

# **Időotthonok és nyugdíjasházak fejlesztésének lehetőségei Magyarországon**

## **3. rész**



**Nemzeti  
Együttműködési  
Alap**



MINISZTERELNÖKSÉG



BETHLEN GÁBOR  
Alapkezelő Zrt.

**2024. július**

# Tartalom

<a href="#">Bevezető</a> .....	3
<a href="#">Magyar munkaválók az idősellátás területén Nyugat-Európában</a> .....	5
<a href="#">Munkaerőtérkép az Európai Unióban</a> .....	5
<a href="#">Munkakörülmények</a> .....	7
<a href="#">Hazai termálfürdők helyzetének bemutatása</a> .....	21
<a href="#">A gyógyfürdők rövid története Magyarországon</a> .....	22
<a href="#">Az egészségturizmus gazdasági hatásai</a> .....	27
<a href="#">Budapest</a> .....	35
<a href="#">Idősgondozás, házi gondozás és otthoni betegápolás magyarországi gyakorlata (jelzőrendszer, egyházak)</a> .....	43
<a href="#">Idősellátás számokban</a> .....	46
<a href="#">A házi segítségnyújtás és a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás</a> .....	48
<a href="#">Az otthonápolás helyzetéről</a> .....	51
<a href="#">Az egyházakról</a> .....	58

## Bevezető

A társadalmi öregedés Európa és a világ számos országát érinti, amely új kihívásokat hoz magával az egyes társadalmakban. Ezen kihívások egyike az idősek gondozása, amelynek egyik formája az érintettek által preferált otthoni környezetben biztosított gondozás. A gondozott hozzátartozói gyakran olcsó, külföldi munkaerőt bérelnek fel erre a munkára, hogy biztosítsák a beteg kényelmét, magukat pedig mentesítsék számos feladat alól.

A gondoskodási válságnak számos vetülete van. Az idősgondozási migráció a gondoskodási válság transznacionális vetülete: a nők és férfiak közti és osztályegyenlőtlenségek mellett az Európán belüli hatalmi aszimmetriák is meghatározzák. Osztályegyenlőtlenségek, nemek közötti egyenlőtlenségek, illetve globális és európai egyenlőtlenségek termelik ki és tartják fent, ezért komplex, egyes szakpolitikákon túlmutató megközelítésre van szükség ezek kezelésére. Az állami újraelosztás erősítése, a szociális szféra béreinek rendezése és infrastruktúrájának bővítése, a helyi közösségek megerősítése, a piaci szereplők felelőssége és a jelenség országhatárokon átívelő voltának felismerése, valamint országhatárokon átívelő megoldások kidolgozása nélkül esély sincs az egyre növekvő gondozási kereslet és gondozási teher kezelésére. Miközben él a mondás, hogy „ez a családok (értsd: nők) feladata”, a családok próbálnak túlélni. Akiknek megvannak az eszközeik, másokra hárítják e munkákat, akiknek pedig nincsenek, azokat kizsákmányolják – háztartáson belül, háztartások között vagy országhatárokon átívelően.

A migráns gondozói munka egy komplex és elégtelen ellátórendszerbe illeszkedik, és több szereplő - az állam, a privát szféra és a család - tevékenységének keresztmetszetében formálódik. Az olcsó, rugalmas, részben professzionális és részben családias ápolást biztosító, sok munkaórára - akár 24 órára - és hosszú távon igényelhető humánerőforrás a külföldről érkező nők köréből könnyebben toborozható. A globális munkaerőpiacba integrálódott és azon belül jelentős szegmenssé vált szektor számos új kérdést vet fel, és arra készítet, hogy három rendszer – gender, migráció és ápolás – egymásra hatását vessük vizsgálat alá.

A házi idősgondozásra, bentlakásos ápolásra Magyarországon is sok helyen lenne szükség. Ezt bizonyítja, hogy évek óta hazánkban is részben külföldről, főleg Romániából és a háború előtt Ukrajnából érkező nők teszik ki az ezt végző munkaerő egy részét. Arról nincs hivatalos statisztika, hogy Magyarországot hányan hagyják el azért, hogy a bentlakásos gondozást, ápolást külföldön, magasabb fizetésért végezzék el, de a probléma mértékét jól érzékelteti, hogy a magyarok harmada ismer külföldön idősgondozóként vagy ápolóként dolgozó nőt.

## Magyar munkaválók az idősellátás területén Nyugat-Európában

Globális jelenség, hogy a szegényebb régiókban élő nők gazdasági kényszerből a tehetősebb országokba mennek időseket gondozni és ápolni. Ezt a munkaerő-áramlást nevezik gondozási migrációnak. Ennek az egyenlőtlen alaphelyzetből kibontakozó jelenségnek vannak általános jellemzői: például, amikor egy ápolótól tulajdonképpen cselédmunkát (főzést, mosást, nagytakarítást, kertészkedést stb.) is elvárnak, vagy amikor a gondozó nem kap elég pihenőidőt, mégis folytatja a munkát, teljesíti az összes kérést, mert szüksége van a pénzre. Gyakran előfordul ebben a munkakörben a szexuális zaklatások és a rasszista megnyilvánulások veszélye is, miközben megfelelő helyismeret, közelben lévő ismerős, esetleg nyelvtudás nélkül nagyon nehezen kérnek segítséget azok, akik ilyen helyzetbe kerülnek.

### Munkaerőtérkép az Európai Unióban

Az Európai Unió (a továbbiakban: EU) 27 tagállamában körülbelül 6,3 millió ember dolgozik a gondozási szektorban, ez az EU teljes munkaerőállományának 3,2%-a. A szektor gerincét adó informális gondozásban a felnőtt lakosság 12%-a, mintegy 44 millió fő vesz részt. A munkavállalók aránya nem attól függ, hogy egy adott országban a 65 évesnél idősebb lakosság mekkora részének van a mindennapi tevékenységét korlátozó krónikus betegsége, sokkal inkább a szolgáltatásokhoz való hozzáféréstől: minél szélesebb a hozzáférés, annál magasabb a munkavállalók aránya.

A növekedés ütemét mutatja, hogy a munkaerő a 2009-es 4,7 milliőről 2014-re 5,6 millióra, 2019-re pedig 6,3 millióra nőtt (a teljes munkaerő 2009-es 2,5%-áról 2014-re 3,0%-ra, 2019-ben pedig 3,2%-ra). Ez azért figyelemreméltó, mert a 2007–2008-as globális pénzügyi válságot követően a teljes foglalkoztatási ráta aránya csökkent. A válsággal összefüggésben néhány ország – többek között Magyarország is – befagyasztotta a tartós gondozási

kapacitásokat. Az EU27-ben azonban összességében a gondozást-ápolást végző munkaerő száma és aránya tovább nőtt: egy évtized alatt körülbelül egyötödével (33,5%) bővült<sup>1</sup>.

A szektorban dolgozók zöme tartós gondozást nyújtó bentlakásos otthonban kerül foglalkoztatásra. Az LFS (Labour Force Survey) adatai azt mutatják, hogy az EU27 átlagában a szektorban dolgozó munkaerő 71%-a dolgozik idősök otthonában, de például Ausztriában és Olaszországban ez az arány eléri a 75%-ot (Magyarországon 53%). Egyes országokban szintén túlsúlyban van a bentlakásos ellátás, míg a skandináv országokban trendszerűen egyre nagyobb arányt képviselnek az otthonközeli ellátásban dolgozók – összhangban az ún. intézménytelenítés folyamatával.

Az idősellátásban dolgozó munkavállalók demográfiai összetételére jellemző a nemek közti jelentős mértékű kiegyensúlyozatlanság: 2019-es adatok szerint az ágazatban dolgozók 81%-a nő. Jellemző folyamat emellett az elöregedés: az 50 éves vagy annál idősebb munkavállalók aránya az idősellátásban 37,9%, ami 4,7%-kal magasabb, mint a teljes foglalkoztatotti körben. Az elmúlt évtizedben az öregedés üteme felgyorsult. Az otthonközeli szolgáltatásokban dolgozóknál magasabb az 50 év feletti munkavállalók aránya, mint a bentlakásos otthonokban. Magyarországon is létező a jelenség ugyan az ápolók, gondozók bevándorlása, de sokkal kisebb mértékben, mint a nyugat-európai országokban, ahol a külföldi, migránsháttérű munkavállalók aránya igen magas.

A fluktuációra vonatkozóan nincsenek jól összehasonlítható nemzetközi adatok, de ahol ezt mérik, ott jellemzően 10%-nál magasabb arányt találunk. A munkaerőhiány mérése szintén összetett: lehet becsülni a betöltetlen munkahelyek számával, lehet nézni a várólistákat, illetve vizsgálható, hogy mennyire nehéz – mennyi ideig tart – egy üres státuszt betölteni. A munkaerőhiányt jellemzően több tényező is befolyásolja, különösen az alábbiak:

## 1. Kereslet a szolgáltatásokra

- a) Korstruktúra, a korlátozottság mértéke korcsoportonként, demensek aránya
- b) Hozzáférés: jelenleg sok a kielégítetlen szükséglet: pl. az EU-ban sok embernek kielégítetlen a tartós gondozási szükséglete<sup>2</sup>, amely igények gyakran több, nagyobb

---

<sup>1</sup> Eurofound (2020): Long-term care workforce: Employment and working conditions, Publications Office of the European Union, Luxembourg <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/2020/long-term-care-workforce-employment-and-working-conditions>

személyzetet igényelnek. Szlovákiában például az utóbbi időben jelentősen a bentlakásos ápolók száma, azonban a hozzáférés fokozódása miatt még mindig munkaerőhiánnyal küzd az ország.

- c) Vannak-e alternatívák, választási lehetőségek a formális gondozásra: informális gondozás, bentlakásos gondozás<sup>3</sup> elérhetősége, ápolási díj formájában
- d) Milyen típusú formális szolgáltatások érhetőek el (például az otthonközeli szolgáltatások népszerűsége miatt egyre több házi gondozóra lenne szükség)

## 2. Kínálati elemek

- a) Idősödő munkaerő, nyugdíjpolitika
- b) Technológia, innováció (bár erre a szektorra kevésbé jellemző a mesterséges intelligencia és a robotizáció)<sup>4</sup>
- c) Kapacitás (gondozó-gondozott arány tagállami szinten hogyan kerül szabályozásra)
- d) Hiányzások gyakorisága (idősebb munkaerő többet van betegszabadságon)
- e) Mekkora a verseny a munkaerőért más szektorokkal
- f) Vannak-e bevándorlók
- g) Képeznek-e elég új munkaerőt

## Munkakörülmények

### Munkabér

2014-ben a szociális szolgáltatásokban dolgozók átlagos órabére (9,62 eurós tagállami átlaggal számolva) minden tagállamban elmaradt a gazdaságok egészének átlagbéréától (11,98 euró). Az EU 27 tagállama közül 24 esetében a szociális szolgáltatások átlagos órabére legalább 10%-kal alacsonyabb az országos átlagkeresetnél. Kivételt képez Hollandia, Ausztria és Luxemburg, ahol a szociális szolgáltatásokban az átlagkeresetek elérik az átlagbér több

---

<sup>2</sup> Eurofound (2020): Long-term care workforce: Employment and working conditions, Publications Office of the European Union, Luxembourg <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/2020/long-term-care-workforce-employment-and-working-conditions>

<sup>3</sup> Itt azokról az informális (képzett vagy képzetlen) gondozókról van szó, akik hosszabb-rövidebb ideig az ellátott otthonában élve, fizetségért nyújtják ezt a szolgáltatást. Nincs rá megfelelő magyar kifejezés.

<sup>4</sup> vö. EUR (2021a): Long-term care report Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume I, II.), illetve Grubanov-Boskovic, S., Ghio, D., Goujon, A., Kalantaryan, S., Belmonte, M., Scipioni, M., Conte, A., Gómez-González, E., Gomez Gutierrez, E., Tolan, S., Martinez Plumed, F., Pesole, A., Fernandez Macias, E. and Hernandez-Orallo, J., Healthcare and long-term care workforce: demographic challenges and potential contribution of migration and digital technology, EUR 30593 EN, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2021, ISBN 978-92-76-30233-9 (online).

mint 90%-át. A tagállamok több mint fele (14) esetében a szociális szolgáltatásokból származó keresetek nem érik el az átlagkereset 80%-át, gyakran még 10 év munkaviszony után is az országos átlagbér alatt maradnak. Jellemző megoldás az egyes tagállamokban a bérpótlékrendszer: például műszakpótlék, gyerekek után járó pótlék, túlóra, ágazati pótlék stb., ugyanakkor egy adott országban belül is lehetnek bérkülönbségek, például ahol erős a szakszervezet és van kollektív szerződés, ott a bérek is magasabbak. A legtöbbet az egészségügyi végzettséggel rendelkezők és a terápiás munkatársak keresnek a szektorban<sup>5</sup>.

Összességében a legtöbb uniós országban a gondozók bére jóval a teljes gazdaságra vonatkozó bruttó nemzeti átlagkereset alatt van. A tagállamok közül csak négy éri el az átlag 85%-át (Nagy-Britannia, Románia, Luxemburg, Észtország), és körülbelül háromnegyedük még az átlag 65%-át sem éri el (Magyarország a 71%-os aránnyal a legrosszabbul fizetettek közé tartozik az idősellátásban dolgozók tekintetében). Jellemzően magasabbak a bérek az állami szférában, illetve az időotthonokban, településméret szerint pedig a nagyobb városokban. Sokan a szociális szektorból mennek át az egészségügybe – így az idősgondozás a szociális szektorban egyfajta ugródeszka az életpályában. Ugyanakkor Ausztriában az állami területen dolgozók bére egységes az egészségügyi és a szociális területen, mivel mindkét szektorban csak a végzettség számít (Magyarországon a szociális területen egészségügyi végzettséggel dolgozók egészségügyi pótlékot kapnak).

Egy 2019-es szakszervezeti, nemzetközi összehasonlító kutatás<sup>6</sup> ugyanezt állapította meg, de magyarázatokat is keresett a bérkülönbségekre. A szerzők azt találták, hogy a szociális területen dolgozók bérének aránya nem függ össze azzal, hogy egyébként mennyit költ egy állam a teljes szektorra. Az Esping-Andersen-i jóléti rezsimtípusok csak korlátozott mértékben nyújtanak magyarázatot: ez alapján vannak olyan, jellemzően skandináv országok, ahol a jóléti kiadások és a szociális területen dolgozók bére is magas. A konzervatív modellbe tartozó Németország, Franciaország jó példái a kiterjedt társadalombiztosítási rendszereknek: itt közepes a jóléti kiadás és közepes a bérszint, a kelet-közép európai országokban pedig jellemző a rendszerváltáskor kialakult neoliberais megszorító modell: mind a kiadások, mind a bérek szintje alacsonyan tartott. Ugyanakkor vannak kivételek, pl. Nagy-Britannia, ahol a jóléti kiadások szintje a liberális modellnek megfelelően alacsony, de ez nem igaz a szociális munkások bérére, ami az átlagbérhez viszonyítva a legmagasabb egész Európában.

---

<sup>5</sup> Eurofound, 2020

<sup>6</sup> Kamińska et al (2020): Salaries of social workers in Europe, Report, Polish federation of social workers and social service employees unions  
[https://federacja-socjalnych.pl/images/PDF/RAPORT\\_WYNAGRODZENIA\\_EN.pdf](https://federacja-socjalnych.pl/images/PDF/RAPORT_WYNAGRODZENIA_EN.pdf)



## A foglalkoztatás jellege, kapcsolódó nehézségek

Európában, különösen Nagy-Britanniában a szolgáltatói szektorban igen elterjedt az ún. nulla órás szerződés, ami azt jelenti, hogy a munkaszerződésben a munkaadó nincs arra kötelezve, hogy minimális munkaidőt garantáljon a munkavállalónak – tehát nincs rögzítve, hogy hány órát dolgozik a munkavállaló, hanem csak azt írja alá, hogy szükség esetén rendelkezésre áll, de erre az időre nem garantálnak számára bért. Emellett gyakori a bejelentés hiánya, a részidős foglalkoztatás és az ún. platformmunka<sup>7</sup>. Bentlakásos ápolóknál gyakori még az önfoglalkoztatás, ami sok országban egyben a kifehérítés egy eszköze is: a gondozót önálló vállalkozóként regisztrálják, és az ápolási díjat az önkormányzatok fizetik ki a számára (mint például Lettorszában). Ez a megoldás azonban csak abban az esetben működik, ha a gondozottnak járó ápolási díj elköltését az állam ellenőrzi, a kifizetést a gondozó regisztrációjához köti. Németországban az ún. minijob rendszerbe<sup>8</sup> illeszkedik a bentlakásos ápolás, ugyanakkor egy közelmúltbeli bírósági ítélet szerint a külföldi gondozók is jogosultak lehetnek a német minimálbérré<sup>9</sup>.

## Munkaidő

Más állami ágazatokkal összehasonlítva az idősellátásban sokkal jellemzőbb a nem szabványos munkarend, a részidős foglalkoztatás (különösen a házi segítségnyújtásban), a többműszakos munka (inkább a bentlakásos ellátásban). 2019-ben a tartós ápolást végző munkavállalók több mint 40%-a dolgozott részmunkaidőben az EU27-ben, szemben az egészségügyi ágazat 26%-ával. A teljes részmunkaidős foglalkoztatási ráta 19%-os. Magyarországon a részidős foglalkoztatás a szektorban a rendkívül alacsony bérek miatt alig jellemző.

Az atipikus munkarendnek az egészségügyi hatásai a munkaegészségügyi kutatások szerint negatívak lehetnek: jellemzőek a kardiovaszkuláris betegségek, gyakori balesetek, depresszió. Ugyanakkor itthon az idősellátásban dolgozó munkavállalók nagyra értékelik a munkaidő-

---

<sup>7</sup> Amikor egy netes felületen kötik össze a keresletet és a kínálatot, a platform ügynökségként foglalkoztatja a gondozót. Itthon ez a típusú munkavégzés leginkább magántanároknál jellemző. Példa a platformokra: Mindme.ie, Care.com, fermeria.hu

<sup>8</sup> Erről bővebben: <https://handbookgermany.de/en/work/minijob.html>

<sup>9</sup> <https://merce.hu/2021/07/30/a-kelet-europai-idosgondozasban-dolgozok-is-jogosultak-a-nemet-minimalberre-de-igy-sem-valoszinu-hogy-meg-is-kapjak-azt/>

beosztásban a rugalmasságot: sokan elsődlegesen azért választják ezt a munkát, mert kiszámítható, stabil, mégis rugalmas a (műszakos) munkarend, aminek az alakításába van bele szólásuk – vagyis elsődlegesen a munka-család összehangolása a céljuk<sup>10</sup> (Gyarmati, 2006).

A munka intenzitása, stressz, kiégés

A munka intenzitását többféleképpen lehet mérni, így például a gondozó-gondozott aránnyal, amire egyébként egyelőre nincs egységes tagállami gyakorlat. A fizikai és mentális jóllét szempontjából lényeges kérdés, hogy a munkaidő mekkora részében kell közvetlenül kliensekkel foglalkozni és ennek milyen következményei vannak a dolgozók egészségi állapotára (milyen mértékű a túlterheltség, mennyi idő jut egy-egy kliensre). A szektorban dolgozók 47%-a foglalkozik a munkaideje nagy részében közvetlenül kliensekkel (nálunk ez 85%), ami azzal jár, hogy gyakran nem képesek befejezni a nap végére a feladataikat, gyorsan kell reagálniuk váratlan helyzetekre, illetve gyakran kell megszakítaniuk egy adott tevékenységet. Az idősellátásban dolgozó munkavállalók több mint ötöde (22%) szinte egész nap nehezen kezelhető kliensekkel dolgozik, ami gyakoribb, mint az egészségügyben (18%), és kétszer annyi, mint a teljes foglalkoztatotti körben (11%).

A kliensek viselkedéséből fakadó probléma előfordulása riasztóan magas az idősellátásban. Minden harmadik munkavállaló (33%) van kitéve valamilyen káros munkahelyi magatartásnak (akár a kliensek, akár a kollégák részéről), ami kétszer olyan magas arány, mint a teljes munkavállalói kör esetén (16%) és 8%-kal magasabb, mint az egészségügyi ágazatban. A verbális bántalmazás, a kéréstlen szexuális közeledés, a fizikai erőszak és a szexuális zaklatás gyakoribb a bentlakásos ellátásban, mint az otthonközeli ellátásokban<sup>11</sup>. Ez fakadhat egyrészt abból, hogy egyre nagyobb az ellátottak között a demens beteg, másrészt az intézményi kultúrából is (nagy létszámú intézmények, gondozói túlterheltség stb.)

A szektorban való munkavégzés a megszokottaktól eltérő fizikai kockázatokkal is jár: gyakori tevékenység az ellátottak felemelése, mozgatása – ezt a munkavállalók 40%-a a munkaideje több mint háromnegyedében végzi (ugyanaz az egészségügyi dolgozók esetén 23%).

Ezeknek a munkakörülményeknek negatív a hatása a munkavállalók egészségére és jóllétére, mivel hozzájárulnak a szorongáshoz, a depresszióhoz, az alvási, evési problémákhoz, az érzelmi-fizikai kimerültséghez. Számos pszichoszomatikus betegség kapcsolódik a káros

---

<sup>10</sup> Gyarmati, A. (2006): Idősellátásban dolgozók munkahelyi körülményei, Kapocs, V. évf. 3. szám

<sup>11</sup> Eurofound, 2020

társas viselkedéshez, mint például a fejfájás, a fáradtság, a szív- és érrendszeri betegségek, valamint az alkohol- és kábítószer- fogyasztás<sup>12</sup>.

Összességében a munkavállalók 37%-a gondolja úgy, hogy munkája negatívan befolyásolja az egészségét (szemben az egészségügyben dolgozók 29%-ával és az összes munkavállaló 25%-ával). Majdnem kétötödük (38%) úgy gondolja, hogy 60 éves koráig nem fogja tudni majd ezt a munkát végezni. Ez az arány magasabb, mint az egészségügyben (26%) és az összes ágazatban (27%)<sup>13</sup>.

### A munkával való elégedettség

Az idősellátásban dolgozó munkavállalók 71%-a érzi hasznosnak a munkáját, azonban csak 22%-a elégedett a munkakörülményeivel. Mivel a stressz, fizikai és mentális túlterhelődés elsősorban a nem megfelelő szervezeti működésből és nem pedig az egyéni jellemzőkből fakad, ezért szükséges a munkaerő megtartása érdekében az egészségi állapot szempontjából kockázatos munkafeltételek javítására törekedni. Több tanulmány is megállapítja, hogy a stressz és a kiégés kezelésében kulcsfontosságú a jó menedzsment és az erős szakmai támogatás. A szupervízió hasznos eszköz a munkahelyi stressz kezelésére, emellett ugyanolyan fontos a megfelelő finanszírozás, a szakmai autonómia, a felesleges adminisztráció csökkentése, az értekezletek koncentráltabbá és hatékonyabbá tétele, a munkaköri leírások egyértelműsége, a munkatársak támogatása, az optimális esetszámok, a fizikai környezet infrastruktúrájának javítása, a munkavégzés biztonságosabbá tétele is<sup>14</sup>.

### A szolgáltatásokhoz való hozzáférés

A szolgáltatásokhoz való hozzáférést a tagállamok - sok esetben a költségvetés miatt - adminisztratív eszközökkel korlátozzák, mint ahogy az a régiókban is jellemző a rendszerváltás óta. Mindezek ellenére a munkaerő létszámában folyamatos a növekedés, amit a gazdasági válság sem akasztott meg. A dolgozók kb. háromnegyede (ittthon fele) jelenleg a

---

<sup>12</sup> Eurofound (2015): Violence and harassment in European workplaces: Causes, impacts and policies, Dublin. és Oliver William Jack Beer (2016): Predictors of and Responses to Social Workers: A National Survey

<sup>13</sup> Eurofound, 2020

<sup>14</sup> Mack, J.D. (2012): Why Social Workers Remain in the Field: An Exploratory Study on the Protective Factors Associated with Social Worker Perseverance és Csesznek, C. – Simon, M. (2019): The Profile of Social Services Workers Employed by the Local Councils and Their Perception of the Job of a Social Worker: an Exploratory Research in Braşov County Revista de Asistență Socială, anul XVIII, nr. 4/2019

bentlakásos ellátásban van foglalkoztatva, de ez az arány hosszabb távon változni fog, és az otthonközeli ellátások egyre több dolgozót fognak foglalkoztatni. Összességében 2030-ig változatlan feltételek mellett is minimum 50%-os munkavállalói létszám-növekedéssel lehet számolni ezen a területen.

Magyarországon elsősorban a szabályozó rendelet az oka a létszámhiánynak (adminisztratív korlátozás), illetve az ebből fakadó összetett problémahelyzetnek, mivel a létszámnormák mára teljesen elszakadtak a tényleges gondozási szükségletektől. A 2007-ben hatályba lépett kapacitás-befagyasztás<sup>15</sup> szintén hozzájárult a hozzáférési egyenlőtlenségek növekedéséhez.

A Központi Statisztikai Hivatal (a továbbiakban: KSH) 2020. decemberi adatai szerint összesen 33 000 fő dolgozik idősellátásban. Az idősgondozók 43%-a 50 év fölötti, átlagéletkoruk 49 év, így az idősellátás a szociális ágazat leginkább előregedő szegmense. Az iskolai végzettség a szociális ágazaton belül az idősellátásban a legalacsonyabb. A dolgozók 80%-a esetén elvárás a szakképzettség, ugyanakkor ez jellemzően középfokú végzettséget jelent. Munkahelyváltást a többségük nem tervez, ennek oka leginkább az életkor, illetve a családi helyzetük - sokan egyedüli családfenntartók. Munkahelyváltást jellemzően a fiatalabbak terveznek, ők is elsősorban a bérek, a stressz, a felelősség miatt.

A bérek nemcsak nemzetközi összehasonlításban alacsonyak, de más ágazatokhoz és a szociális terület egészéhez viszonyítva is. Az idősellátásban dolgozók átlagbére nagyjából 5%-kal marad el az egyébként szintén alulfizetett szociális ágazat főátlagától. A pótlékrendszer kiterjedt, átlagosan 24%-ot jelent a bérben, és fenntartótípusonként szignifikánsak a különbségek (tehát a béreket egy olyan tényező differenciálja, ami nem kapcsolódik sem a képzettséghez, sem a pozícióhoz, sem munkahelyen eltöltött időhöz). A munkavállalók a jelenlegi helyzetben minimum 50%-os béremelést tartanak méltányosnak. A dolgozók több mint fele vállal másodállást, keresetkiegészítést, amely jellemzően szorosan kapcsolódik a gondozáshoz.

A fluktuációs ráta 23%, az érzékelt munkaerőhiány az idősellátásban magasabb, mint a teljes ágazatban – ezen belül is a szakellátásban a legmagasabb. Az ágazat egészéhez viszonyítva az idősellátásban dolgozók sokkal nagyobb arányban gondolják azt, hogy a létszámnormákat felül kellene vizsgálni, mert a szükségesnél jóval kevesebb idő jut az ellátottakra. Az

---

<sup>15</sup> A 239/2006. (XI.30.) Kormányrendelet a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatások esetén bevezette az ún. irányított területi kiegyenlítő rendszert (kapacitásszabályozás). A Kormányrendelet 2013. december 31-ig volt hatályban.

érdekérvényesítési szerepvállalás rosszabb, mint a teljes ágazatban, ennek az elsődleges oka szintén az extrém munkaterhelés, ami mellett semmire nem jut idő és/vagy erő.

Mivel a központi jogszabályok, ellenőrzések nagyon kis mozgásteret hagynak az intézményeknek – legyen szó a létszámokról, munkaidő-beosztásról, munkakörülményekről – , a regionális különbségeknek valójában nincs nagy jelentőségük, sokkal inkább a fenntartó típusa határozza meg a munkakörülményeket.

Ahogy azt már láthattuk, a 40-50 éves korosztály számít az intézményes idősellátás oszlopának, mert családjuk/gyermekük van, kényszerhelyzetben vannak, nincs lehetőségük változtatni, számukra a munkahely egyfajta sorsközösség is. A fiatalok hamarabb váltanak, ha nem vonzó számukra a szektor (képzettebbek, mobilabbak, riasztó számukra a nagy felelősség és a megbecsültség hiánya). A létszámhiány általános a szakdolgozói és a (nem szakmai) technikai munkakörökben is, szakdolgozók esetén ennek elsősorban két rendelet a közvetlen oka. A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szól 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet nagyon alacsony létszámnormákat határoz meg ahhoz képest, hogy milyen a bentlakók egészségi állapota (amit a gondozási szükségletvizsgálat állapít meg). A szakdolgozók és a technikai dolgozók egymásra vannak utalva, ugyanakkor az utóbbiak bérében még pótlékok sincsenek. A létszámhiány következménye sokrétű: ide tartozik, hogy egyre kevesebb idő jut egy-egy beteg ellátására (a mentális gondozás a házi segítségnyújtásban teljesen elmarad), emiatt az intézmények kénytelenek kreatívan variálni az adminisztrációval, aminek következménye a stressz, a feszített munkatempó, a sérülésveszély fokozódása, a gyakori betegállomány, az osztott munkakör és helyettesítés, illetve az is, hogy szakszervezeti tevékenységre sem jut idő. A vezetők kezében kevés eszköz van arra, hogy megtartsák a munkaerőt: ilyen a műszakokkal való variálás, a házi segítségnyújtásban az egy gondozottra jutó gondozási idő csökkentése, vagy az, hogy próbálják limitálni az otthonokba bekerülő súlyos állapotú ellátottak számát.

Az anyagi megbecsültsége a munkának teljes mértékben hiányzik, ezt a pótlékok némileg és nem következetes módon tudják csak kompenzálni, amihez kapcsolódóan meglévő probléma, hogy azonos feladatok esetén sem kap mindenki ugyanolyan pótlékokat (pl. ágy melletti pótlék, egészségügyi pótlék), illetve e tekintetben fenntartók között is van különbség, ami szintén feszültségforrás a munkavállalók számára – különösen az egyházi átvételek kapcsán.

A piacodás annak a következménye, hogy az alacsony bérek találkoznak a hozzáférési problémákkal. Mivel azonban kevesen képesek megfizetni a valódi piaci árakat, az ellátás

csak feketén kifizetődő. Ezen tudna segíteni, ha az állam minden gondozási szükséglettel rendelkező számára nyújtana pénzbeli támogatást, amit szolgáltatásvásárlásra költhet, ha egyébként az állami ellátást nem tudja a szigorú belépési feltételek miatt igénybe venni.

### A szolgáltatás helyzete

A koronavírus-járvány számos strukturális problémát a felszínre hozott, köztük az Európán belüli egyenlőtlenségeket. A pandémia tavaszi első hullámában sorra olvashattuk a híreket, hogy a kelet-közép-európai munkaerő kiesése a határlezárások miatt teljes szektorokat bénít le Olaszországban, Nagy-Britanniában, Németországban; hogy az olaszok, britek, németek nem akarják elvégezni ezeket a munkákat ilyen munkakörülmények és bérek mellett például az idősgondozás területén; mivel ezek a nemzetgazdaságok gyakorlatilag a kelet-közép-európai munkaerő kizsákmányolására építettek.

Ennek nyilvánvalósága és fenntarthatatlansága igazán a koronavírus-járvány idején mutatkozott meg. A határok lezárása ellenére 2020 márciusában sorra kötötték az államok a kétoldalú megállapodásokat a munkaerő szabad áramlása érdekében ezekben az országokban, keletről nyugatra; emlékezzünk például a kolozsvári charterjáratokra vagy az osztrák vonatokra, amelyek magyarországi megállás nélkül szállították az idősgondozókat Romániából Ausztriába. A határlezárások kivételes, idősgondozási célú feloldására el is terjedt a kifejezés: „care corridor” – gondozási folyosó.

Ezek a problémák a pandémia előtt is léteztek, és – mivel minden jel szerint továbbra sincs kellő politikai akarat ezek kezelésére – velünk maradnak a járvány elmúltával is. Ugyanakkor az is világossá válik: egy súlyos és egyre súlyosbodó problémával állunk szemben, hiszen a gondozás nem egy kiapadhatatlan erőforrás, és nem terhelhető végtelenségig a családokra (azokon belül elsősorban a nőkre), sem pedig a bevándorlókra; tehát a politika szereplői előbb-utóbb mind keleten, mind nyugaton lépéskényszerbe kerülnek.

Ausztria és Németország foglalkoztatja a legtöbb kelet-közép-európai bentlakásos idősgondozót: Ausztriában kb. 60-85 ezerre, Németországban 300-400 ezerre tehető a

számuk. Ausztriába elsősorban Szlovákiából és Romániából, Németországba főként Lengyelországból érkeznek. Magyarok és csehek mindkét országba mennek<sup>16</sup>.

A házimunka nélkül, valamint a gyerekekről, a betegekről és az idősekről való gondoskodás nélkül nem működne a gazdaság, szükség van ezekre a gondoskodó munkákra a munkaerő napról napra és generációról generációra történő újratermeléséhez. A kapitalizmus jelenlegi működése azonban pontosan ezt ássa alá: a megélhetéshez szükséges munkateher mellett egyre nehezebb ellátni a gondoskodási feladatokat. A csökkenő népesség és a társadalmak öregedése is abba az irányba hat egész Európában, hogy egyre kevesebb ember tud gondoskodni egyre több gondozásra szoruló emberről, és idővel ez a teher még tovább fog nőni. Ez az úgynevezett gondoskodási válság.

A nyugat-európai országok ahelyett, hogy többet fektetnének be szociális szféráikba, azon az áron kezelik a gondozási hiányukat (azaz hogy nincs elegendő gondozási kapacitás a családokban és az állami ellátórendszerben), hogy a helyi viszonyokhoz képest olcsóbban (alacsonyabb bérekért) és rosszabb munkakörülmények között (gyakran szürke foglalkoztatási viszonyok között) alkalmazott gondozókat hívnak be az EU perifériáiról.

Tekintsünk ki egy pillanatra a cseh gondozónők helyzetére Németországban és Ausztriában, valamint az ukránokéra Csehországban. Csehország ékes példája a gondozási láncoknak (care chains) és a gondozási elszívásnak is (care drain a brain drain, az agyelszívás mintájára). Az előbbi alatt azt értjük, hogy a (fél)perifériákról a centrumba történő gondozói áramlás egy láncot alkot: ahogy a csehek a jobb bérek reményében nyugaton vállalnak munkát, úgy jönnek be a helyükre az ukránok, akik számára a cseh bérek még mindig jobbak, mint az otthoniak.

Sokan azonban ezzel gyerekeiket vagy gondozásra szoruló idős hozzátartozóikat hagyják hátra, vagy éppen ápolónőként, orvosként, intézményes idősgondozóként dolgoztak hazájukban korábban, így távozásuk a kibocsátó országban hagy jelentős hiányt. Elvándorlásuk tehát egyben „gondozási elszívás” is: ami elmegy nyugatra, az hiányzik otthon.

Ezek a jelenségek Magyarországon is megfigyelhetők: a gondozás területén, az egészségügyben és a szociális szférában a munkaerőhiány hatalmas méreteket ölt. Sokakat a munkakörülmények és a bérek külföldre kényszerítenek – ezzel viszont még nagyobb nyomást helyeznek az itthon maradókra. És nálunk sem egy irányú a vándorlás: nagyon sok

---

<sup>16</sup> Katona Noémi és Melegh Attila: Az ellátás szükségessége felé? Feszültségek és ellentmondások a transznacionális idősgondozási rendszerekben Kelet-Közép-Európában. Budapest, 2020 <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/budapest/16945.pdf>

család, amelyik megengedheti magának, erdélyi takarítónőt vagy kárpátaljai bentlakásos idősgondozót foglalkoztat.

És mivel a férfiak kevésbé kapcsolódtak be, illetve az állam, a piac és a közösségek viszonylatában sem vált igazságosabbá a gondoskodás elosztása, így a gondoskodási láncokban kedvezőbb pozícióban lévő nők emancipációja más nők kárára lehetséges. Vagyis olyan áron tudnak bekapcsolódni a fizetett munkába, és tudnak ezzel anyagilag függetlenedni a férfiaktól, olyan áron jutnak szabadidőhöz vagy pihenéshez, hogy a tőlük keletebből, még inkább periférikus országból érkező nők végzik el a gondoskodó és a házimunkát.

Németország, Ausztria és Svájc, három ország, amelyik jelentős mértékben támaszkodik a kelet-közép-európai gondozónőkre. A gondoskodó munka áruvá válását és piacosodását a jóléti államok neoliberális átalakítása idézte elő, ami ráadásul egybeesett a családi struktúrák megváltozásával és a bevándorlási politikák liberalizációjával. A szektor liberalizált vagy alulszabályozott volta elfedi a kelet-közép-európai gondozókra váró bizonytalan és kiszolgáltatott helyzetet és hatalmi alávetettséget.

A bentlakásos gondozás így egyszerű és megfizethető megoldásnak tűnik sokak számára, miközben fenntartják a családon belüli gondoskodás ideálját. A szabályozás mindeközben nagyon eltérő is lehet: Németországban nagyon sokan dolgoznak bejelentetlenül, ami felett szemet hunynak a német hatóságok; Ausztriában az otthoni idősgondozók 95%-a bejelentett önfoglalkoztató, azonban nem védi őket a munkaidő-szabályozás, sem pedig a minimálbér. Összességében mindez a felelősséget a gondozókra hárítja, a gondozók a társadalombiztosításba sincsenek teljesen integrálva, így elsősorban az őket alkalmazó háztartásoknak jó ez a megoldás.

Olaszországra is az jellemző, hogy a családi alapú idősgondozást a „migráns a családban” modell váltja fel, miközben sokszor szolgálóként tekintenek a bentlakásos gondozókra. Több mint 200 000 ukrán dolgozik Olaszországban, ezek 80%-a nő, felük a gondozói szektorban dolgozik. E vándormunkásoknak nincs más feladatuk, mint dolgozni – magukra is úgy tekintenek az otthonuktól elszakadva, hogy az igazi élet otthon zajlik, itt pedig szünetel, sőt a szabadidejükre is gyakran időpocsékolásként tekintenek, vagy igyekeznek azokra az órákra vagy napokra egyéb kereső tevékenységet keresni.

Sokszor családon belüli erőszakból, lakhatási szegénységből vagy szegénységből menekülnek bentlakásos idősgondozásba a nők Magyarországon. Ez abból a helyzetből kiútnak tűnhet ugyan, de sem számukra, sem a családok, gondozott idősök számára nem ideális.



Az idős- és beteggondozás különösen keresett szakma Ausztriában, ahol a magyar munkavállalók számára is lehetőség nyílik. A bérezés elérheti a nettó 800 ezer forintot is havonta, és akadnak olyan helyek, ahol szállást, valamint útiköltség-támogatást is adnak. A legtöbb helyen - az elvárások között - az alapszintű német nyelvtudáson és tapasztalaton kívül mást nem kérnek.

Az osztrák munkaerőpiac tehát vonzó lehetőségeket kínál a magyar munkavállalók számára. Ausztriában magasabb bérekkal és jobb munkafeltételekkel lehet számolni, ami vonzóvá teszi az ottani munkavállalást. A szabad munkaerő áramlásnak köszönhetően az Európai Unió tagállamaiban élő és munkát vállalni szándékozó magyar állampolgárok szabadon utazhatnak és dolgozhatnak Ausztriában is. Az Ausztriában dolgozó magyarok száma ezért évről évre növekszik, és a kölcsönösen előnyös gazdasági kapcsolatok továbbra is segítik a munkavállalók mobilitását az Európai Unión belül.

Az Österreichische Sozialversicherung<sup>17</sup> legfrissebb adatai szerint 2024 májusában 123 897 magyar dolgozott Ausztriában, ami meglepően magas érték annak fényében, hogy a német adatok 127 ezer körül vannak, azzal együtt is, hogy ez egy jóval nagyobb lakossággal rendelkező ország, tehát lakosságárányosan Magyarországról kimagaslóan sokan választották idén tavasszal is az osztrák munkaerőpiacot.

A magyar munkavállalók sok esetben a szociális szférában találnak lehetőségeket Ausztriában, mert ebben a szektorban az osztrákoknál is permanens munkaerőhiány mutatkozik. Azonban ennek az aktív kivándorlásnak köszönhető az is, hogy a magyar szociális szféra évről-évre még nagyobb hiányt tudhat magáénak. A szférán belül is jellemzően a beteg- és idősgondozás a legkeresettebb. Szintén az osztrák statisztikai hivatal adatai szerint 2024 márciusában az egészségügyi és szociális szférában közel 63 000 külföldi munkavállaló volt.

Magasabb béreken túl sokak számára vonzó a kinti munkában, hogy a munkafeltételek is jobbak, ez magában foglalhatja például a munkaidő rugalmasságát, a szabadság lehetőségeit, valamint a munkavállalók számára nyújtott egyéb juttatásokat és szociális védelmet. Nézzük meg, hasonlítsuk össze a Magyarországon és Ausztriában meghirdetésre kerülő beteg- és idősgondozói állásokat.

Számos hirdetést találni az interneten, amelyben Ausztriában élő időskökhöz keresnek ápolót vagy olyan embert, aki segít a mindennapi teendők során. A hirdetések a béreket tekintve igen

---

<sup>17</sup> <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.894921&portal=svportal>

sokszíűnek és a feladatok sem egységesek, mivel nagyon más helyzetekben kell helytállnia a segítőknak.

<b>IDŐSGONDOZÓ ÁLLÁSHIRDETÉSEK AUSZTRIÁBAN 2024 MÁJUS</b>			
<b>Idősgondozó állás</b>	<b>bruttó bér (euró)</b>	<b>Nettó bér (euró)</b>	<b>Nettó bér (forint; váltóegység: 1 euró= 387,09 Ft)</b>
Hirdetés1	2 700- 4 500 euró/hó	2 133- 3 555 euró	825 680- 1 376 104 forint
Hirdetés2	4 063 euró	2 270 euró (28 nap)	878 694 forint
Hirdetés3	3 508 euró	kb. 1 960 euró/hó (napj 70 euró)	758 696 forint

Forrás: Pénzcentrum

Látható, hogy elég széles skálán mozognak a fizetések. Attól is függ a bérezés, hogy valaki egyénileg keres egy beteg rokona mellé ápolót, vagy egy konkrét intézmény keres fix szerződéssel idősgondozót. Ha a fenti összegeket átlagoljuk, elmondható, hogy átlagosan nettó 959 793 forint körül keresnek ilyen pozícióra magyar dolgozókat. Ez egy igen kecsesgertő értéknek tekinthető, de ebből érdemes tovább számolni és arányosítani a kinti árakhoz. Ehhez szükségünk van a vásárlóerő-paritási átváltási tényező (GDP) és a piaci árfolyam árszínvonalának arányára a két összevetendő ország esetén. Így egy rövid számolást követően megkapjuk, hogy ha az osztrákoknál keresünk nagyjából bruttó 960 ezer forintnak megfelelő eurót, az ugyanolyan, mintha itthon megkeresnénk havonta kb. nettó 552 ezer forintot. Tehát átlagosan nettó 552 ezer forintnak felel meg itthon a kinti fizetés.

Egyéb juttatásokat is ajánlanak ezen felül, például szállást és útiköltség-támogatást. De természetesen elvárásokat is támasztanak a gondozókkal szemben, az alapszintű német nyelvtudás, a szakmai tapasztalat (legalább 2-3 év) mindenhol elvárás, de olyan is akad, aki szakirányú végzettséget is kér a pozíció betöltéséhez. Ugyan nagyon imponáló a fizetés, ám azt is fontos figyelembe venni, hogy ez a munka sok lemondással jár, hiszen távol lenni a családtól és maga a betegek gondozása megterhelő feladat lehet sokak számára.

Az Egyesült Királyságban több mint 1,6 millió ember dolgozik a felnőttek szociális ellátásában (ide tartozik az idősellátás és általában a bentlakásos ápolás is). Ez azt jelenti, hogy több embert foglalkoztat ez a szektor, mint az ország teljes állami egészségügyi

rendszere, de a szakértők még így is 10%-osra becsülik a gondozási munkaerő-hiányt. Az, hogy az angol viszonyokhoz képest olcsó külföldiek munkaereje elengedhetetlen az ország idősellátásának fenntartásához, nemcsak abból látszik, hogy az ebben a szektorban dolgozók 16%-át már most is bevándorlók teszik ki, de abból is, ahogyan megváltozott a bevándorló ápolókhöz való hozzáállás a brexit után.

Az EU-s állampolgárok szabad bevándorlásának megszűnése után a brexit eredetileg két okból is ellehetetlenítette a közvetlen, külföldi munkaerő-toborzást az ápolás területén: egyrészt azzal, hogy az ápolási munkát „alacsony képzettségűnek” minősítették, másrészt azzal, hogy ennek alapján kifejezetten magas összeget állapítottak meg a vízumhoz szükséges, minimális bérküszöbként. Ezek után nem volt meglepő, hogy lényegesen kevesebb külföldi gondozó érkezett az országba (az összes bevándorló közül 2021 első negyedében 1,8 százalék lépett be ilyen céllal, míg 2019 első negyedében ugyanez az arány még 5,2 százalék volt).

„Eredetileg az volt a felfogás, hogy szociális gondozók se jöjjenek külföldről, még a bevándorlással foglalkozó hivatalos kormányzati tanácsadó szervnek, a Migration Advisory Committeenek is az volt az álláspontja, hogy a szociális szférában a munkaerőhiányt nem a migrációval kellene orvosolni, aztán érezhetően elkezdtek visszatáncolni” – magyarázza Turnpenny Kozma Ágnes, az Oxford Brookes Egyetem kutatója, aki társszerzőként jegyzi a Nottinghami Egyetem által kiadott, a londoni migráns bentlakásos gondozókról szóló 2022-es jelentést<sup>18</sup>. A gondozói munka ma már szerepel a hiányszakmák listáján, így gyorsítva lehet munkavállalói engedélyt szerezni, és alacsonyabb fizetési küszöb jár hozzá, aztán bekerült egy speciális (egészségügyi és gondozói munkákra adható) vízumkategóriába, ami további könnyítésekkel, például társadalombiztosítási kedvezményekkel is jár. A jelentés szerint ezek alapján egyértelmű, hogy a korábbi hivatalos kommunikációval ellentétben az Egyesült Királyság kormánya továbbra is hajlandó a migrációt a meglévő szociális gondozói munkaerő-állomány kiegészítésére használni.

Az Egyesült Királyságban tehát folyamatosan munkaerőhiány van idős gondozókból, bentlakásos ápolókból. Ezt a brexit ellenére is külföldiekkel, többek között magyarokkal igyekeznek pótolni.

---

<sup>18</sup>[https://www.researchgate.net/publication/350476583\\_Migrant\\_Home\\_Care\\_Workers\\_in\\_the\\_UK\\_a\\_Scoping\\_Review\\_of\\_Outcomes\\_and\\_Sustainability\\_and\\_Implications\\_in\\_the\\_Context\\_of\\_Brexit](https://www.researchgate.net/publication/350476583_Migrant_Home_Care_Workers_in_the_UK_a_Scoping_Review_of_Outcomes_and_Sustainability_and_Implications_in_the_Context_of_Brexit)

A brit rendszer nagy előnye, hogy a jogi szabályozottság és az emberbarát vállalkozói környezet miatt még külföldiként sem éri meg feketén dolgozni: a dolgozókat jellemzően ügynökségeken keresztül alkalmazzák a családok.

Nagyon könnyű ápolóként elhelyezkedni Angliában, ha van az embernek némi gyakorlata és beszéli a nyelvet. Több ápolók kiközvetítésével foglalkozó ügynökség működik Angliában; vannak, amelyek alkalmazzák az ápolókat, tehát munkaviszony jön létre a cég és az ápoló között. Az úgynevezett introductory agency-ken keresztül viszont egyéni vállalkozóként lehet munkát kapni. Előbbieknél kevesebbet lehet keresni, ezért aki feltalálja magát, hamar elmegy egyéni vállalkozónak, mert úgy heti 400-500 font helyett 700-800-at is lehet keresni.

Angliában széles a fizetőképes réteg, másrészt az önkormányzatok súlyos összegekkel, akár heti több száz fonttal támogatják azokat, akik egyedül nem tudnának megfizetni egy ápolót.

Mindegy, hogy Romániából vagy Magyarországról indulnak Nyugatra, az időseket gondozó nők folyamatosan ingáznak. Ez azt jelenti, hogy többségük 3-4 hétig dolgozik gyakorlatilag 24 órás műszakban, szinte megállás nélkül, napi néhány órányi pihenővel külföldön, majd ugyanannyi pihenőidőt tölthetnek otthon. Előfordul az is, hogy egyhuzamban akár 2-3 hónapot elvállalnak, és csak egy hónapra térnek haza. A munkára szánt időszak hosszúságát több faktor befolyásolja: a távolság, a honvágy, hogy vannak-e gyerekek vagy más családtagok, akik hazavárják őket, illetve az anyagiak. Gyakran előfordul az, hogy ha épp több pénzre van szüksége egy gondozónak, akkor bevállal dupla turnust is, mielőtt hazamegy, ilyenkor az utazáson is spórol, többet is keres, nyilván azonban sokkal jobban kimerül.

A külföldi idősgondozást a kelet-európai nők sok esetben távlati célok miatt vállalják be: adósságtörlesztés, nyugdíjkipótlás, gyerekek támogatása, családi ház építése stb. Az általuk megkeresett pénz viszont csak a korábbi életkörülményeikhez viszonyítva számít magasnak. Azokat a rendszerszintű problémákat, amik miatt útra kelnek, jellemzően nem tudja hosszú távon megoldani néhány évnyi külföldi munka, ezért nagyon gyakori, hogy az idősgondozók addig ingáznak, amíg lelkileg-fizikailag bírják ezt a munkát, vagy amíg a saját családjukban az otthon maradottak közül nem lesz valakinek szüksége gondozásra. A gondozási migráció a szerencsésebb helyzetben lévő társadalmakban fontos hiányt pótol, de a szakértők már évek óta arra figyelmeztetnek, hogy ez a rendszer nem tartható fenn.

## Hazai termálfürdők helyzetének bemutatása

A termálvíz emberre gyakorolt gyógyhatása a korai időkben előtt is ismert volt, és nem egyszer szinte bibliai erőt tulajdonítottak neki. Az ókori rómaiak magasfokú fürdőkultúrával rendelkeztek, és amikor a Kárpát-medence dunántúli részét Pannonia provincia néven a birodalomhoz csatolták, ennek jótékony velejárója lett a fürdők építése is. Közülük eddig 15-nek a romjait találták meg a régészek. A mozaikpadlós, falfreskós fürdők a társasági élet színterei is voltak, sok helyütt építettek hozzájuk éttermeket, kiszvendéglőket, ahol az odalátogatók – ideértve a császároktól kezdve az arisztokratákon át a közrendű szabadokig mindenkit, – eszmét cserélhettek az élet aktuális ügyeiről, és mindeközben fel is frissülhettek. Az írásos emlékek tanúsága szerint a honfoglalást követően az Árpád-korban is több helyen működtek fürdők, azonban a középkor második felében a pestisjárványok miatt Európa-szerte hanyatlani kezdett a termálvizek népszerűsége. Ezt követően, Magyarországon a török hódoltságnak köszönhetően ismét kedveltek lettek, a dualizmus pedig újabb lendületet adott a gyógyvízkultúrának.

Közismert, hogy rengeteg mozgásszervi betegséget gyógyítanak ezek a Föld mélyéből feltörő vizek, amelyek felszín alatti útjuk során kioldják és magukban hordozzák az ásványi anyagokat és sókat, amelyek egyes betegségek leküzdéséhez nélkülözhetetlenek.

Érdekesség, hogy nem minden termálvíz minősül gyógyvíznek, hiszen van közöttük különbség. Termálvíznek azokat a vízfeltöréseket nevezzük, amelyek hőmérséklete meghaladja a felszínre jutás helyszínének éves középhőmérsékletét. Magyarországon ebbe a kategóriába a +30 Celsius-fok feletti vizek tartoznak.

Magyarországon közel 500 termálvízforrás található, amelyek természetes vízfeltöréseiknél tehát +30 Celsius-foknál melegebb hőmérséklettel rendelkeznek. Az ország a világ ötödik legnagyobb termálvízkészletével rendelkezik, Budapestet pedig gyakran emlegetik a termálfürdők fővárosaként.

Ahhoz, hogy egy termálvíz megkapja a „gyógyvíz” minősítést, az Országos Tisztifőorvosi Hivatal Gyógyhelyi és Gyógyfürdőügyi Főigazgatóságának szakemberei végzik a minősítő teszteket, elemzik a kémiai összetételt és különböző gyógyulási teszteket hajtanak végre, ennek köszönhetően kiderül, hogy az adott gyógyvíz milyen típusú betegségek kezelésére alkalmas, és milyen formában lehet hatékony: fürdő- vagy ivókúra alkalmazásával.

Nemzeti kincsnek számít a sok termálfürdő Magyarországon, a fővárosok, illetve a metropoliszok közül pedig Budapest a világon az egyetlen, ahol száznál is többre tehető a termálforrások, valamint a rájuk épülő kutak száma, és ahol erre alapozva mintegy ötven fürdő üzemel. A világelsőséget jól példázza, hogy a magyar fővárosban, - amely 1930-ban kapott fürdőváros címet, - a gyógyfürdőjéről is híres Gellért Szállóban alakult meg 1937-ben a Nemzetközi Fürdőszövetség, amelynek örökös székhelyéül Budapestet választották. Ugyanígy sehol nincs párja a világon annak sem, hogy - a Kárpát-medence geológiai adottságaiból fakadóan, - ahol elkezdene kutakat fúrni a sík vidékeken, ott jóformán mindenhol gyógyhatású termálvíz tör a felszínre<sup>19</sup>. Ma Japán, Izland, Olaszország és Franciaország után Magyarország a világ ötödik termálvíz-nagyhatalma.

### A gyógyfürdők rövid története Magyarországon

Magyarország történelme során a gyógyfürdők számos kultúrát, népet és korszakot megélték. Az ország a termálvíz- és gyógyvízbősége révén kiváló alapot biztosított a gyógyfürdők kialakulásához és fejlődéséhez.

- Római idők: a rómaiak már kihasználták Magyarország gyógyvízkészletét. Aquincum (ma Budapest) az egyik fontos római fürdőváros volt, ahol az emberek élvezték a meleg vizet, és fürdőhelyeket építettek a gyógyító hatások miatt.
- Török uralom: a török hódoltság (a XVI-XVII. század) idején a törökök hozzájárultak a fürdők fejlesztéséhez, és sok helyen új fürdőket építettek, például Egerben, Pécsen és Harkányban.
- Barokk és rokokó korszak: a XVIII. században a magyarországi gyógyfürdők főként az arisztokrácia és az elit körök körében váltak népszerűvé. Ebben az időszakban épült például a Széchenyi Gyógyfürdő Budapesten.
- XIX. század és a gyógyturizmus kialakulásának időszaka: ebben a században virágzott a gyógy- és általános turizmus, és a külföldről érkező vendégek a gyógyfürdői miatt felfedezték Magyarországot, így számos új fürdő létesült ebben az időszakban.

---

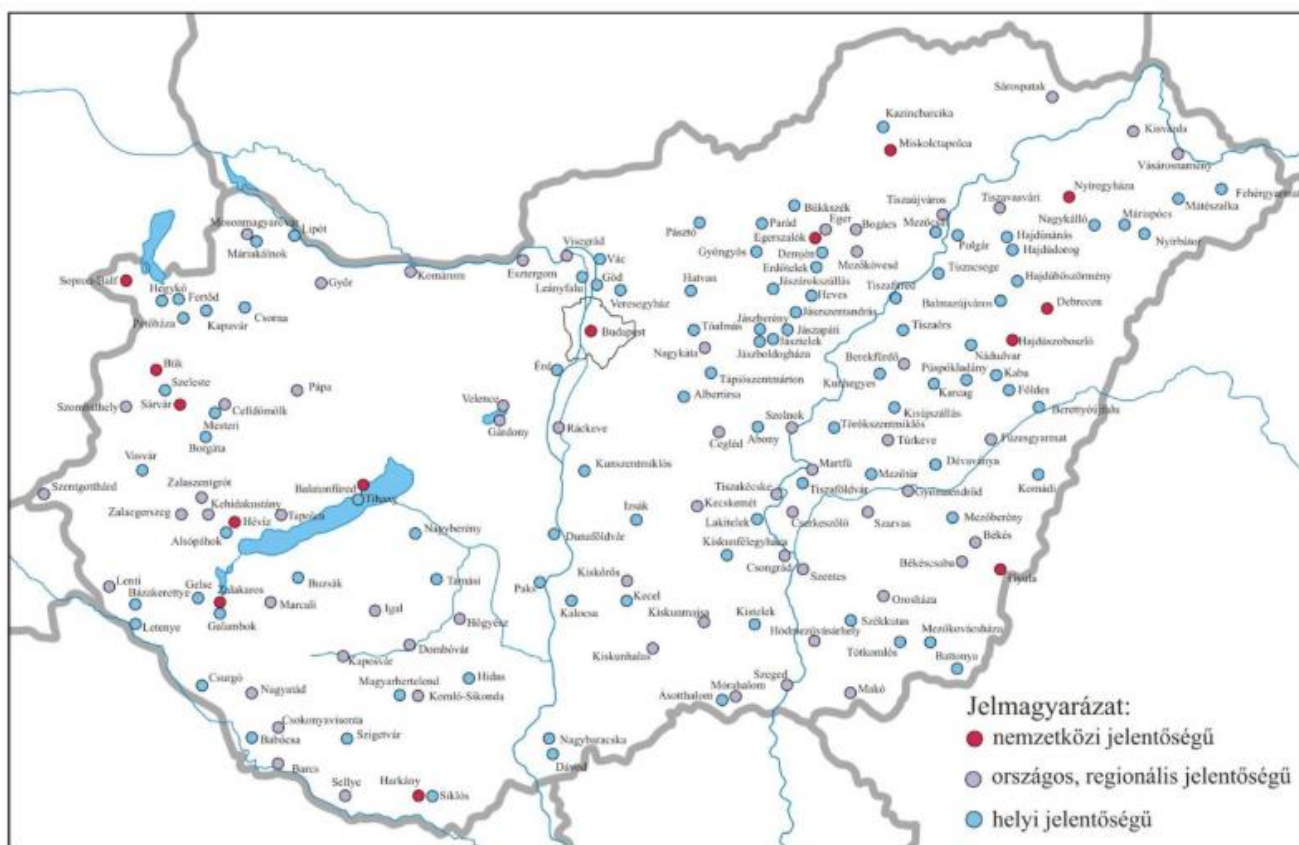
<sup>19</sup> Magyarország területének közel 70%-án található termálvíz – vagyis olyan víz, amelynek hőmérséklete meghaladja a 30°C-ot, (Forrás: Martyn-Csamangó Zita: A turizmus hatására bekövetkező változások a hazai fürdővárosokban. Doktori (Ph.D.) értekezés)

- XX. század és utána: Magyarország fürdőéletének különlegességét többek között az adta, hogy bármerre is indulunk el az országban, gyógyfürdőt találtunk: a Felvidéken (például Tátrafüred, Pöstyén), Erdélyben (Szováta, Tusnádfürdő) a Délvidéken (Palicsfürdő, Magyarkanizsa) és a Dunántúlon (Hévíz, Harkány, Tarcsafürdő). Trianon kapcsán nemcsak az ország területének kétharmada veszett el, hanem híres fürdőinknek kétharmada is. Később természetesen további fejlesztések történtek, és a gyógyfürdők továbbra is fontos szerepet játszanak a magyar egészségügyi és turisztikai szektorokban. A mai modern gyógyfürdők korszerű szolgáltatásokat kínálnak, és a termálvíz gyógyító tulajdonságai még mindig vonzóak a pihenni vágyóknak.

A termál- és gyógyfürdők látogatása Magyarország egyik legkiemelkedőbb turisztikai vonzereje, azonban napjainkban, amikor a termálfürdőkről beszélünk, már nem csupán a gyógyító vizekbe való belemerülésről van szó. A legtöbb termálfürdő rendelkezik saját wellness részleggel és más szórakoztató szolgáltatásokat is képes ajánlani. Gyakran egyesülnek számos szálláshellyel, létrehozva egy teljes kikapcsolódást nyújtó üdülőhelyet. A fürdőlátogatás már nem pusztán egy napos esemény, hiszen a termálfürdők köré szerveződő infrastruktúra lehetővé teszi a látogatók számára, hogy több napos tartózkodás során kihasználják a különböző szolgáltatásokat. A termál- és gyógyfürdők tehát nem csupán a gyógyulás szentélyei, hanem teljes élményhelyszínek, ahol mindenki megtalálhatja a számára legmegfelelőbb kikapcsolódási lehetőséget.

Az ezredforduló környékén Magyarország - felismerve a turizmusból származó lehetőségeket, - az előnyök megfelelő kihasználása érdekében fejlesztési tervet készített, melynek fontos alprogramja volt az egészségturizmus fejlesztése. A Széchenyi Terv Turizmusfejlesztési Programja keretében kiírt pályázatok kapcsán vált hazánkban az egészségturizmus fogalma közzismertté. Az egészségturisztikai alprogram keretében a magyarországi gyógyfürdőket és a hozzájuk kapcsolódó infrastruktúrát, illetve szállodai kapacitást lehetett fejleszteni, amelyhez az állam támogatást biztosított. Jól látszik ebből, hogy hazánkban az egészségturizmus fejlesztése gyakorlatilag egyet jelent a fürdők és a fürdőnek otthont adó desztináció, vagyis a fürdővárosok fejlesztésével. A központi források kihasználása érdekében több térség a fürdőturizmus fejlesztését állította a turizmusfejlesztési stratégiájának középpontjába, így az egészségturisták számára elérhető szolgáltatások mennyisége és minősége robbanásszerűen megnőtt, és számos település vált tágabb értelemben fürdővárossá hazánkban.

## Magyarország fürdőhelyei, 2020



Forrás: Martyn-Csamangó Zita: A turizmus hatására bekövetkező változások a hazai fürdővárosokban. Doktori (Ph.D.) értekezés. [https://doktori.bibl.u-szeged.hu/id/eprint/10651/1/disszertacio\\_Martyn\\_2020.pdf](https://doktori.bibl.u-szeged.hu/id/eprint/10651/1/disszertacio_Martyn_2020.pdf)

Széles körben elfogadott definíciók alapján azt állíthatjuk, hogy a gyógyturizmus az egészségügyi és wellness szolgáltatások fogyasztása céljából történő utazás, amely a legközelebbi kórház meglátogatásán túl magába foglalhatja a gyógyulás iránti vágy által motivált belföldi és külföldi utakat. Maga az utazás létrejöhet költségmegtakarítás, magasabb szakértelem, illetve a magasabb szolgáltatási minőség iránti szükséglet, vagy a turizmus iránti vonzalom miatt is.

Az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (ESKI) megfogalmazása alapján „a gyógyturizmus az egészségi állapot konkrét javítása (gyógyulás, panaszok csökkentése, állapot stabilizálása, elvesztett képességek visszaszerzése/ pótlása) céljából igénybe vett, egészségügyi (ideértve



egyaránt az orvosi szolgáltatásokat, és a gyógyászati ellátásokat is) ellátásokra alapozódó egészségturizmus”<sup>20</sup>.

A gyógyturizmus körébe tartozó kezelésekhez a fogyasztók hazánkban állami és privát egészségbiztosítók támogatását is igénybe vehetik. A támogatott szolgáltatások köre bizonyos esetekben korlátozott, az igénybevétel feltételei pedig szigorúan szabályozottak. Az állami egészségbiztosítás keretein belül ma Magyarországon az állampolgárok által igénybe vehető ellátásokat alapvetően két csoportba sorolhatjuk. Ezek egyike a természetbeni ellátások keretében biztosított ellátás, a másik pedig a pénzben nyújtott egészségügyi szolgáltatások csoportja. Az egészségbiztosítás szempontjából fontos megemlíteni, hogy a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő társadalombiztosítási támogatást nyújt az egyéb gyógyító ellátásokhoz is, amelyekhez - az intézmény értelmezése alapján - a gyógyfürdő kezeléseket, a gyógyúszást és a gyógygázfürdőt sorolhatjuk (NEAK).

A gyógyturisztikai jellegű szolgáltatások esetén elsősorban pénzbeli támogatás érhető el a fogyasztók számára, hiszen a fent említett kezelésekhez igénybe vehető társadalombiztosítási támogatással a kezelések költségének kiegyenlítéséhez nyújt ártámogatást az állam. Fontos tudni, hogy ez az ártámogatás csak abban az esetben vehető igénybe, ha az adott kezelés szükségessége orvosi szakvéleménnyel is alátámasztott. A kezelés igénybevétele orvosi rendelvényre történik, illetve a fogyasztónak a szolgáltatást egy a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelővel szerződött szolgáltatónál kell megvásárolnia.

Gyógyászati ellátást kizárólag szakorvos rendelhet el, azonban magánrendelésen még szakorvos sem. Az ellátást vény segítségével lehetséges elrendelni, amelyen a beteg adatain túl fel kell tüntetni a fürdőgyógyászati ellátást nyújtó szolgáltató pontos nevét, az ellátás megnevezését, valamint az igénybevétel lehetséges időintervallumát és a szükséges kezelések számát. A vény érvényességi időtartama az adott szolgáltatás típusától függ, az általános szabályok szerint azonban a fogyasztónak a vény kiállítását követő 30 napon belül meg kell kezdenie a kezelést. A gyógyászati ellátások igénybevételéhez utazási támogatás is igényelhető.

A magyarországi gyógyhelyek nem csupán gyógyfürdőkhez kapcsolódnak és nem minden esetben gyógyvízre épülnek. Ennek ellenére csupán fürdőzéssel és szinte kizárólag vízzel

---

<sup>20</sup> Strack Flórián: Az egészségturizmus társadalmi-gazdasági hatásai a minősített gyógyhellyel rendelkező hazai települések körében [https://gsdi.gtk.uni-pannon.hu/wp-content/uploads/2021/05/Strack\\_PhD\\_dolgozat.pdf](https://gsdi.gtk.uni-pannon.hu/wp-content/uploads/2021/05/Strack_PhD_dolgozat.pdf)

kapcsolatos kezeléseket lehetséges társadalombiztosítási támogatással igénybe venni. Ezek a kezelések a következők lehetnek:

- gyógymedence (és hévízi tófürdő),
- kádfürdő gyógyvízzel,
- iszappakolás,
- súlyfürdő,
- szénsavas fürdő,
- orvosi gyógymasszázs,
- vízszugármasszázs,
- víz alatti csoportos gyógytorna,
- fürdőgyógyászati ellátás (komplex),
- csoportos gyógyúszás (18 év alatt),
- mofetta (szén-dioxid gázfürdő).

A magánúton történő finanszírozás és a magánegészségügy egyre jelentősebb a hazai egészségügy egészét tekintve, a magán egészségbiztosítások piacán azonban egyelőre kisebb mértékű a növekedés (Magyarországon 2020/2021 telén 13 biztosító kínált magán egészségbiztosítást). Az állami ellátáshoz hasonlóan, jellemzően a magánellátás is járóbeteg-ellátást kínál. A betegek teljes körű ellátásának érdekében azonban a magán egészségbiztosítók egy része fekvőbeteg-ellátást is igyekszik biztosítani, amelynek túlnyomó többségét az állami infrastruktúra kínálja. Ezen a területen jelenleg még nem kidolgoztak az állami- és magánszféra együttműködési lehetőségei.

Általánosságban elmondható, hogy a magánszolgáltatók ugyanazokat az egészségügyi ellátásokat biztosítják, mint az állami finanszírozású egészségügy, a várólisták azonban rövidebbek, a környezet kellemesebb, a szolgáltatás minősége pedig magasabb. Más vélemény szerint a magánegészségügy képes az államinál modernebb, így költségesebb eszközpark üzemeltetésére, tehát akár olyan beavatkozásokra is, amelyekre az állami nem, vagy csak korlátozottan alkalmas<sup>21</sup>

A magán egészségbiztosításnak hazánkban két alapvető típusa létezik, ezek egyike az összegfinanszírozó egészségbiztosítás, amely esetén a biztosító nem szervezi meg a beteg ellátását, csupán egy előre meghatározott pénzüsszeget fizet ki számára. A másik típus a

---

<sup>21</sup> Strack Flórián: Az egészségturizmus társadalmi-gazdasági hatásai a minősített gyógyhellyel rendelkező hazai települések körében [https://gsdi.gtk.uni-pannon.hu/wp-content/uploads/2021/05/Strack\\_PhD\\_dolgozat.pdf](https://gsdi.gtk.uni-pannon.hu/wp-content/uploads/2021/05/Strack_PhD_dolgozat.pdf)

szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás, amikor a biztosító nem a betegnek, hanem közvetlenül az őt ellátó szolgáltatónak fizet, illetve megszervezi a beteg ellátását is.

### Az egészségturizmus gazdasági hatásai

Az egészségturizmus világszerte gyorsan fejlődő iparág, amely magas diszkrecionális jövedelemmel<sup>22</sup> rendelkező személyek figyelmének felkeltésére is alkalmas. A tehetősebb turisták megjelenése nem csupán a fejlődő országok számára adhat pozitív irányú gazdasági fejlődési lehetőséget, hanem elősegítheti a kisebb, hagyományos egészségfejlesztési módszerekkel rendelkező régiók jólétének növekedését is. Az egészségturizmus egyik legjelentősebb pozitív gazdasági hatása a közvetlen devizajövedelem növekedése, valamint a kormányzati bevételekhez történő nagymértékű hozzájárulás. Mindezek mellett az egészségturizmus közvetlen (direkt), vagy közvetett (indirekt) foglalkoztatást és üzleti lehetőséget biztosít a helyi lakosok számára:

- A direkt foglalkoztatás azokat a munkahelyeket és munkaköröket foglalja magába, amelyek közvetlenül kapcsolódnak a turizmushoz, mint a szállodai munkák, taxi szolgáltatás, étteremben felmerülő munkakörök, stb.
- Indirekt foglalkoztatás alatt azokat a munkaköröket értjük, amelyek nem közvetlenül, de szükségesek a turizmus, illetve az egészségturizmus sikeres működtetéséhez, mint például azok az egyéb szolgáltatások, amelyeket a helyi lakosok is napi rendszerességgel használnak, de az utazás során a turisták mindennapos igényeit is kielégítik.

Az egészségturizmus előnyös gazdasági szerepét tovább erősíti, hogy más turizmusfajtákhoz képest viszonylag hosszú tartózkodási idő figyelhető meg, mivel a kúraalapú kezelések esetén az átlagos tartózkodási idő jellemzően több mint tíz nap. A hosszú tartózkodási idő miatt magas az egy vendégre és az egy vendégéjszakára jutó költség, a vendégek fajlagos költsége átlagosan 30-35%-kal magasabb, mint a turizmus hagyományos típusai esetén. A specializált szolgáltatások miatt jelentős az egészségturizmus élők-munka-igénye is. A Nemzeti Turizmusfejlesztési Stratégia alapján elmondható, hogy Magyarországon a turizmus típusai közül az egészségturizmus generálja a legmagasabb fajlagos költséget. Ráadásul az egészségturizmus piacán kevésbé érvényesülnek a szezonális és a gazdasági recesszió

---

<sup>22</sup> A jövedelemnek az a része, amely a kötelezően kifizetendő kiadások (alapélelmiszer, rezsi) után megmarad, és amely szabadon, bármire elköltethető. Például, mivel a turizmusban való részvétel nem létszükséglet, a turista diszkrecionális jövedelme határozza meg utazási lehetőségeit.

negatív hatásai, hiszen a szolgáltatások nem időjárás függőek, így a turisták látogatásai egész évben egyenletesnek tekinthetők. Az egészségturizmus csökkenti a területi koncentrációt, mivel Magyarország 80%-a alatt található termálvíz, amely számos területen lehetővé teszi az egészségturizmus kialakítását. Az egészségturizmus kínálatát képező szolgáltatások jellemzői miatt a turizmus ezen formája más turizmustípusokkal is összekapcsolódhat (pl.: ökoturizmus, falusi turizmus, stb.), amely a munkahelyek és a jövedelmek növekedését eredményezi, valamint pozitív megítélással pozicionálja Magyarországot.

Az egészségturizmus egy ország vagy régió imázsának pozitív irányú fejlődésén keresztül képes elősegíteni a gazdasági növekedést, hiszen az elégedett vendégek újabb potenciális vendégeket generálhatnak, így nőhet a kereslet, ezzel együtt pedig a bevétel is. Az egészségturisztikai szolgáltatásokat is kínáló települések számára fontos a turizmus, hiszen az az idegenforgalmi adónak köszönhetően közvetlen bevételt is generál.

Az egészségturizmus nem csupán a turizmus jövőjének biztosítására alkalmas, hanem az egészségügyi ellátórendszer azon pozícióit is képes érdemben javítani, amelyek nem elsősorban az egészségügyi turizmushoz kapcsolódnak. Az egészségturizmus képes:

- külső forrást hozni az egészségügybe, a lakosság terheinek növelése, illetve a gazdaság versenyképességének csökkentése nélkül;
- segíteni a szakképzett munkaerő megtartását és javítani az ágazatban dolgozók megélhetési lehetőségeit;
- pozitív hatással lenni az innovációra és a technológiai fejlődésre, illetve javítani a korszerű technológiák kihasználtságát, elősegítve az azokhoz kapcsolódó beruházások megtérülését;
- növelni az egészségügyi ellátás színvonalát;
- pozitívan hatni a belső piacra azzal, hogy a megvásárolható szolgáltatásokat nyújtó szolgáltatói kör bővül;
- pozitív hatást gyakorolni az önkéntes egészségpénztárak és kiegészítő biztosítások szélesebb körökben való elterjedésére;
- elősegíteni a magánszféra ellenőrizhetőségét és szakmai felügyeletét, az orvosi szolgáltatásokra alapozott egészségturizmus központi menedzselése által.

Az egészségturizmus a turisták mellett a fogadó települések helyi lakosainak életminőségére is hatást gyakorol, többek között hozzájárulhat a helyben élők szellemi- és anyagi értékének, valamint egészségének javulásához, ugyanakkor azonban a potenciálisan megjelenő túlturizmus (overtourism) révén a lakosság életminősége akár csökkenhet is.

Az életminőség szorosan kapcsolódik az egészségturizmushoz, különösen a wellness-turizmushoz, hiszen a turisztikai mobilitás hozzájárul az elégedettség érzésének eléréséhez, ezzel az életminőség javulásához. Az életminőség mérése azonban nem egyszerű feladat, elsősorban azért, mert az egyének a rendelkezésükre álló erőforrások függvényében döntenek a saját életminőséget javító tényezőkről, amelyre külső és belső tényezők is hatást gyakorolnak. Általánosságban elmondható, hogy minél jelentősebb az egészségturizmus, annál pozitívabb a helyi közösségre kifejtett hatása, hiszen az egészségturizmushoz kapcsolódó infrastrukturális fejlesztések (pl.: helyi infrastruktúra, pihenést szolgáló létesítmények, fürdők és egyéb turisztikai attrakciók, stb.) nem kizárólag a turisták számára érhetőek el, így azok – közvetetten - a helyi lakosság életszínvonalát is emelik. Az is megfigyelhető, hogy az egészségturizmusra vonatkozó pozitív attitűd pozitív irányban befolyásolja az egészségturizmus jólétre gyakorolt hatását is. A közösség jóléte pozitívan képes befolyásolni továbbá a helyi lakosok adófizetési hajlandóságát, valamint az egészségturizmus elfogadottságának és támogatottságának mértékét.

A modern egészségturizmus egyik legfontosabb eleme a komplexitás, mivel a látogatók nem kizárólag gyógytényezőkhöz (például gyógyvíz, gyógyklíma, gyógyiszap) kapcsolódó szolgáltatásokat, hanem összetett szolgáltatás-csomagokat keresnek. A szakorvosok és az egészségügyi képesítéssel rendelkező szakszemélyzet által végzett kezelések mellett szükség van a különféle wellness szolgáltatásokra (például életmód tanácsadás, diéta, egészséges konyha stb.), valamint ezek megfelelő kombinációjára, összefoglalóan kifejezve a holisztikus szemlélet meghonosítására és alkalmazására.

Magyarországon az elmúlt évtizedek során nagymértékben növekedésnek indult a wellness szállodák száma, illetve jelentősen nőtt az ilyen jellegű szolgáltatásokat nyújtó szolgáltatók ismertsége. A szintén az egészségturizmushoz kapcsolható aquaparkok és élményfürdők mennyisége is gyarapodott, melyek gyakran gyógyfürdőkhez kapcsolódva üzemelnek. Trendnek tekinthető az egészségturisztikai desztinációk diverzifikációja is, hiszen az egészségturisztikai szolgáltatásokat kínáló hazai települések egyre inkább két nagy csoportba sorolhatók. Az egyik csoportot azok a jellemzően kisvárosok képezik, amelyek valamilyen az egészségturizmus szempontjából stratégiai jelentőséggel bíró természeti erőforrással / adottsággal rendelkeznek, így kínálatukat szinte kizárólag arra építették fel (például Hévíz és Zalakaros). A másik csoport tagjai azok a városok (megyeszékhelyek), amelyek az egészségturisztikai trendek és a kereslet hatására fejlesztésekbe kezdtek ezen a téren (például Debrecen, Sopron, vagy Nyíregyháza). Megfigyelhető továbbá, hogy a hagyományosan

egészségturizmusra építő desztinációk egyre inkább nyitottá válnak a gyógyítás innovatív technológiai felé, és a korábbinál nagyobb hangsúlyt fektetnek a wellness különböző irányzataira, illetve az egészségturizmusnak a turizmus más típusaival való összekapcsolására (például üzleti-, golf-, konferenciaturizmus) is.

A turizmus trendjei közül több olyan is akad, amely várhatóan magára, az egészségturizmusra is jelentős hatást gyakorol majd az elkövetkező években. Ide sorolható többek között:

- a célcsoport / kereslet változása (a fejlett országok társadalmainak elöregedése, a civilizációs betegségek felerősödése - például a szív és érrendszeri betegségek, légzőszervi problémák stb. - valamint a már digitális világban felnevelkedő fogyasztók a korábbiaktól eltérő igényei.);
- a klímaváltozás (a globális klímaváltozás hatásainak felerősödése, amely felboríthatja a ma ismert és népszerű desztinációk közötti erősort, valamint befolyásolhatja az attrakciók vonzerejét);
- a megosztáson alapuló gazdaság előretörése (a megosztáson alapuló gazdaság jelenléte az egészségturizmushoz közvetlenül kötődő szolgáltatásokban már ma is általános - például a szállásszolgáltatás -, a következő években további terjedése és új formák megjelenése várható);
- a technológia fejlődése, digitalizáció (a mesterséges intelligencia, robotizáció, autonóm számítógépes rendszerek stb.);
- az autentikus élmények felértékelődése (a termékekkel és jellemzőikkel szemben az utazáshoz kapcsolódó döntések során egyre inkább előtérbe kerül az élményszerzés, adott életérzés iránt érzett vágy);
- a globális szintű biztonsági helyzet változása (a jövőbeni utazások és a hozzájuk kötődő fogyasztói döntések során várható, hogy kiemelkedő szerepet kap a biztonság kérdése).

Az egészségturizmus rendszerének működését azonban nem kizárólag az uralkodó trendek befolyásolják. Napjaink gyorsan változó világában az egészségturizmus is jelentős kihívásokkal szembesül. A legfőbb kihívások közé sorolhatók:

- a marketinggel és piaci versennyel kapcsolatos tényezők,
- a gazdasági versenyképesség, illetve a szakképzett munkaerő hiánya,
- a nemzetközi szabványok be nem tartása,
- a diagnosztikai központok szolgáltatásainak hiányosságai,
- a szükséges informatikai infrastruktúra és technológia hiánya,

- a biztonság (környezeti, politikai és társadalmi biztonság),
- az overtourism (a túlzott mértékű turizmus).

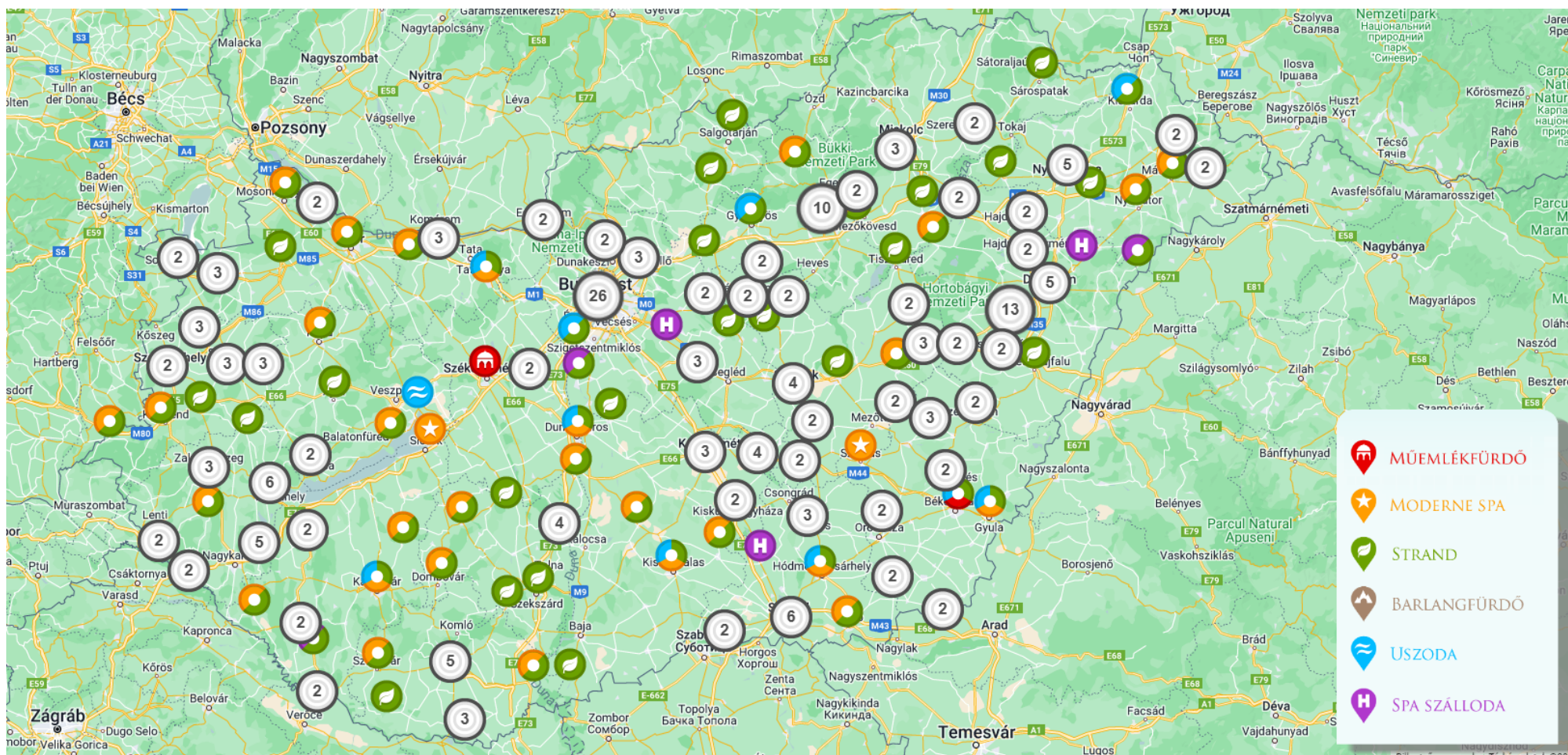
Az egészségturizmus alapvetően bizalmi termék, így különösen fontos, hogy a kommunikáció, illetve a marketing üzenetek megbízhatók legyenek és a valóságot tükrözzék. Az egészségbiztosítás esetén fontos megemlíteni, hogy nem minden ország támogatja az összes egészségturisztikai szolgáltatás igénybevételét, ennek köszönhetően a turisták egy része kiszorulhat bizonyos szolgáltatásokból, így különösen fontos az állami és magánbiztosítók, valamint más szolgáltatók együttműködése. A szakképzett munkaerő hiánya Magyarországon is jelentős probléma. Az egészségturizmus szolgáltatásai speciális, magas szakértelmet igénylő szolgáltatások, melyekhez mindenképpen szakképzett személyzet szükséges. A nemzetközi szabványok segítséget nyújtanak a fogyasztóknak az utazási döntés során, ha azonban a szabványokat a szolgáltatók nem tartják be, a szolgáltatásaik pedig valamilyen szempontból hiányosak, az bizonytalanságot és elégedetlenséget eredményez a fogyasztók körében, amelynek híre gyorsan elterjedhet, így hosszútávon csökkenti a keresletet.

A Magyarországon előforduló természetes gyógytényezők a betegségek igen széles körére kínálnak megoldást. A termál- és gyógyvizek mozgásszervi problémákra, emésztőrendszeri megbetegedések esetén ivókúrára, bőrbetegségekre, nőgyógyászati problémákra, valamint ideggyógyászati kezelésekre alkalmas fürdőkúrákra adnak lehetőséget. Légzőszervi betegségek esetén inhaláció formájában felhasznált gyógyvizek, gyógybarlangok és klímaterápia alkalmazható, míg a CO<sub>2</sub>-terápia (mofetta, szénsavas gyógyvíz) elsősorban szív- és érrendszeri problémákra kínál megoldást.

A hazai minősített gyógyhelyek esetében a települések és az egészségturizmus kifejezetten szorosan kapcsolódnak egymáshoz, hiszen ma már igazából egyik sem létezhet eredményesen a másik nélkül. A település támogatása nélkül egy egészségturisztikai attrakció / szolgáltató nem szerezhet gyógyhely minősítést, ugyanakkor a gyógyhellyé váláshoz nem elegendő az, ha a település rendelkezik valamiféle természetes gyógytényezővel, ahhoz szolgáltatásoknak is társulnia kell.



## A hazai termál- és gyógyfürdők térképen, 2024



Forrás: <https://thermalhungary.net/hu/a-terkep/>



A Parkdean Resorts listája<sup>23</sup> alapján a Széchenyi és a Gellért a világ tíz legnépszerűbb fürdője közé tartozik. 2023-ban a Széchenyi 1,3 millió vendéget vonzott, több mint háromszor annyit, mint a második helyezett Gellért (381 ezer vendég). A Lonely Planet által készített lista szerint a Hévízi Tófürdő és a Széchenyi Gyógyfürdő Európa hét legjobbjai között szerepel, előbbi a világ legnagyobb úszható termáltava, utóbbi Európa legnagyobb és a világ harmadik legnagyobb gyógyfürdője<sup>24</sup>.

A magyarországi fürdők egy másfajta toplistája:

- a legforgalmasabb fürdő: Széchenyi Gyógyfürdő és Uszoda
- a legnagyobb területű fürdőkomplexum: Hajdúszoboszló
- a legmagasabb ásványianyag-tartalmú víz: Bükkszék
- a legmagasabb hőmérsékletű és egyben ásványianyag-tartalmú víz: Zalakaros

A turistákat napjainkra egyre jobban vonzzák a félreesőbb vidéki források is. Ezek gyakran egészen kicsi, négyezer fő alatti lélekszámú településeken találhatóak, ami azért érdekes, mert a fürdők adta munkahelyek a letelepedési folyamatokat is befolyásolják: egyre többen választják otthonukul ezeket a helyeket<sup>25</sup>.

A következőkben 15 olyan termálfürdős település adatait vizsgáljuk, ahol az állandó lakosok száma kevesebb négyezernél. A települések közül 12 község, 3 pedig kisváros (Bük, Igal, Zalakaros). A 2023 január elsején érvényes lakosságszámok alapján a 15 településből 13-nak nőtt a lakossága az egy évvel korábbihoz képest, a fennmaradó két községnél pedig minimális csökkenést – valójában stagnálást – lehet látni, 2020-hoz viszonyítva azonban mind a 15 településen nőtt a lakosságszám.

A vizsgált időszakban a legnagyobb növekedést Zalakaros mutatta fel, ahol 349 fővel emelkedett a lélekszám, utána a szintén zalai Kehidakustány következik 127 fős bővüléssel, valamint a Jász-Nagykun-Szolnok Vármegye vezető turisztikai célpontjának számító Cserkeszőlő, amelynek lakosságszáma szintén 127 fővel bővült.

A százalékos arányt nézve Borgáta produkálta a legnagyobb ugrást, náluk 2020 eleje és 2024 eleje között 21,1%-kal bővült a lakosságszám. Ebben az összevetésben Zalakaros a második,

---

<sup>23</sup> <https://www.parkdeanresorts.co.uk/accommodation/lodges/most-instagrammable-hot-springs/>

<sup>24</sup> <https://magyarnemzet.hu/gazdasag/2021/09/ket-hazai-furdo-a-tiz-legjobb-europai-kozott>

<sup>25</sup> A Belügyminisztérium 2023-as adatai (települések állandó lakosságszáma az adott év első napján) alapján az országban a nyugati határ, a Balaton környéke és Budapest vonzáskörzete mellett a gyógyfürdővel rendelkező települések, mint Egerszalók, Zalakaros vagy Bükkszék könyvelhettek el növekvő lakosságszámot.

13,1%-os emelkedéssel, majd szorosan követi őket Kehidakustány 11,6%-kal, illetve Mesteri 11,4%-kal. Az említett települések vonzerejét növelheti, hogy jellemzően nagyobb városok is találhatóak a közelükben, ahonnan ideális „kiköltözési” helyszínek számítnak.

Egyes termálfürdős települések állandó lakosságának alakulása (fő), 2020 és 2024 között<sup>26</sup>

	<b>2020/2021/2022/2023/2024</b>	lakosság- növekedés (fő)	lakosság- növekedés (%)
Berekfürdő	1336 / 1353 / 1373 / 1382 / 1384	48	3,6
Bogács	2080 / 2083 / 2102 / 2118 / 2169	89	4,3
Borgáta	204 / 208 / 223 / 237 / 247	43	21,1
Buzsák	1545 / 1540 / 1579 / 1617 / 1609	64	4,1
Bük	3537 / 3546 / 3559 / 3586 / 3604	67	1,9
Bükkszék	664 / 679 / 702 / 699 / 682	18	2,7
Cserkeszölő	2325 / 2363 / 2382 / 2426 / 2452	127	5,5
Demjén	613 / 615 / 620 / 640 / 675	62	10,1
Egerszalók	1968 / 2013 / 2021 / 2033 / 2050	82	4,2
Hegykö	1591 / 1611 / 1671 / 1670 / 1671	80	5
Igal	1516 / 1552 / 1542 / 1576 / 1606	90	5,9
Kehidakustány	1093 / 1141 / 1169 / 1212 / 1220	127	11,6
Lipót	782 / 807 / 855 / 866 / 855	73	9,3
Mesteri	272 / 274 / 284 / 295 / 303	31	11,4
Zalakaros	2655 / 2718 / 2830 / 2916 / 3004	349	13,1

## Budapest

A budapesti fürdők többségét üzemeltető Budapest Gyógyfürdői és Hévízei Zrt.(a továbbiakban: BGYH) által – még múlt hónapban – a Fővárosi Közgyűléshez benyújtott éves beszámoló szerint egész jó évet zárt tavaly a fürdővállalat. A 2023-as árbevételük 23,8 milliárd forintot tett ki, ami közel 40 százalékos bővülést jelent az előző évhez képest.

A beszámolóból kiderültek az egyes fürdőkre vonatkozó bevételi adatok is, ami alapján a Széchenyi Gyógyfürdő – a korábbiakhoz hasonlóan - az elmúlt évben kiemelkedett a sorból. A patinás gyógyfürdő 2023-ban egymagában 11,5 milliárd forint bevételt termelt, ez a társaság teljes évesbevételének közel a fele. Amennyiben csak a főtevékenységből, tehát a fürdő- és

<sup>26</sup> A Belügyminisztérium 2023-as adatai (települések állandó lakosságának az adott év első napján) alapján

strandszolgáltatásból származó árbevételt nézzük (22,5 milliárd forint), akkor pedig annak már több mint a fele.

Azért, hogy érzékeltessük Széchenyi Gyógyfürdő bevételének a nagyságát, látnunk kell, hogy ez több mint háromszor annyi, mint a második legtöbb bevételt – 3,5 milliárd forint – generáló Gellért Gyógyfürdőé, és majdnem pontosan tízszer annyi, mint a Palatinus Gyógyfürdőé.

Amennyiben tehát a Széchenyi Gyógyfürdőt egy külön cég működtetné, akkor egymagában is az ország legnagyobb bevételű fürdővállalata lenne. Árbevétel terén megelőzné még a Budapesten kívüli piacon a legjelentősebb szereplőnek számító hajdúszoboszlói Hungarospa Zrt.-t is.

A Széchenyi bevétele a járványban még érintett 2021-es évben 2,3 milliárd forintot tett ki, majd a már lezárások nélküli 2022-ben már 7,7 milliárd forintra ugrott, és ehhez képest nőtt 2023-ban 48,2 százalékkal.

#### A budapesti fürdők népszerűségi toplistája

A budapesti fürdők többségét működtető vállalat éves beszámolójából az egyes létesítmények vendégforgalmának alakulása is kiderül, ezeket az alábbiakban láthatjuk.

Wellness vendégforgalom alakulása a BGYH fürdőiben (fő) – 2023 (változás 2022-höz képest, százalék)<sup>27</sup>

Széchenyi	→ 1.322.307 → +5,6%
Gellért	→ 381.081 → +14,9%
Paskál	→ 336.978 → +5,2%
Csillaghegyi	→ 293.160 → +11,5%
Lukács	→ 289.702 → +21,6%
Rudas	→ 289.092 → -0,8%
Palatinus	→ 285.686 → -2,9%
Pesterzsébeti	→ 249.277 → +11,7%
Dandár	→ 100.037 → +22,3%

<sup>27</sup> <https://termalonline.hu/termal-hirek/igy-nez-ki-a-budapesti-furdok-nepszerusegi-toplistaja>

Római → 51.854 → -15,4%

Pünkösdfürdő → 31.323 → -2,9%

A fentiek alapján a wellness vendégforgalom – tehát a napijegyes, bérletes látogatószám – szempontjából a Széchenyi Gyógyfürdő vezeti a listát, amely tavaly több mint 1,3 millió vendéget fogadott. Érdekes, hogy a Csillaghegyi Árpád Forrásfürdő meglepően sok vendéget vonz, ezzel tavaly a negyedik legmagasabb forgalmú létesítménynek számított. A Lukács és a Rudas éves vendégforgalma között pedig mindössze 610 fő volt a különbség, a Lukács fürdő javára.

A korábbi évhez viszonyítva, százalékosan a ferencvárosi Dandár Gyógyfürdő produkálta a legnagyobb bővülést, közel negyedével nőtt a vendégforgalmuk, őt követi a Lukács Gyógyfürdő 21,6 százalékos bővüléssel. A 11 létesítmény közül 2022-höz képest csökkenő vendégszámot csak a Rudas, Palatinus, valamint a két szezonális strand, a Római és a Pünkösdfürdői esetében mutatnak az adatok. A Rudasnál a csökkenés mértéke minimális, inkább stagnálás, míg a Palatinus, Római, Pünkösdfürdői hármas pedig a nyári időjárás alakulásának a leginkább kitett, így ezzel függhet össze a 2023. évi vendégforgalom-csökkenésük.

Gyógyászati vendégforgalom alakulása a BGYH fürdőiben (fő) – 2023 (változás 2022-höz képest, százalék)

Lukács → 81.628 → +17,1%

Széchenyi → 43.606 → +24,4%

Paskál → 19.149 → -6,6%

Pesterzsébeti → 15.079 → -5,2%

Gellért → 12.434 → +30,6%

Palatinus → 11.894 → -42,7%

Dandár → 11.029 → +29,8%

Rudas → 2.968 → +36,9%

A fentiekből az látható, hogy a gyógyászati vendégforgalom terén némileg eltér a sorrend az előzőektől. Éllovasnak a Lukács és a Széchenyi fürdő számát, ráadásul a korábbi esztendőhöz képest mindkettő jelentős bővülést produkált. A nyolc, gyógyászati szolgáltatásokat is

biztosító fürdő közül csak a Paskálban, Pesterzsébeten és a Palatinus fürdőkben csökkent az előző évhez képest a vendégszám. Százalékosan a legnagyobb növekedést a Rudas érte el, ugyanakkor az ő esetében a gyógyászati vendégforgalom kisebb szeletet jelent. Mintegy 30%-os növekedést ért el még a Gellért és a Dandár is.

Az elmúlt években egyre több fürdő fordult az illetékes kormányhivatalhoz a gyógyfürdő minősítés megszerzése érdekében. A különféle fogalmakat érdemes kissé tisztázni, a gyógyvíz ugyanis nem azonos a gyógyfürdővel vagy a gyógyhellyel. A termálvíz nem jelent automatikusan gyógyhatást, és ha egy fürdő forrásának gyógyvíz minősítése van, az önmagában még nem elegendő a szigorúbb követelményeket igénylő gyógyfürdő titulus megszerzéséhez, amely például a gyógyászati szolgáltatásokat nyújtó részleg működtetését is magába foglalja. A gyógyhely minősítés megszerzése még körülményesebb, ez nem kötődik feltétlenül gyógyvízhez (a klimatikus viszonyok alapján is megkapható, mint például Lillafüred vagy a Kékestető esetén).

A gyógyfürdők száma nem bővül olyan gyorsan, mint a gyógyvizeké, évente rendszerint egy-két intézmény szerzi meg a gyógyfürdő minősítést. 2019-től 2023-ig mindössze hét fürdő kapott újonnan gyógyfürdő címet, ráadásul ezek között is találni több olyat, ami már korábban is rendelkezett ezzel a minősítéssel.

Röviden érdemes tisztázni, hogy mit is takar a gyógyfürdő elnevezés. Bár a köznyelvben sokan így használják, de a gyógyfürdő az nem a termálfürdő, és még csak nem is a gyógyvízzel rendelkező fürdő szinonimája. A gyógyfürdő egy külön jogi kategória, amit egy hivatalos minősítési eljárás során lehet megszerezni. Gyógyfürdő az lehet, ahol gyógyvíz, gyógyiszap, vagy egyéb természetes gyógytényező – például szén-dioxid feltörés – segítségével gyógyászati kezeléseket végeznek vagy fognak végezni. Ugyanakkor gyógyfürdő címet kaphat az az intézmény is, ahol termálvíz, ásványvíz, vagy akár melegített közműhálózati víz révén fürdőgyógyászati kezeléseket biztosítanak. Talán meglepően hangzik, de – az előbbieik alapján - nem feltétlenül kell gyógyvíz vagy termálvíz ahhoz, hogy egy fürdőből gyógyfürdő lehessen. Jó példa erre a balatonfüredi Szív-kórház, ami szintén gyógyfürdő címmel rendelkezik, még hozzá 1933 óta, pedig nem rendelkezik gyógyvízzel.

2019-ben három fürdő kapott újonnan gyógyfürdő címet. Az egyik a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Penészleken található Ligetalja fürdő (sajnos ez a termálfürdő a strandszezonon kívül nem tart folyamatosan nyitva). Szintén 2019-ben kapta meg ezt a címet a Pesterzsébeti

Gyógyfürdő, amely ekkor már második alkalommal szerezte meg a címet, ugyanis 1978-ban már egyszer megkapta, azonban a pesterzsébeti fürdő strandi részét 2001-ben, a fedett fürdőjét pedig 2005-ben bezárták. A komplett felújítását követően, próbaüzemben 2018 végén, hivatalosan 2019 nyarán nyitották meg újra.

Érdekesség, hogy 2019-ben a fővárosi Dagály Fürdő is teljesen új gyógyfürdő minősítést kapott. Ennek magyarázata lehet, hogy a fürdő átépítése miatt új engedélyhez kellett folyamodniuk.

2020-ban egyedül a Tamásiban működő termálfürdő kapta meg a gyógyfürdő címet. Sajnos aztán egy tűzeset megakadályozta a fürdővel kapcsolatos ambiciózus fejlesztési terveket, és a leégett zárt fürdőépület medencéi továbbra sem üzemelnek.

2021-ben a Kisvárdán található Aquacinema fürdő lett gyógyfürdő, amely korábban már szintén rendelkezett ezzel a címmel. Anno ez volt Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a legelső olyan fürdőt, ami megszerezte a gyógyfürdő minősítést, még 1978-ban. Sokáig a Kisvárdai Várfürdő nevet viselte, a felújítása óta használják az Aquacinema nevet.

2022-ben a Marcali Városi Gyógyfürdő és a balatonfüredi Annagora Aquapark, 2023-ban a tótkomlói Rózsa Gyógyfürdő, 2024-ben pedig a Kisteleki Gyógyfürdő, illetve a bükkszéki Gyógy- és Strandfürdő (Bükkszékfürdő) szerezte meg a gyógyfürdő minősítést.

A gyógyhatás tekintetben az új minősítést most áprilisban megszerző, Egertől alig húsz kilométerre fekvő Bükkszék kifejezetten különleges, ugyanis a hétszázlelkes kistelepülésé Magyarország legmagasabb olyan ásványianyag-tartalmú gyógyvize, amelyben fürdeni is lehet. Gyógyvizére már az 1930-as évek végén felfigyeltek, az 1950-es évektől kezdve palackozzák és a mai napig forgalmazzák Salvus<sup>28</sup> márkanéven, a fürdő azonban csak 2012-ben nyitotta meg a kapuit. 2024 áprilisában hivatalosan is megszerezte a minősítést, amivel Heves vármegyében négyre nőtt a gyógyfürdők száma.

## Zsigmondy Klubkártya

---

<sup>28</sup> A Salvusban a világon egyedülállóan magas az összes oldottanyag-tartalom (22 989 milligramm/liter), így jótékony hatása rendkívül sokrétű. Fürdőkúra formájában reumás betegségek (ízületi gyulladás, csonttritkulás), sérülések utáni rehabilitáció (csonttörés, szalagsérülés), nőgyógyászati problémák (meddőség, kismedence-gyulladás) és bőrgyógyászati kezelésre javasolják az orvosok, míg ivókúraként leginkább gyomorproblémák, illetve légúti betegségek és gyulladások enyhítésében segíthet sokat.

Plusz kedvezményeket lehet igénybe venni a Széchenyi, Gellért és Rudas fürdőkben a Zsigmondy Klubkártya kiváltásával. Aki kiváltja a Zsigmondy kártyát, az napi egy alkalommal legfeljebb 4 órán keresztül veheti igénybe a fenti fürdők fürdőszolgáltatásait, hétköznap alkalmanként 4000 forintért, hétvégén pedig 4500 forintért. A kártya kiváltása folyamatos, 5000 forintba kerül és egy évig érvényes, azzal, hogy az érvényességének lejártát követő 60 napon belül meghosszabbítható. A kártya névre szóló, igazolványképpel ellátott (amelyet az ügyfélszolgálati irodán készítenek el) és nem átruházható.

### Idősek a fürdőkben

A hazai termálfürdők és gyógyfürdők többsége igyekszik valamilyen kedvezményt kínálni a nyugdíjasoknak. Magában a kedvezmény mértékében elég nagy a szórás: néhol csak jelképes mértékű, de találni olyan termálfürdőket is, ahol egész jelentős (akár 40 - 50% közötti) árengedménnyel várják a szenior korosztályt.

Érdeemes tudni, hogy a legtöbb helyen a nyugdíjaskedvezményt az úgynevezett ONYFI igazolás meglétéhez kötik, ezt be kell mutatni a pénztárnál. Ennek a lényege az, hogy tényleg csak a magyarországi, nyugellátásban részesülő vendégek részesülhessenek a kedvezményben. Ettől függetlenül akadnak olyan fürdők is, ahol életkorhoz kötött a kedvezmény. Ebben az esetben elég az születési dátum igazolása.

### Különleges fürdők

#### Miskolctapolca Barlangfürdő

Miskolc különlegessége a Barlangfürdővé kialakított Tavas-barlang, amelyet évezredek alatt vájt ki víz a mészkősziklából. A 30 °C-os hőmérsékletű termálvize, tiszta levegője és barlangi klímája tökéletes összhatást kínál a gyógyuláshoz. A vize főként ízületi betegségek esetén ajánlott, de mivel sótartalma alacsonyabb, mint a gyógyvizeké – nem éri el az 1000 milligramm/litert sem -, így korlátlan ideig lehet benne fürdőzni.

A Miskolctapolcai Barlangfürdőben – amely 2016-ban elnyerte az év fürdője címet - a két termál medence mellett Római terem, Csillagterem, Öreg barlangi medence és a Fürdőcsarnok várja vendégeket. Szaunaparkjában két 10, egy 4 fős és egy 30 férőhelyes lávaköves finn



szauna, 14 személyes gőzkabin továbbá három infrasauna, valamint 16-18°C-os merülő medence szolgálja a szaunázókat.

A barlangon kívül, a közel 3,6 hektáros akadálymentesített, parkosított strandterületen 6 medence áll a vendégek rendelkezésére.

### Hévízi Tófürdő

A világ legnagyobb, biológiailag is aktív, természetes termál tava Hévízen található. A 4,6 hektáros, 38,5 méter forrásmélységű tavat kén-, rádium-, és ásványanyag tartalmú forrás táplálja, bőséges vízhozamának köszönhetően a víz 72 órán belül teljesen kicserélődik. A Hévízi-tó vize egyenlő mértékben gazdag oldott és gáznemű anyagokban, egyesítve a szénsavas, a kénes, a kalcium, magnézium, hidrogén-karbonátos gyógyvizek kedvező tulajdonságait. A gyógyvíz és gyógyiszap legfontosabb hatóanyaga a kén, és mivel a reumás mozgásszervi betegségben a porc kéntartalma csökken, ezért a kénes gyógyvíz természetes gyógyszer az ízületi betegségekben. A víz kedvezően hat a szervezet ösztrogénszintjére, így a krónikus nőgyógyászati problémák kezelésében is hatékony lehet.

A víz 40°C körüli, de a vízfelületen az évszak és az időjárás miatt a leghidegebb időben nagyjából 24°C meleg, míg a nyári hónapokban eléri a 38°C-t.

A tavat körülvevő 33,9 hektáros erdő védi a területet a szélről, a szüntelenül párolgó víz tisztítja a levegőt, így a fürdőzők számára por- és allergénszegény környezetben való pihenést tesz lehetővé.

### Hagymatikum – Makó

A Makovecz Imre tervezte makói Hagymatikum egyedülálló belső terével és a műalkotásnak is tekinthető tetőszerkezetével az organikus építészet egyik magyarországi remekműve. 15 élmény- és normál medencével, wellness és gyógyászati részleggel, kiterjedt szaunavilággal, külön gyermekek számára kialakított résszel, étteremmel, szépészeti és természetgyógyászati részleggel várja vendégeit. Különleges hangulatú barlang medencéjét és a meglepő alapanyagokkal (például vörösborral) rendelkező ülőfürdőit érdemes kipróbálni.

A makói gyógyvíz alacsony sókoncentrációjú nátrium-hidrogénkarbonátos, enyhén sárgás színű gyógyvíz, literenként 1386 mg összes oldottásványianyag-tartalommal. Két kútja 41 és

62 Celsius fokos vizet ad. Többek között az ízületi és gerinckopásos betegségek, a lágyrészreumatizmus, az idült ízületi gyulladás, az ideggyulladás, az idegfájdalom, az idegbénulás, valamint a sorvadt izmok kezelésére, gyógyítására ajánlják.

#### Török fürdő – Eger

Az egri fürdő török medencéje még 1610 és 1617 között, a török hódoltság idején épült, így ez a medencetér legrégebbi része, ezáltal ez az egyetlen vidéken fennmaradt és működő törökfürdő. A fürdő többi részét az évszázadok alatt fokozatosan építették hozzá az eredeti török építményhez. Kiemelkedő látványt nyújt az 1980-ban felújított kupola, amelyet körülbelül 200 000 darab aranyozott mozaikkal burkolták.

A fürdőben az eredeti török stílusú medencék (ilidzsa) mellett a török fürdőzést idéző hamam (masszázs, gőz, leöntő fürdő) is található. A hat medencéből hármát a ritkaságszámba menő radonos gyógyvízzel töltenek meg, ami gyulladáscsökkentő és fokozza a szervezet endorfin-termelését, így a közérzetre is kedvezően hat, az ionizáló sugárzás pedig a sejtek regenerációs folyamatait segíti elő.

#### Hunguest Saliris Termálfürdő – Egerszalók

Egerszalók nevezetessége a föld mélyéből feltörő 68°C-os hévízforrás, amely jellegzetes párolgásával Európában páratlan természeti környezetet teremt. A hegyoldalról lefolyó gyógyvíz alkotta különleges teraszos mészkőképződmény lábánál épült fel a Saliris fürdő, a medencékből szép kilátást kínálva.

A fürdő 1900 négyzetméter vízfelülettel rendelkezik, összesen 17 kül- és beltéri medencével – gyógyvizes ülőmedencék, barlang medence, pezsgőfürdő, élménymedencék, gyerekmedencék, Kneipp-, visszhangmedencék biztosítják a pihenést.

1992-ben az egerszalóki termálvíz gyógyvíz minősítést kapott. A víz összetétele alapján a kalcium-magnézium-hidrogénkarbonátos ásványvizek csoportjába sorolható, melynek kéntartalma is jelentős. A kalcium gyulladáscsökkentő hatása, a kén az ízületi porc fontos alkotóeleme.

## Idősgondozás, házi gondozás és otthoni betegápolás magyarországi gyakorlata (jelzőrendszer, egyházak)

Az Európai Unióban és így hazánkban is egyre több idős ember él egyedül, 2021-es Eurostat EU-SILC adatok szerint a korcsoport 35%-a<sup>29</sup>. Egész Európára jellemző, hogy az idősök többsége saját tulajdonú ingatlanban él, Magyarországon ez az arány 90% fölött van, aminek leginkább az az oka, hogy hiányzik az állami bérlakáspolitikai, nem állnak rendelkezésre megfizethető bérlakások. Az idősebb háztartásokra jellemzőbb, hogy a korszerűsítés alacsony szintje vagy hiánya, illetve az alacsony nyugdíjak miatt a rezsiköltségek a jövedelmük nagyobb hányadát teszik ki (ezek az ún. energiaszegény háztartások). Azoknak az aránya, akik Magyarországon nem tudták kifűteni a lakásukat 2021-ben, amikor még be voltak fagyasztva az energiaárak, a teljes lakosság körében 5,4%-, ugyanez a 65+ alacsony jövedelmű egyedül élők körében 16,3% volt<sup>30</sup>.

Az idős családtagokról való gondoskodásra többféle megoldás lehetséges:

- lehet a települési önkormányzattól segítséget kérni az otthoni gondozáshoz,
- lehet magánúton házi gondozókat felfogadni,
- vannak, akik otthon maradnak a szeretteikkel, és amíg lehetséges, addig ápolják,
- mások idősök otthonába költöztetik a hozzátartozókat,
- illetve tartósan kórházba kerülhet az, aki annyira beteg.

Az idős emberek otthonukban szeretnének élni, és nem vonzó számukra még átmenetileg sem az, hogy szociális vagy egészségügyi intézménybe kerüljenek. Ugyanakkor romló pszichés és fizikai állapotuk miatt erre előbb-utóbb rákényszerülnek, főként a demencia és a stroke (évente ötvenezer embert érint, egyharmaduk tartósan rokkant marad) okoz körükben rászorultságot.

---

<sup>29</sup> A 65 éves és idősebb népesség háztartástípus szerinti megoszlása - EU-SILC felmérés  
[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ILC\\_LVPS30\\_custom\\_4681976/default/bar?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ILC_LVPS30_custom_4681976/default/bar?lang=en)

<sup>30</sup> Eurostat, EU\_SILC adatok, online adatkód: ILC\_MDES01

A demencia előfordulási aránya 80 év felett eléri a 30%-ot. A bentlakásos otthonokban élők közel 40%-a közepsúlyos vagy súlyos fokú demenciában szenved, és folyamatos felügyeletet igényel. Esetükben szakmai eredményt csak jelentős élők munkát igénylő személyes gondozással, képességmegőrző programokkal, gyógyszeres terápiával lehet elérni. Jelentős hányaduk, mintegy 80%-uk ellátása a családokat terheli többé-kevésbé folyamatos gondozási igénnyel. Nekik nyilván nem tud a házi segítségnyújtás 1-1,5 órában érdemi megoldást kínálni, és a nappali ellátás is csak azoknál jöhet szóba, akik mérsékelt tüneteket mutatnak.

Egyre többen igénylik a 12-24 órás gondozást vagy egész napos felügyeletet: a bentlakók csupán 15,3%-a fennjáró, 60,9%-uk önellátásra nem képes, és külön gond a demensek arányának növekedése. Az intézményi lakók hospitalizációja gyakoribb, ám az otthonba való visszakerülésük után általában fokozottabb ápolást és rehabilitációt igényelnek. Nem véletlenül mondják, hogy csak kórházba ne kerüljön az otthonlakó, mert decubitus, súlyosabb, legyengült állapotban kerül vissza. A legjellemzőbb betegségtípusok (BNO alapján): a mentális és viselkedés zavarok (demencia, Alzheimer-kór), az endokrin, táplálkozási és anyagcsere betegségek (cukorbetegség, testnedvek csökkenése). A keringési rendszer betegségeinek – mint például a magas vérnyomás, a stroke, az idült ischaemiás szívbetegség<sup>31</sup> és az agyi infarktus következményei –, a légzőszervi betegek, a decubitus-fekélyes betegek, az inkontinensek ellátása adja a főbb ápolási tevékenységeket.

A 2023-2027-es konvergencia programban<sup>32</sup> is szerepel az idősödő társadalom problémája. A Magyarországról készült országprofilban is megemlítésre került, hogy az idősek ápolására, gondozására fordított kiadások jelentősen elmaradnak az uniós átlagtól.

A konvergencia program szerint az államháztartás fenntarthatóságát alapvetően a jelenlegi helyzete, költségvetési egyenlege, az államadósság GDP-hez viszonyított aránya, valamint az idősödéséhez kötődő jövőbeni költségvetési kiadások nagysága és a demográfiai folyamatok határozzák meg. Kihívásnak nevezi a program az idősödő társadalommal kapcsolatos hosszú távon jelentkező feladatokat. A kormány a demográfiai fordulatban bízik, ehhez azonban arra lenne szükség, hogy az öregedési index ne legyen magasabb 100-nál<sup>33</sup>.

---

<sup>31</sup> a szív koszorúereinek keringési zavara

<sup>32</sup> <https://kormany.hu/dokumentumtar/magyarorszag-konvergencia-programja-2023-2027>

<sup>33</sup> 2024-ben 143,2% a KSH szerint. [https://www.ksh.hu/stadat\\_files/nep/hu/nep0038.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0038.html)

Miközben a társadalom idősödésével folyamatosan nőnek a gondoskodási igények, hiszen egyre többen és egyre hosszabb ideig élnek, addig az állami ellátórendszer jelentős lemaradást mutat, hiszen nem bővült az igényeknek megfelelően sem az idősothonokban az ellátotti helyek száma, sem pedig a házi idősellátásban a szolgáltatások mértéke.

Az állam évtizedek óta tartó, fokozatos visszavonulása az idősek otthoni gondozásából szerte Európában erősen piacósította a szektort. Ez a folyamat Magyarországon ugyan még a kezdeti fázisában tart, azonban bizonyos trendek már most kirajzolódni látszanak. Egyre kevésbé elérhetőek az állami ellátási formák, ezért egyre többen kénytelenek vagy otthon, saját maguk megoldani az idősellátást és így jellemzően a családtagok gondozni az időseket, vagy piaci szolgáltatásokhoz folyamodni, ami legtöbbször azt jelenti, hogy egy háziápolót alkalmaznak, gyakran feketén. Utóbbi megoldást leginkább a felső középosztály engedheti meg magának, hiszen napi átlagban 12-15 ezer forint egy bentlakásos ápoló díja, amit egy hónapra számolva jelentős, akár 4-500 000 Ft-os összeget ad ki.

A várólisták nagyon hosszúak, és néhány éve már nincs is arról statisztikai adat, hányan szorulnak ellátásra, illetve hányan alkalmaznak házi ápolót. Az általánosságban ismert, hogy 56 ezer körül van a kifejezetten idősellátást biztosító intézmények férőhelyszáma, de a várólisták nagyságát 2019 óta nem publikálja a KSH (ezek akkor 30 ezer fő körüliek voltak). Ugyancsak ismert adat, hogy a várólisták növekednek és a becslések szerint mostanra már minden ellátotti helyre vár valaki, vagy akár többen is. Gyakran évekig várnak, mi több, sokan hamarabb elhaláloznak, minthogy bejutnának az otthonba.

Az idősothonok száma alacsony, a szolgáltatások minőségére nagyon sok a panasz. Az ellátás ára – bár nyilván nem tükrözi azt, amennyibe ez a szolgáltatás megfelelő színvonalon végezve kerülne, – a családok számára nagyon nehezen vagy egyáltalán nem kigazdálkodható. Az idősothonokban kevés az ápoló, és ők is túlságosan leterheltek, miközben anyagilag egyáltalán nincsenek elismerve. Az otthonokban elhelyezett idős emberek, a családok és ápolók egymástól való függése és a hatalmi viszonyok miatt ez a helyzet gyakran a visszaélések, az abúzus, a lopás, a kizsákmányolás melegágya.

Sokan szakképzettség nélkül vállalnak idősgondozási munkát az otthoni gondozás / ápolás keretében, ami egy kis gondozási igényű, „nem problémás” idős esetén nem feltétlenül jelent bajt. Amikor azonban egy idős embernek speciális gondozási igénye van, ott mind az idős ember, mind a gondoskodó testileg és lelkileg is sokat sérülhet, és gyakran sérül is.

A szabályozási környezet nem segíti, mi több, igazából nem is teszi lehetővé a legális munkavégzést, az otthoni idősgondozási szektor így gyakorlatilag a feketegazdaság keretei közé kényszerül. Ebből következik, hogy sem az ápolók, sem az idősek, sem a családtagok nem élveznek semmilyen jogi védelmet, nincs minőségbiztosítás, nincsenek támogató struktúrák. Az idős emberek lakásai sokszor nem is alkalmasak arra, hogy oda egy bentlakásos ápoló be tudjon költözni, miközben a szakmai minimum az lenne, hogy az ápolónak saját szobája és lehetőleg még saját fürdőszobája is legyen.

Az állam praktikusán semmilyen szerepet nem vállal, sem a logisztikában, sem a tájékoztatásban, sem pedig az idősgondozás anyagi terheiben. Ezeken túlmenően olyan jogi környezetet tart fenn, amelyben az egyes szereplőknek - ápolóknak, családoknak, ügynökségeknek - nincs lehetőségük legálisan és vállalható színvonalon megszervezniük magukat. Az anyagi erőforrással rendelkező családok egy kis kereséssel remekül képzett és lojális munkaerőt találhatnak, már akár havi 400.000 Ft-os összegért, feketén. Többek között emiatt sem érdeke a kormányzatnak a változás.

A helyzetet az egyházi fenntartású intézmények csak kis mértékben tudják enyhíteni. Számszerűen több ilyen intézmény van a korábbiaknál, ám lényegében csak az otthonok fenntartója változott. Az egyház magasabb normatívát kap ugyanazért az ellátásért, - tehát a lehetősége megvan, hogy akár magasabb béreket fizessen a gondozóknak, vagy valamilyen szempontból jobb ellátást biztosítson, - azonban az látszik, hogy az állam bár emiatt növelte az idősellátásra fordított kiadásait, azonban nem a férőhelyszámot bővítette.

A kormányzat tudatos, több lépcsőben megvalósuló stratégiája 2010 óta arra épül, hogy a szociális és gyermekvédelmi ellátórendszerben az egyházak egyre nagyobb szerepet és teret kapjanak. Mindez nagy részben nem új kapacitások létrehozásával valósul(t) meg, hanem állami fenntartásban és tulajdonban lévő szolgáltatásokat, intézményeket adtak át.

### Idősellátás számokban

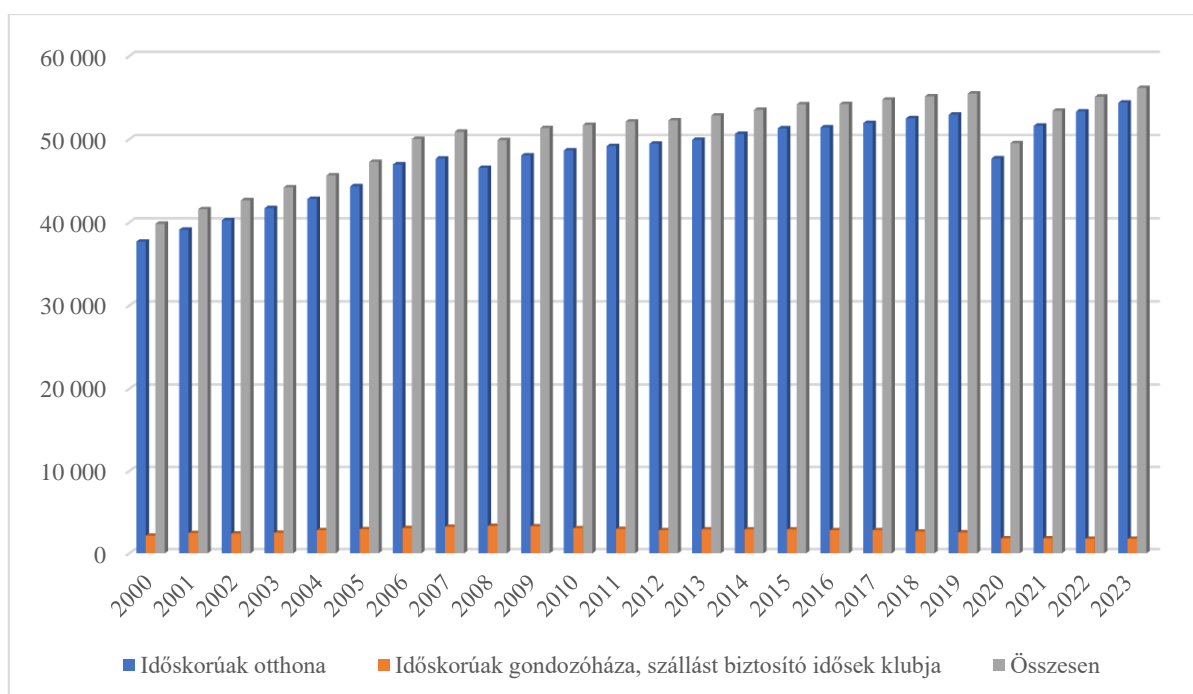
Magyarország lakosságának mintegy 19%-a, körülbelül 1,9 millió fő tartozik a 65 év felettek korosztályába. Közülük 1,3 millióan valamilyen korlátozottsággal élnek és segítségre, ellátásra, valamint gyakori orvosi kezelésekre szorulnak.

- Házi segítségnyújtást mindössze 7%-uk kap, idősek otthonában 3%-uk él, ők ott kapnak szakellátást.

- A fennmaradó 90%, összesen 1,1 millió időskorú önmagára vagy jobb esetben a családjára van utalva.
- Ellenben több mint 31 százalékuk egyedül él, így se házastárs, se pedig a családtag nem tölti be az aktív gondozói szerepet.

Amíg 2022-ben minden hatodik magyar nyugdíjasnak okozott problémát a mindennapokban a rossz egészségi állapota, az arányuk 2023-ra már majdnem 20 százalékra nőtt<sup>34</sup>.

Az idősellátás tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó intézményeiben ellátottak ellátási típusonként, 2000 és 2023 között



Forrás: [https://www.ksh.hu/stadat\\_files/szo/hu/szo0026.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/szo/hu/szo0026.html) (saját szerk.)

Az előbbi ábrából az látható, hogy a – 2008-as kisebb visszaesés ellenére – tendenciózusan növekvő ellátotti létszám (a két ellátási típusban összesen 55 500 fő) 2020-ban jelentősebben visszaesett (49 533 főre). 2023-ban az ellátottak összlétszáma 56 173 főre emelkedett.

A szociális szakemberek szerint az idősgondozás minden területén drámai változásokat hozott a pandémia, a KSH statisztikái azonban azt jelzik, több ellátási formában mégsem bővült, hanem éppen csökkent a létszám. A fenti, mintegy 6 000 fős csökkenés 12%-os visszaesést

<sup>34</sup> <https://www.penzcentrum.hu/nyugdij/20230316/erik-a-totalis-nyugdijkrizis-rengeteg-idos-magyar-kerult-kilatastalan-helyzetbe-1135036#>

jelent, amelynek oka, hogy az intézmények az elhunytak helyére a felvételi tilalom miatt nem tudtak új igénylőket beengedni.

### A házi segítségnyújtás és a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás

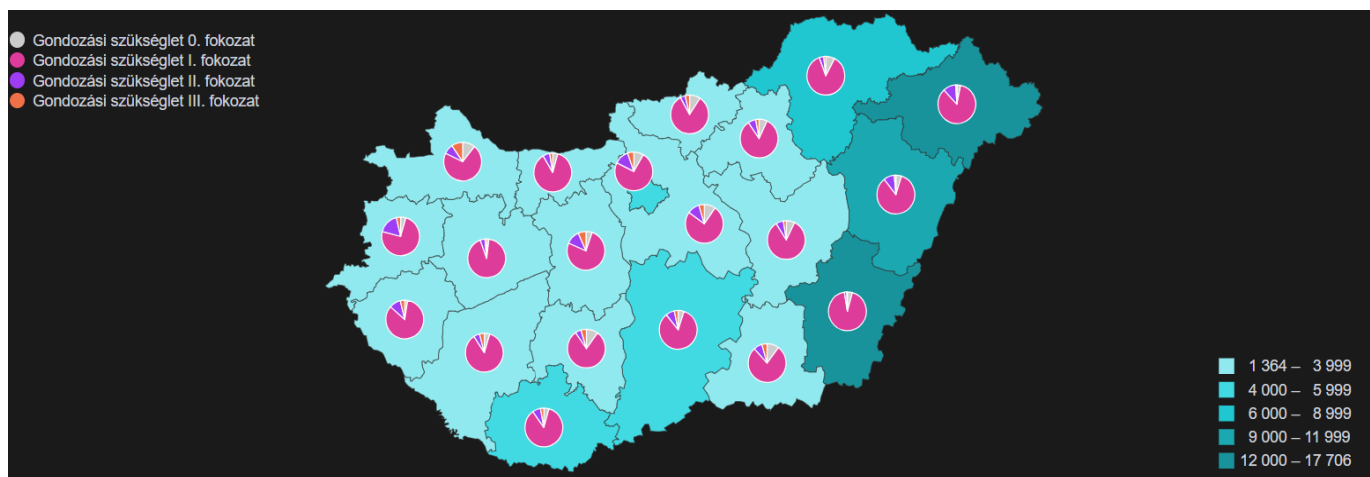
A KSH adatai szerint folyamatosan emelkedik az egyedül élő idősök száma Magyarországon. A 2022-es népszámlálás adataiból látható, hogy a 1,5 millió magyar háztartás – amelyben élnek nyugdíjas korúak – 41,3 százalékában az idősök egyedül laknak. 2001 óta közel 30 százalékkal nőtt az egyedül élő idősök száma. A növekvő számú idős, beteg, egyedül élő emberek számára szükséges tehát nyújtani valamilyen felügyeleti szolgáltatást, mely által veszélyhelyzetbe kerülésük esetén segítségnyújtásban részesülhetnek.

A releváns jogszabályok alapján házi segítségnyújtást kell biztosítani azon szociálisan rászoruló személyek részére, akik önálló életvitelük fenntartásához igényelnek segítséget. A házi segítségnyújtás elsősorban az ellátott és lakókörnyezete higiénias körülményeinek megtartásában való közreműködést, háztartási, gondozási és ápolási feladatok elvégzését és veszélyhelyzetek kialakulásának megelőzésében, elhárításában való segítségnyújtást tesz lehetővé.

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás célja a saját otthonukban élő, egészségi állapotuk és szociális helyzetük miatt rászoruló, a segélyhívó készülék megfelelő használatára képes időskorú vagy fogyatékos személyek, illetve pszichiátriai betegek részére az önálló életvitel fenntartása mellett felmerülő krízishelyzetek elhárítása céljából az állami intézményrendszer keretein belüli ellátás nyújtása.

Házi segítségnyújtásban részesülők adatai gondozási szükséglet alapján, 2023-ban

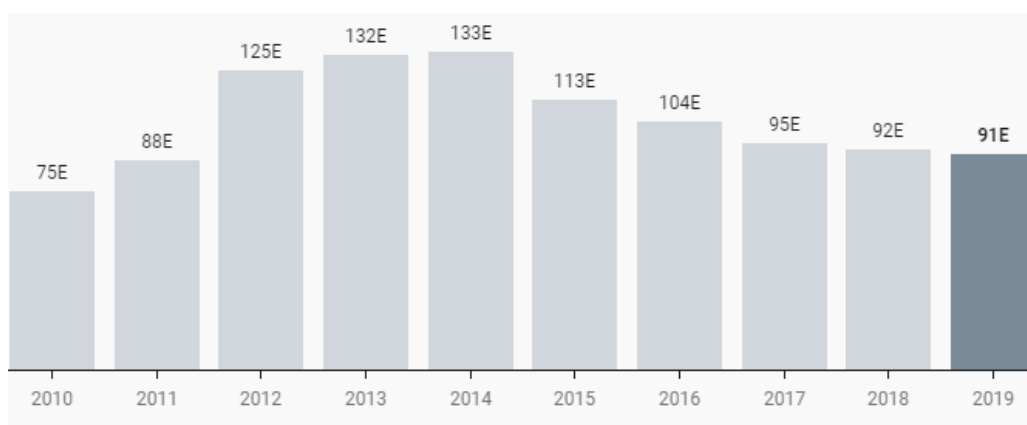




Forrás: <https://ksh.hu/s/helyzetkep-2023/#/kiadvany/szocialis-vedelem/hazi-segitsegnyujtasban-reszesulok-adatai-gondozasi-szukseglet-alapjan>

A házi segítségnyújtásban részesülők szükségleti fokozatok alapján kapják meg a számukra megfelelő ellátást. Az I. és a II. fokozatba olyan ellátottak tartoznak, akik egyes tevékenységekben hetente többször segítségre szorulnak, vagy napi szintű kontrollt igényelnek. A III. fokozatba sorolt személyek esetében indokolt a szakellátásban, vagyis tartós bentlakásos intézményben történő elhelyezés. Számuk közel 2 ezer fő, 2017 óta gyakorlatilag változatlan.

Házi segítségnyújtás keretében ellátottak száma



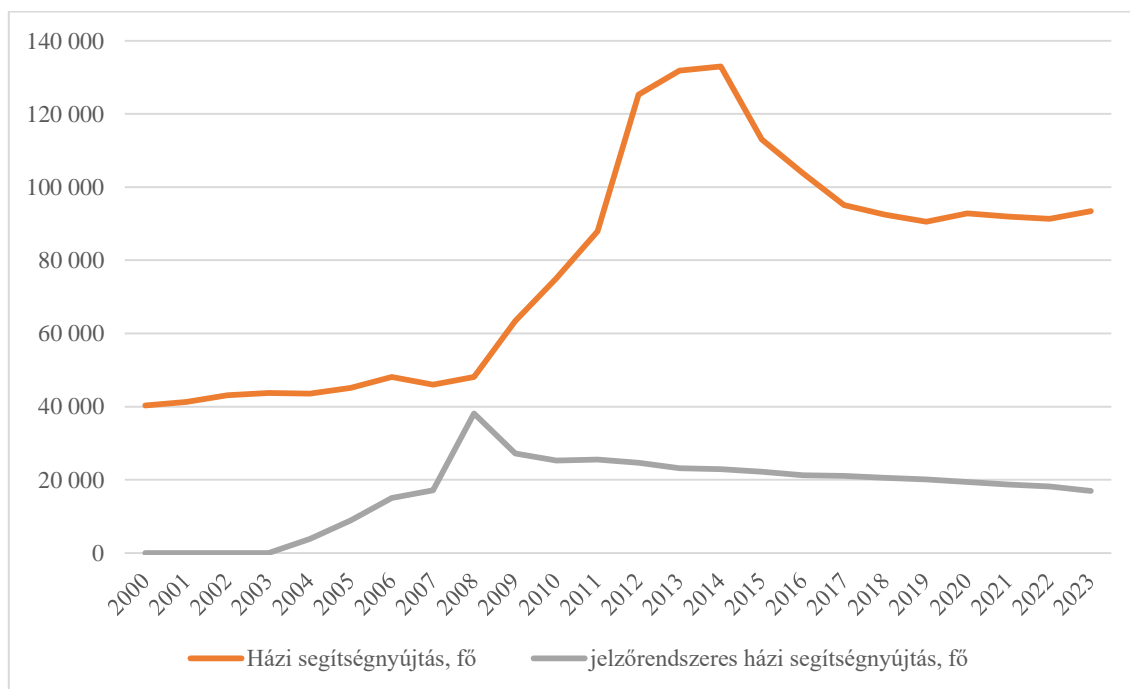
Forrás: KSH

A házi segítségnyújtást érintően jelenleg több mint 93 ezer ellátott van a rendszerben, számuk 2019-ig csökkent, majd kismértékben nőtt, azóta stagnál.

Az idősellátásban szükséges a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás rendszerét működtetni, elsősorban azért, mert az elmúlt évtizedekben megváltozott a családok szerkezete, így nem él már együtt több generáció, hogy a fiatalabb generáció szükség esetén az idősebbek segítségére lehessen. A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás a saját otthonukban élő, egészségi állapotuk és szociális helyzetük miatt rászoruló, a segélyhívó készülék megfelelő használatára képes időskorú vagy fogyatékos személyek, illetve pszichiátriai betegek részére az önálló életvitel fenntartása mellett felmerülő krízishelyzetek elhárítása céljából nyújtott ellátás.

A jelzőrendszeres segítségnyújtás előnyei közé sorolható, hogy gyorsan, 30 percen belül segítséget kaphat a rászoruló idős vagy beteg személy, amelyben sokat jelenthet a szakszolgálat szakembereinek, és az ellátott személyeknek a személyes ismeretsége. A jelzőrendszeres segítségnyújtás további előnye, hogy nem csak a 65 év feletti személyek számára nyújt segítséget. Hátránya finanszírozási oldalon jelentkezik, mert az ellátás költségeit részben az önkormányzatnak kell kigazdálkodnia.

A házi segítségnyújtás és jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételének alakulása  
2000 és 2023 között



Forrás: [https://www.ksh.hu/stadat\\_files/szo/hu/szo0025.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/szo/hu/szo0025.html) (saját szerk.)

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás folyamatos, 24 órás készenléti rendszerben működik. Az igénylő a lakhelyén felszerelt jelzőkészülék segítségével, krízishelyzet esetén jelzést tud küldeni a diszpécserközpont felé. A központ segélyhívás esetén - a segítséget kérő nevének, címének és az egyéb rendelkezésre álló információknak a közlésével - értesíti a készenléti levő gondozót, akinek 30 percen belül kell az ellátott lakásán megjelennie. A segélyhívó könnyen kezelhető, technikailag megbízható hívó gombból, valamint a – lakáson belül – kétoldalú kommunikációra alkalmas készülékből áll.

### **Gondosóra<sup>35</sup>**

A Gondosóra program a Kormány által 2021-ben – RRF-projekt keretében - elindított program, amely ingyenesen igénybe vehető, 65 év felett, magyar állampolgárság és belföldi bejelentett lakcím esetén alanyi jogon hozzáférhető jelzőkészülékes szolgáltatást nyújt, és célja, hogy a felhasználók szükség esetén egyetlen gombnyomással jelezni tudják segítségkérésüket nem csak vészhelyzet esetén.

A Gondosóra program a 24 órában elérhető diszpécserszolgálat mellett a kontaktszemélyeken (kapcsolattartókon) keresztül nyújt segítséget. A kapcsolattartók azok a felhasználó által megadott személyek (családtag, hozzátartozó, gondozó), akiket szükség esetén a diszpécser gyorsan értesíteni és mozgósítani tud a segítségnyújtásra és a felmerülő probléma megoldására.

A Gondosóra programra való jelentkezés ingyenes, a szolgáltatás pedig havidíjmentes és Magyarország minden településén hozzáférhető a hét minden napján és órájában.

### **Az otthonápolás helyzetéről**

Az otthonápolás rendszere állami, illetve önkormányzati szinten Magyarországon rendkívül korlátozott mértékben működik, és az idősotthonokba sem egyszerű bekerülni, sem állami, sem magánúton. Szempont továbbá, hogy az idős hozzátartozó egyáltalán szeretne-e intézményi elhelyezést.

Minden idős ember más és más igényekkel rendelkezik. Fontos megismerni és megérteni, hogy milyen típusú gondozásra van szüksége az ellátandó személynek jelenleg vagy a

---

<sup>35</sup> <https://gondosora.hu/> ; A Gondosóra program egy jelenleg 2025. december 31-ig tartó projekt, amely keretében nyújtott szolgáltatást a 4iG Nyrt. biztosítja.

jövőben (már amennyire előre tervezhető). A gondozás lehet fizikai segítségnyújtás, orvosi-gyógyászati ellátás, társaság, közösség biztosítása vagy akár lelki támogatás.

Alapvetően két típusú szolgáltatás jön szóba az idős ember otthoni ápolása során: a gondozás és a szakápolás. A gondozás általában olyan tevékenységeket foglal magába, amely az idős személyek mindennapi szükségleteit fedezi, például segítségnyújtás az öltözködésben, fürdetésben, étkezésben, gyógyszerek szedésében stb. A szakápolás magasabb szintű ellátást jelent, amely általában orvosi vagy egészségügyi szakember bevonását igényli. Ide tartozik az orvosi kezelések nyújtása, a betegségek kezelése, sebek kezelése, gyógyszerek adagolása és a speciális orvosi eszközök használata az egészségügyi állapot javítása vagy fenntartása érdekében.

### **Az otthoni betegápolás, gondozás**

Három esetben szokott felmerülni az otthonápolás lehetősége: váratlanul bekövetkezett egészségromlás esetén – például egy baleset vagy agyvérzés után –, illetve ha egy tartósabb, legtöbbször gyógyíthatatlan betegség olyan stádiumba jut, amikor a beteg már nem képes önmagáról gondoskodni, illetve ide soroljuk azokat az eseteket is, amikor idős szeretteink, bár betegség nem gyengíti őket, az idő múlásával, életük végéhez közeledve szorulnak segítségre.

Gyakran áll elő olyan helyzet is, amikor bár a beteg vagy idős ember még ápolást igényelne ugyan, de a kórházi férőhelyek hiánya miatt hazaküldik. Ilyenkor a betegnek vagy a családjának kell megoldania, hogy a saját otthonában kapjon megfelelő, gyakran egészségügyi szakértelmet igénylő ellátást.

Egy idős vagy sérült családtag otthoni ápolása gyakorlatilag teljes munkaidős feladat, az otthon ápolat személyek után járó állami - anyagi – támogatás ehhez képest kifejezetten alacsony: 2024-ban az ápolási díj alapösszege bruttó 48.405 Ft/hó, emelt összegű díja bruttó 72.608 Ft/hó, míg kiemelt összegű díja bruttó 87.129 Ft/hó.

Mára már vizsgálati eredmények is vannak azzal kapcsolatban, mennyi stresszel jár az otthonápolás. Amellett, hogy állandó éberséget igényel, ami jelentős mértékű kimerültséget okoz, a kiszámíthatatlanság és a kontrollálhatatlanság magas foka tovább súlyosbítja a helyzetet, mindezek pedig hosszan tartó pszichés megterhelést jelentenek. Így szinte elkerülhetetlen, hogy a gondozó élete előbb-utóbb beszűküljön, és megjelenjenek különböző testi és lelki betegségek.

A megfelelő otthonápolási / otthongondozási szolgáltatás igénybevétele lehetőséget nyújt arra, hogy a hozzátartozók és az ellátott életminősége nagy mértékben javuljon, megőrizve ezzel méltóságukat, csökkentve bennük a félelmet azzal kapcsolatban, hogy ők már csak tehernek számítanak a családjuk számára.

Az otthonápolási / otthongondozási szolgáltatás tehát lehetőséget nyújt tehát a felügyeletre, illetve segítségre szoruló emberek számára, hogy otthonuk kényelmében, ugyanakkor biztonságban vészelhessék át az egészségügyileg nehéz időszakokat.

Az otthonápolási / otthongondozási szolgáltatáshoz tartozik:

- a beteg gondozása
- a gyógyszerelés
- az etetés
- a tisztába tétel
- a fürdetés, fekvő beteg mosdatása
- a páciens környezetének tisztán tartása
- a paraméterek (vérnyomás, cukor, véroxigénszint...) mérése
- recept íratás és kiváltás
- a sétálás (kerekeszékes beteget is)
- a beszélgetés
- a felolvasás
- a mobilizálást segítő torna (gyógytornász háttérrel)
- a fekvőbeteg kiültetése
- a bevásárlás
- és szükség esetén a főzés

Az otthoni szakápolás

Az otthoni szakápolás hazánkban az egészségügy új ágazataként indult 1996-ban, azzal a céllal, hogy lerövidítse a betegek kórházi tartózkodását, akik így otthoni körülmények között kaphatják meg a szakellátást. Az otthoni szakápolás „hidat képez” az alapellátás, a járó-, fekvőbeteg-, valamint a szociális ellátás között.

A KSH adatai szerint, - amely az otthoni szakápolásban és terápiás foglalkozásban részt vevő, az egészségbiztosítási alapból finanszírozott ellátásokat összegzi, - 2000 és 2014 között folyamatosan nőtt azoknak a betegeknek a száma, akik igénybe vették az otthoni szakápolást (közel 38 ezerről mintegy 63 ezerre), 2015 – 2019 között (kismértékű csökkenést követően) lényegében stagnált (59 ezer fővel), majd azonban jelentősen (2020-ban 53 ezerre, 2021-ben 50 ezerre) csökkent az igénybevevők száma, végül 2022-ben és 2023-ban ezer – ezer fővel nőtt, így az utolsó (2023-as) adat szerint 52,5 ezer beteg vett igénybe otthoni szakápolást.

## Otthoni szakápolás és terápiás szolgáltatás adatai

Megnevezés	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Beteg</b>												
szakápolás	20 089	21 338	22 046	23 191	27 641	28 796	24 500	23 866	26 402	23 732	23 035	24 572
szakirányú terápiás szolgáltatás												
gyógytorna	12 169	12 958	12 729	13 998	15 887	16 664	17 055	18 915	21 245	21 855	22 918	24 480
fizioterápia	5 308	5 235	4 805	4 827	5 469	5 254	4 407	4 147	4 301	4 130	4 346	4 335
logopédia	268	259	161	150	129	138	129	118	105	104	142	122
együtt	17 745	18 452	17 695	18 975	21 485	22 056	21 591	23 180	25 651	26 089	27 406	28 937
<b>összesen</b>	<b>37 834</b>	<b>39 790</b>	<b>39 741</b>	<b>42 166</b>	<b>49 126</b>	<b>50 852</b>	<b>46 091</b>	<b>47 046</b>	<b>52 053</b>	<b>49 821</b>	<b>50 441</b>	<b>53 509</b>

Megnevezés	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Beteg</b>												
szakápolás	26 177	27 333	28 567	26 306	25 843	27 037	27 328	27 624	25 789	23 700	23 107	24 147
szakirányú terápiás szolgáltatás												
gyógytorna	24 549	27 228	31 217	28 304	27 650	29 317	30 230	30 796	25 796	24 601	26 306	26 434
fizioterápia	4 227	4 340	3 853	5 236	3 152	3 079	3 068	2 870	2 216	1 877	1 918	1 883
logopédia	172	171	183	139	135	167	162	131	111	108	136	126
együtt	28 948	31 739	35 253	33 679	30 937	32 563	33 460	33 797	28 123	26 586	28 360	28 443
<b>összesen</b>	<b>55 125</b>	<b>59 072</b>	<b>63 820</b>	<b>59 985</b>	<b>56 780</b>	<b>59 600</b>	<b>60 788</b>	<b>61 421</b>	<b>53 912</b>	<b>50 286</b>	<b>51 467</b>	<b>52 590</b>

Forrás: [https://www.ksh.hu/stadat\\_files/ege/hu/ege0010.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0010.html)

Az otthoni szakápolás a beteg otthonában vagy tartózkodási helyén a háziorvosa rendelésére szakképzett ápolóval végzett tevékenység a kórházi ellátás kiváltása érdekében. Az otthoni szakápolás során a beteg otthoni környezetben, személyre szabottan, humánus és szakszerű ápolásban részesül. Ezzel az ellátási formával csökkenthető a kórházi kezelések száma, illetve rövidíthető a bennfekvés időtartama.

Az otthoni szakápolás abban az esetben vehető igénybe, ha a beteg egészségi állapota kórházi ápolást igényelne, de azt helyettesíteni lehet az otthoni szakápolás körében nyújtható ellátásokból összeállított kezeléssel. Mivel az otthoni szakápolás a fekvőbeteg ellátást váltja ki, így annak részére nem rendelhető el otthoni szakápolás, aki egészségi állapotánál fogva nem szorul fekvőbeteg-szakellátásra (például idősek otthonában lakó személy).

Az otthoni szakápolás az egészségbiztosítás keretében díjmentesen vehető igénybe, ha a beteg egészségi állapota miatt a háziorvos elrendeli az otthoni szakápolás szolgáltatást. A fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást kiváltó otthoni szakápolást a háziorvos a saját vagy a kezelőorvos kezdeményezésére, illetve intézeti javaslat alapján jogosult elrendelni. A támogatás további feltétele, hogy a feladat ellátására az egészségbiztosítóval szerződött szakápolási szolgáltató a szerződésében meghatározott ellátási területen – az otthoni szakápolás igénybevételére jogosult személy otthonában – nyújtsa az ellátást.

Az otthoni szakápolás keretében a következő ellátások vehetők igénybe:

- szondán át tápláláshoz és folyadékfelvételhez kapcsolódó ápolás, illetve ezek megtanítása;
- tracheális kanül tisztítása, betét cseréje, illetve ezek megtanítása;
- katéterezés, illetve hólyagöblítéshez kapcsolódó ápolás;
- intravénás folyadék- és elektrolitpótláshoz, nem szájüregen történő gyógyszerbeadáshoz kapcsolódó ápolás;
- baleset vagy műtétek utáni ápolás, korlátozott önellátás esetén a testi higiéné biztosítása, valamint a mozgás segítése;
- műtéti területek (nyitott és zárt sebek) ellátása;
- sztomaterápia és különböző célt szolgáló drének kezelése;
- szakmaspecifikus szájápolási tevékenységek műtét után;
- dekubitalódott területek, fekélyek ápolása;



- a betegség következményeként átmenetileg vagy véglegesen kiesett vagy csökkent funkciók helyreállításához, fejlesztéséhez vagy pótlásához kapcsolódó ápolás keretében:
  - gyógyászati segédeszközök, protézisek használatának tanítása,
  - a mozgás és a mozgítás eszközei használatának tanítása,
  - hely- és helyzetváltoztatás segítése;
- szükség szerinti, kiegészítő speciális eljárások esetén:
  - UH-inhalálás, légzésterápia,
  - szívó alkalmazása,
  - oxigénterápia;
- tartós fájdalomcsillapítás;
- beszédterápia a beteg állapotától függően;
- gyógytorna;
- elektroterápia;
- otthoni parenterális (nem szájüregen keresztül történő) táplálás kizárólag krónikus bélelégelenségben szenvedő betegek esetében, szükség esetén dietetikus bevonásával.

Az otthoni szakápolás keretében a díjmentesen nyújtott ellátás naponta egy, három órát meg nem haladó vizit lehet.

A komplexitás lenne a megoldás?

Az idősödő társadalom problémája, a tartós ápolás-gondozás iránti növekvő igény komoly kihívások elé állítja a szakembereket, valamint a teljes ellátórendszert. Az egészségügyi és szociális szakterület alapszolgáltatásainak szorosabb összehangolása komplex és egymásra épülő fejlesztéseket igényelne annak érdekében, hogy egy jól kialakított, racionalizált betegút és integrált ellátási modellt alakuljon ki. Erősíteni kellene a családon belüli ápolás és gondozás jelentőségét, integrált feltételrendszerrel, az igény- és szükségletalapú ellátást, valamint az ellátási formák igénybevitelének lehetőségeit.

Hazánkban az alapellátás mint lakóhelyközeli ellátás két nagy ágazatra, az egészségügyi alapellátásra és a szociális alapszolgáltatásra tagozódik, amelyeket a mindennapi gyakorlatban nem lehet élesen különválasztani. Ezen belül a házi segítségnyújtó szolgálatok és az otthoni

szakellátások (otthoni szakápolás, otthoni hospice-ellátás) jövőképe az egyik legnagyobb ösztársadalmi kihívás napjainkban.

Korábbi kérdőíves felmérések<sup>36</sup> eredményei azt mutatják, hogy a válaszadók 51%-a saját otthonában szeretne meghalni, a kórházat csupán 18%-uk részesíti előnyben. A felmérésben résztvevők 69%-a fontosnak tartja, hogy otthonában kapja meg a szükséges ápolást és gondoskodást még végstádiumban lévő betegség megléte esetén is. Magyarországon az 1970-es évektől induló házi segítségnyújtó szolgálatok, valamint az 1980-as évektől kezdődő otthoni szakápolások bevezetését gazdasági és társadalmi változások tették és teszik a mai napig is szükségessé<sup>37</sup>.

A betegek / ellátottak és a közösségek megnövekedett ellátási igényeit csakis olyan komplex, integrált ellátási formákkal, illetve ellátási szinteken lehet megvalósítani, melyek jól alkalmazkodnak az igényekhez, szükségletekhez.

Az otthoni ápolási szolgáltatásokon belül vannak szociális gondozásra (pl. alapápolás biztosítása, felügyelet), szakirányú terápia (pl. gyógytorna, fizioterápia, masszázs, logopédia), szakápolási (pl. infúziós terápia, sebkezelés, sztómaellátás, szondatáplálás) valamint hospice-palliatív ellátásra irányuló specializációk. Az ápolási kereslet egyre összetettebb, egyre gyakoribbá válik az integrált (kevert típusú) home care ellátás (szociális ellátás, valamint egészségügyi szakápolási szolgáltatások), amely a legideálisabb irányvonal lehet hazánkban is.

## Az egyházakról

A magyar helyzetre vonatkozó vélemények között elterjedt álláspont szerint a magyar rendszer abba az irányba halad, hogy aki szegény, az haljon meg alulfinanszírozott államban, vagy gondozás nélkül otthon, akinek pedig van pénze, menjen magán fenntartású otthonba vagy fogadjon bentlakásos gondozót.

---

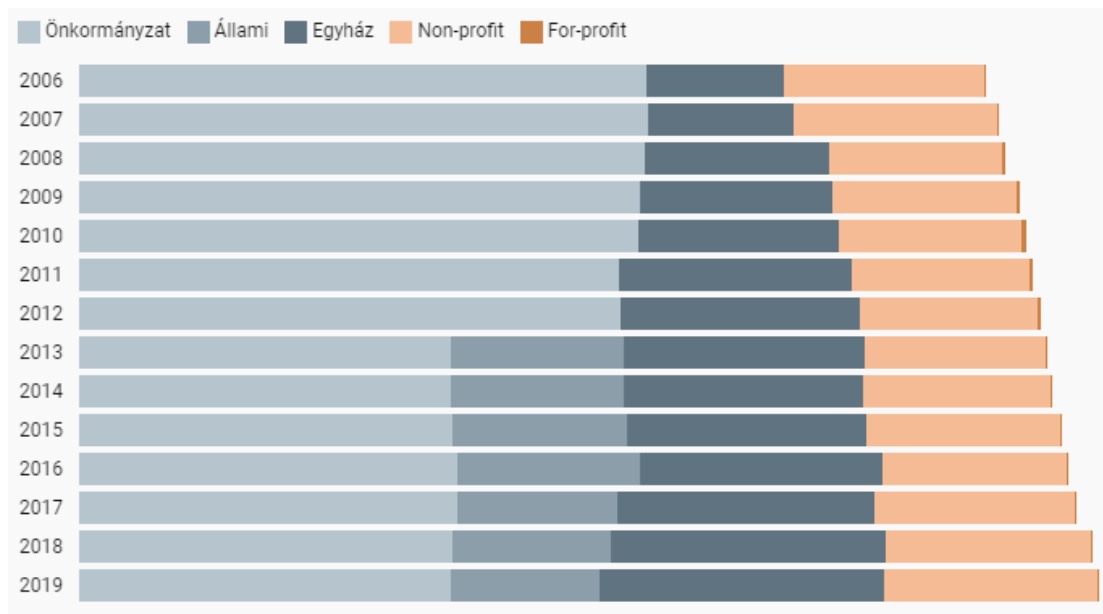
<sup>36</sup> Csikós Á, Nagy L, Busa Cs, Kállai J. Az élet végi ellátás fontos kérdései. Attitűd vizsgálat háziorvoshoz forduló betegek körében. Orv Hetil 2011;152:1082–1092.; Csikos A, Mastrojohn J, Albanese T, et al. Physicians' Beliefs and Attitudes About End-of-Life Care: A Comparison of Selected Regions in Hungary and the United States. J Pain Symptom Manage 2010;39:76–87.; Csikós Á: Az élet végi betegellátás helyzete és fejlődési lehetőségei Magyarországon. PhD-értekezés. Pécs, 2011.

<sup>37</sup> Dózsa Cs, Borbás F. Az integrált ellátás koncepcionális keretrendszere és az integráció lehetőségei az alapellátásban. Orv Hetil 2015;156(22): 881–887.

Ha ezen az úton halad Magyarország, az állami és a privát rendszerek ugyanúgy szét fognak válni az idősgondozásban, mint az egészségügyben, ezáltal az akaratérvényesítő képességgel rendelkező középosztály még kevésbé lesz érdekelt a jóléti állam finanszírozásában.

Magyarországon az idősok bentlakásos ellátására fordított összeg is javarészt csak annak következtében nőtt 2013-tól 2019-ig 20,9 milliárdról 24,8 milliárd forintra, hogy egyre többen kerülnek ilyen ellátásba. Azonban a magyar állam érezhetően próbálja hátrítani magától ezt a feladatot, és átadni azt az egyházaknak, ezt az alábbi ábra számok nélkül is jól mutatja.

Idősotthonok fenntartói által kezelt férőhelyek



Forrás: KSH

Az egyházi fenntartók térnyerése nyilvánvaló, amelyet a kormány azzal is segít, hogy az állami normatíva 160%-át adja nekik. Ez az összeg azonban csak versenyelőnyt jelent az egyházaknak más fenntartókhöz képest, nem elégséges a megfelelő feltételek megteremtéséhez, aminek a fő oka a munkaerőhiány. Annyi pluszpénzt nem kapnak az egyházak sem, hogy abból elég gondozót tudjanak felvenni, de arra elég, hogy relatíve jobb feltételeket teremtsenek. Az önkormányzatoknak viszont deficitese a szociális intézmények finanszírozása, ezért nem ritka, hogy inkább egyházi kézbe adják az otthonaikat.

Az egyházak – a bentlakásos ellátások nyújtása mellett – az otthonközeli ellátások területén is jelen vannak: Házi segítségnyújtás szolgáltatást biztosítanak, valamint szociális és házi betegápoló, gondozó szolgálatokat működtetnek, amelyek az otthoni betegápolás és idősgondozás keretében:

- szakápolókat,
- gyógytornászokat,
- pszichológusokat,
- lelkészeket,
- más önkéntes segítőköt alkalmaznak.

A for-profit szektor ugyanakkor szinte teljesen hiányzik a magyar idősotthoni ellátásból. Ennek az egyik oka, hogy nagyon költséges üzletről van szó. Bár az üzleti alapú idősotthon-üzemeltetés nem teljesen ismeretlen Magyarországon sem, azonban némileg máshogy működik: például jellemzően nem termel óriási profitot. Nem ritka, hogy alapítványi formában próbálkoznak a szervezetek, hiszen, mivel Magyarországon nagyon deficités az idősgondozási rendszer, kevésbé éri meg a befektetőknek is. Nem mellesleg még az ilyen típusú ellátásba is nehéz ápolót találni, mert sokan elmennek külföldre a jobb fizetések és munkakörülmények miatt.

A kis fizetőképes kereslet és az állami támogatás alacsony szintje a külföldi cégeknek sem teszi tehát vonzóvá a befektetést Magyarországon, azonban a növekvő igények és a feladat ellátatlansága miatt idővel nyilván a magyar piacon is megjelennek majd azok a nagy cégek, amelyek az utóbbi években jelen vannak az európai piacon.

Mint látható, a feladat lényegében ellátatlan, amire az egyik legjobb mérőszám, hogy 2019 decemberében 33 416-an voltak a várólistán, és ez nem a teljes kép, tekintettel arra, hogy sokan fel sem iratkoznak a várólistákra, mert tudják, hogy azalatt a néhány év alatt, mire bekerülnének, meghalna az idős hozzátartozó.

Összesen annyian várhatnak idősotthoni ellátásra, mint ahányan bent vannak, azaz körülbelül 56 ezren, ami egyúttal azt is jelenti, hogy százszázalékosan túlterhelt a rendszer. Ennek következménye az illegális idősotthonok elszaporodása, amelyek akkor kerülnek a hírekbe, amikor egy bejelentés után szörnyű körülmények között találnak meg időseket egy családi házban az ellenőrök. Következmény az is, hogy kenőpénzekkel lehet meggyorsítani a felvételi folyamatot.

## A megoldás felé

Magyarországon – több mint három évtizeddel a segítő hivatás professzióvá válása után – a politikusok egyre gyakrabban kérdőjelezik meg a szociális szakemberek tevékenységének professzionális jellegét, amely nemcsak a szakma el nem ismerésében (korábban „csak” alulértékelésében), hanem az állami szociális ellátások krónikus és súlyos forráshiányában és számtalan anomáliájában is megmutatkozik. Az intézményes gondoskodás válságtünetei mindazonáltal nem újkeletűek, és az egyértelműen az államhoz köthető okok mellett nem megkerülhető a szakma belső, morális válsága és identitáskrizise sem.

A hazai szociális ellátórendszer meghatározó, stratégiai ágazatának<sup>38</sup> számító idősellátás hosszú ideje periférikus helyzetben van, nemcsak a többi ágazathoz – különösen az egészségügyhöz – viszonyítva, hanem még a hasonlóképpen alulértékelt, egyre láthatatlanabbá váló szociális ellátórendszeren belül is.

Amikor a lehetséges megoldásokra gondolunk, sokféle, bonyolult és nagy mennyiségű pénzt igénylő állami intézkedés igénye szokott felmerülni. Ezek általában olyan javaslatok, amelyekről – a magyar viszonyokat és pártpolitikai környezetet ismerve – előre meg lehet jósolni, hogy nem fognak megvalósulni. A mindenkori kormányzat néha tesz egy-két látszatintézkedést, ami általában csak néhány amúgy is szerencsésebb helyzetű érintett számára lesz hozzáférhető, strukturálisan azonban a rendszerváltás óta semelyik kormány nem volt hajlandó a témával érdemben foglalkozni, és nem tűnik úgy, hogy ez egyhamar változna.

Az idősothtonok helyszíne, az épületek, szobák elrendezése kapcsán számtalan szempont kellene figyelembe venni, ami mind hozzájárulna ahhoz, hogy a bentlakók állapota ne romoljon tovább, a méltóságuk és a jogaik ne sérüljenek, ezzel együtt könnyebb legyen a gondozásuk, ami az ott dolgozók megtartása miatt is kulcsfontosságú lenne. Az ezekről a megoldásokról való gondolkodás szintén hiányzó területe a hazai idősellátásnak. Itthon

---

<sup>38</sup> Egy a közelmúltban lezajlott országos vizsgálat eredményei szerint a szociális ágazatban dolgozók közel fele (44%) dolgozik az idősellátásban (Gyarmati A. (2021) A szociális ágazatban dolgozók munkakörülményeinek, járványhelyzettel, szakszervezetekkel kapcsolatos véleményének felmérése. Kutatási jelentés. Budapest: Ökopolisz Alapítvány)

például megszokott, hogy a nagylétszámú otthonok városok külterületén helyezkednek el, minden közösségi szolgáltatástól, látogatási, kijárási lehetőségtől elvágva. Jellemző a zsúfoltság, az infrastrukturális hiányosságok, gyakran nem megfelelőek a tárgyi-személyi feltételek, még a több mint 24 évvel ezelőtt megállapított minimumelvárásokhoz<sup>39</sup> viszonyítva sem.

Megfontolandó továbbá, hogy az otthoni ápolási munkákat ne üzleti szereplőknek, hanem az állami szociális rendszer és ellátás szerves, ugyanakkor autonóm szereplőinek tekintsük, akik egyébként vállalkozók módjára, önállóan adóznak. Ehhez egy olyan jogi és gazdasági környezetre lenne szükség, amely a jelenlegi teljesen kaotikus, illegális és minőségbiztosítás nélküli viszonyokat legális, átlátható piaci / közösségi térré alakítja át, mindezt anélkül, hogy az lényegében bármennyivel is több pénzbe kerüljön akár a családoknak, akár az ápolóknak a jelenlegi fekete viszonyoknál.

Ugyanennyire fontos lenne, hogy ne legyen olyan bonyolult adminisztrációs feladat, ami akár a családokat, akár az ápolókat terhelné, inkább egy olyan egyszerű, kisköltségű és magas jogosultságú rendszernek kellene a jogi kereteit / szabályozását létrehozni, mint amilyen a brit rendszer. Eszerint:

1. egy ahhoz hasonló egyszerű rendszerre lenne szüksége az ápolóknak, mint amilyen az EVA volt a kezdetekkor, maximum 5% adóteherrel, ami megadná a TB lefedettséget és a szolgálati időbe is beszámítana, ezzel motiválttá válnának az ápolók arra, hogy belépjenek a legális munkavégzés keretei közé;
2. a munkaközvetítő ügynökségek adó- és adminisztrációs költségeit a minimumra kellene csökkenteni, és inkább bátorítani, ösztönözni kellene a létrejöttüket, mint különböző terhekkal büntetni őket;
3. ahelyett, hogy az ápolókat és az ügynökségeket „üzleti” szereplőknek tekintenék, inkább az „állami szociális ellátórendszer” kiszervezett megvalósítóinak kellene tekinteni, és akként kezelni;
4. támogatni és segíteni lenne szükséges az ügynökségek és a képző intézmények szakképzési tevékenységét: egyszerű, gyors, alacsony költségvetésű és hatékony

---

<sup>39</sup> a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet

képzésekkel biztosítani azt, hogy akik gondozási / ápolási munkát szeretnének vállalni, azok a szakma alapjait könnyen elsajátíthassák.

Mindezen javaslatok természetesen messze nem elegendők egy hatékony és teljes körű, modern idősgondozási rendszerhez, azonban fontos és hatékony első lépések lehetnének abba az irányba, hogy megszűnjön a szakma jelenlegi feketegazdaságba száműzött és láthatatlan jellege. Ezen intézkedések által lehetővé válna a szereplők önszerveződése, és az adekvát társadalmi struktúrák el tudnának kezdeni kialakulni, továbbá táptalajt és a mozgásteret biztosíthatnának a szakma önszerveződéséhez, a szakmai protokollok és szokások kialakításához, és egy a mostaninál sokkal biztonságosabb, kiszámíthatóbb és megfelelőbb színvonalú idősgondozási kultúra és ökoszisztéma létrejöttéhez.