esélyegyenlőség erősítéséhez is.

Irodalomjegyzék

Bandura, A. (1997): *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman and Company, New York ISBN: 978-0716728504

Belügyminisztérium Közfoglalkoztatási Helyettes Államtitkársága. (2024): *Havi tájékoztató a közfoglalkoztatás alakulásáról* – 2024. szeptember.

- <https://kozfoglalkoztataskormany.hu/download/9/fe/43000/szeptember%20havi%20t%C3%A1j%C3%A9koztat%C3%B3%2020241111.pdf> BM/NISZ Adattárház. Letöltés ideje: 2025.07.10.
- Brida, J.G., Cortes-Jimenez, I., Pulina, M. (2016): *Has the tourism-led growth hypothesis been validated? A literature review*. Curr Issues Tour 19 (5) pp. 394–430. DOI: 10.1080/13683500.2013.868414
- Cárdenas-García, P. J., Brida, J. G., Segarra, V. (2024): *Modeling the link between tourism and economic development: evidence from homogeneous panels of countries*. Humanities and social sciences communications, 11(1), pp. 1-12. DOI: 10.1057/s41599-024-02826-8
- ELEF (2019): *Európai lakossági egészségfelmérés*. <https://www.ksh.hu/elef/kiadvanyok.html> Letöltés ideje: 2025.07.01.
- Fábián T. (2022): *Az egészségturizmus kézikönyve*. SpringMed Kiadó Kft. Budapest. ISBN:978-615-6337-05-4
- Filep, S. (2012): *Positive psychology and tourism*. Uysal, M., Perdue, R. R., Sirgy, M. J. (Eds.), Handbook of Tourism and Quality-of-Life Research: Enhancing the Lives of Tourists and Residents of Host Communities (pp. 31–50). Dordrecht: Springer. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-94-007-2288-0>
- Gulyás, P. (2019): *A turizmus szerepe az alföldi járáások fejlettségében*. A Falu 34(3) pp. 27–34 https://real-j.mtak.hu/20502/3/falu_2019_34_03_.pdf
- Gyurkó Á., Hazma Cs., Bujdosó Z. (2023): *Magyarország idegenforgalmi helyzetértékelése 2004-2022 között a regionális különbségek tükrében*. Acta Carolus Robertus, 13 (2) pp. 50-66. DOI: 10.33032/acr.4887
- Kerényi, E., Müller, A., Könyves, E., Fodor, I. L., Mosonyi, A. (2010): *Turisztikai márká-és termékfejlesztés lehetőségei az egészségturizmusban az észak-magyarországi és az észak-alföldi régiókban*. Acta Universitatis: Sectio Sport-Acta Universitatis de Carolo Eszterházy Nominatae, 37, pp. 67-73. <https://ojs.uni-eszterhazy.hu/index.php/sport/article/view/1416/1183>
- Kővári-Tóth, T., Müller, A., Kővári, Z. (2024): *Analysis of the turnover of hungarian spas*. Geo Journal of Tourism and Geosites, 56(4), pp. 1454-1460. DOI: 10.30892/gtg.56402-1316
- Központi Statisztikai Hivatal (KSH) (2020): *A háztartások életszínvonala, jövedelmi helyzet*. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/hazteletszinv/2020/index.html> Letöltés ideje: 2025.07.01.
- Központi Statisztikai Hivatal (KSH) (2024): *27.1.1.28. A fürdők főbb jellemzői, forgalma és a fürdők által nyújtott szolgáltatások*. https://www.ksh.hu/stadat_files/tur/hu/tur0032.html Letöltés ideje: 2025.07.01.
- Központi Statisztikai Hivatal (KSH) (2024): *27.1.2.6. A fürdők főbb jellemzői, forgalma és a fürdők által nyújtott szolgáltatások vármegye és régió szerint*. https://www.ksh.hu/stadat_files/tur/hu/tur0038.html Letöltés ideje: 2025.07.01.
- Lövei-Kalmár, K. (2017): *A fürdők jelentősége az Észak-alföldi régió egészségturizmusának fejlesztésében*. Köztes-Európa, 9(1-2), pp. 205-213. <https://ojs.bibl.u-szeged.hu/index.php/vikekke/article/view/12756/12612>
- Lövei-Kalmár, K. (2020): *A fürdőélet átalakulása Magyarországon a 20. században a társadalmi, politikai változások tükrében*. Vörös és fehér: Társadalmi-politikai átmenetek Északkelet-Magyarországon a 19-20. század fordulójától. Eger, Eszterházy Károly Egyetem Líceum Kiadó. pp. 177-192. https://publikacio.uni-eszterhazy.hu/6167/1/177_192_L%C3%B6vei.pdf
- Magyar Turisztikai Ügynökség (2021): *Turizmus 2.0*. https://mtu.gov.hu/dokumentumok/NTS2030_Turizmus2.0-Strategia.pdf?v=0.159 Letöltés ideje: 2025.07.03.
- Kóródi, M., Helmeczi, G., Pataki J., Incze, R. (2023): *Egészségturizmus–gyógyturizmus*. HEAL-ALL, Nyíregyháza. ISBN: 9789634905967
- Mező, F., Kovács, T. (2011): *Egészségturizmus, mint lehetséges kitörési pont az Észak-alföldi régióban*. Debreceni Szemle19 (2) pp. 208-225. <https://polgariszemle.hu/archivum/54-2010-augusztus-6-evfolyam-4-szam/394-fokuszban-az-egeszsegturizmus-lehetseges-kitoeresi-pont-az-eszak-alfoldi-regioban>
- Michalkó G. (2016): *Turizmológia*. Akadémiai Kiadó., Budapest ISBN: 9789630597173 DOI:10.1556/9789630597173
- Mizik T. (2018): *Agrárgazdaságtan II*. Akadémiai Kiadó., Budapest ISBN: 9789630599085 DOI: 10.1556/9789634541875

- Müller, A., Könyves, E. (2006): *Az egészségturizmus lehetőségei az Észak-alföldi régióban*. Az Eszterházy Károly Főiskola tudományos közleményei (Új sorozat 33. köt.). Testnevelés, sport, egészségturizmus= Acta Academiae Paedagogicae Agriensis. Sectio Sport, pp. 132-143. <http://publikacio.uni-eszterhazy.hu/id/eprint/672>
- NEAK (2022): *Társadalombiztosítás által támogatott gyógyászati szolgáltatók*. https://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/szerzodott_szolgaltatok/gyogyfurdok Letöltés ideje: 2025.07.05.
- NNGYK (2024): *Természetes gyógytényezők*. <https://www.nnk.gov.hu/index.php/termeszetes-gyogytenyezok.html> Letöltés ideje: 2025.07.14.
- Puczkó, L., Smith, M. (2008): *Egészségturizmus: gyógyászat, wellness, holisztika*. Akadémiai Kiadó, Budapest. ISBN: 9789630588065
- Savella, O. (2019): *Wellness turisztikai utazások során kialakult egészséggel kapcsolatos viselkedési szándék rövid távú hatása az egészségmagatartásra*. *Economica* 10(1) pp. 36-43. <https://doi.org/10.47282/ECONOMICA/2019/10/1/4120>
- Savella, O., Kóródi, M. (2018): *Egészségturizmus, mint egészségmagatartás-formáló színtér: Jövőbeni kutatási irányok bemutatása*. *Economica* 9(3) pp.1-5. <https://doi.org/10.47282/ECONOMICA/2018/9/3/4127>
- Savella, O., Kóródi, M. (2023): *A menopauza tüneti kezelésének lehetséges terápiái a hazai gyógyszállodai kínálatban*. Csákvári, Tímea; Varga, Zoltán (szerk.) VI. Zalaegerszegi Nemzetközi Egészségturizmus Konferencia: Tanulmánykötet, Pécs, Magyarország: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar (PTE ETK) 228 p. pp. 145-154. , 10 p. ISBN: 9789636261047
- Syed, S. T., Gerber, B. S., Sharp, L. K. (2013): *Traveling towards disease: Transportation barriers to health care access*. *Journal of Community Health*, 38(5), pp. 976–993. DOI: 10.1007/s10900-013-9681-1
- Smith, M. Puczkó L. (2010): *Egészségturizmus: gyógyászat, wellness, holisztika*. Akadémiai Kiadó, Budapest. ISBN: 9789630588065
- Smith, M., Puczkó, L. (2014): *Health, Tourism and Hospitality: Spas, Wellness and Medical Travel*. Routledge Taylor&Francis Group ISBN: 9780415638654
- Szabó, Z. (2021): *A fürdőturisták jövedelme és a fürdők szolgáltatás-minőségével való elégedettség közötti összefüggés*. *Magyar Minőség*, 30(3) pp. 17-22. https://magyarminoseg.hu/wp-content/uploads/megjelenesek/2021/2021_03_MM.pdf
- Szabó, Z. (2021): *Az egészségmegőrzés motivációjú turisztikai utazások változásai*. *Modern Healthy Lifestyle*. 11(1), pp. 18–21. DOI: 10.21486/recreation.2021.11.1.3
- Szabó, Z. (2022): *A fürdőturisták település-státusza és a fürdők szolgáltatás-minőségével kapcsolatos elégedettségük közötti összefüggés*. *Comitatus: Önkormányzati Szemle*, 32 (240) pp. 63-69. https://epa.oszk.hu/03900/03942/00026/pdf/EPA03942_comitatus_2022_240_063-069.pdf
- Takács, P., Fábíán, G. (2012): *Egy lokális életminőség index kialakításának lépései*. *Acta Medicinae et Sociologica* 3(3) pp. 49-68. DOI: 10.19055/ams.2012.3/3/4 https://epa.oszk.hu/02500/02535/00003/pdf/EPA02535_acta_medicinae_2012_03_049-068.pdf
- Takács, P., Mór, M., Mara, Gy., Martignago F., Lázár, E., Miklóssy I, Vámosi G., Lácay M., Szakál Z., Kristóf Zs., Varga L., Nagy B., Varga B., Helmezi G., Tóth K., Székely L., Bálint E., Bandizol B., Horváth A., Gurzó A. Lövei-Kalmár K. Orosz K. E., Varga Sz. Zs. (2023): *The impact of the Covid pandemic on tourism : Measuring social, cultural, economical background Examining data from three countries: Hungary - Romania/Transylvania – Italy*. Research Report Debrecen, Magyarország: Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar, 38 p. ISBN: 9789634906063 https://healall.eu/home/wp-content/uploads/2024/09/2024_09_05_HealAll_En_H6.pdf
- Uzzoli, A., Beke, Sz. (2018): *Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei Magyarországon*. Tudományos Mozaik, 15 pp. 155–164 <https://regscience.hu/server/api/core/bitstreams/1f92eb9b-7daf-4282-9c99-0a409a77e120/content>
- Varga, Z., Csákvári, T. (2019): *Rekreációs turizmus Nyugat-Magyarországon*. Köztes-Európa, XI. évf. 1. sz. pp.115–125. <https://www.analecta.hu/index.php/vikekke/article/view/32970>
- Zsarnóczky, M. (2019): *Az egészségturizmus folyamatainak terminológiai változásai*. *Turizmus Bulletin*, 19(1), pp. 36-44. <https://doi.org/10.14267/TURBULL.2019v19n1.4>