



DOI: 10.18427/iri-2017-0114

Az etnicitás szerepe az egészségegyenlőtlenségek magyarázatában, és a hozzáférés esélyei a magyarországi hátrányos helyzetű csoportoknál

Kovai Cecília

**Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaság- és
Regionális Tudományi Kutatóközpont**

Bevezetés

A tanulmány a társadalmi egyenlőtlenségek egészségi állapotra gyakorolt hatását vizsgálja a magyarországi hátrányos helyzetű cigány népességre vonatkozóan. Célja az etnicitás, a kultúra és a strukturális helyzet összefüggéseinek és hatásainak értelmezése az egészségegyenlőtlenségek alakulásában, magyarországi példán keresztül. A dolgozat a cigányság problematikáját az egészségegyenlőtlenségek kérdéskörének szélesebb kontextusába helyezi, és abból az egészségszociológiai alapvetésből indul ki, hogy az egészségegyenlőtlenségeket interszekcionalitásukban érdemes vizsgálni, vagyis összefüggésben a lakóhelyi, nemi, „faji”/etnikai oktatásbeli, munkaerő-piaci helyzettel és egyenlőtlenségekkel.

Az elméleti munka nagyjából a témában releváns szakirodalmi előzmények feltárására épül. A szakirodalmi források elemzése egy jelenleg zajló kutatási projekt módszertani megalapozását szolgálja, az így nyert tapasztalatok jelentős mértékben elősegítik az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés empirikus vizsgálatait. A részben kvantitatív (epidemiológiai elemzések) és részben kvalitatív (interjúkra épülő esettanulmányok) vizsgálatokra épülő kutatás a magyarországi szívinfarktus ellátásában jelenlévő területi egyenlőtlenségek bizonyítására épül¹.

¹ A tanulmány a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (NKFIH) K 119574 számú pályázat támogatásával készült.

Az etnicitás megjelenése az egészséggyenlőtlenségek értelmezésében

A magyarországi cigányság egészséggyenlőtlenségével kapcsolatos kérdésfeltevéseinket mindenképpen szükséges az egészségszociológiai problémafelvetések tágabb kontextusába helyezni. Wilkinson nyomán egészségszociológiai alapvetés, hogy a társadalmi egyenlőtlenségek hatással vannak egy adott strukturálisan hátrányos helyzetű népesség egészségi állapotára, akár mortalitási mutatóira is (Wilkinson, 1996). Habár e hatás milyensége és miéjtjei további viták tárgyát képezik, mégis a kettő összefüggésének vizsgálata alapvetőnek és szükségesnek tűnik (Kovács, 2004). Az egészséggyenlőtlenségek kutatásának egy részében mind a nemzetközi, mind a hazai szinten az interszekcionalitás elve érvényesül, vagyis, hogy az egészséggyenlőtlenségek nem önmagukban, hanem a más társadalmi pozíciókkal összefüggésben vizsgálándók (Kovács, 2006; Marmot, 2005; Vitrai, 2008, Wilkinson, 1996). Eszerint az egészséggyenlőtlenségeket leginkább meghatározó társadalmi dimenziók a következők lehetnek: a lakóhely, „faj”/ etnicitás, foglalkozás (munkaerőpiaci helyzet), nem, vallási hovatartozás, iskolázottság, társadalmi-gazdasági helyzet, társadalmi tőke (Pál-Uzzoli, 2015). Természetesen ez nem jelenti azt, hogy minden kutatás számba veszi az egészséggyenlőtlenségekre ható fent felsorolt összes társadalom szerkezetre vonatkozó dimenziót, az adott kutatás témájától és társadalomtudományi kontextusától függ, hogy melyik kerül előtérbe, számunkra az etnicitás kérdése lesz a meghatározó.

A cigányság egészségi állapotával foglalkozó kutatások jelentős része szintén az egyenlőtlenségek több dimenziójának figyelembevételével vizsgálja a kérdést. A legtöbb kutatás a jövedelmi helyzet, iskolázottság, lakóhely, depriváció mértéke, a munkaerőpiaci helyzet, nemiség, társadalmi tőke és az etnicitás összefüggéseiben igyekszik megragadni a cigány pozícióban élők kedvezőtlen egészségügyi helyzetének okait (Fábián et al., 2007; Forray, 2013; Gyukits, 2000; Lampek-Töröcsik, 2003; Neményi, 1998, 2005; Puporka-Zádori, 1999; Klinger, 2006). Azonban, amint később látni fogjuk, a kutatások nagy része a strukturális/osztály-helyzet (mélyszegénység) és az etnicitás, mint magyarázó tényezők összefüggéseit taglalja. A legtöbbször felmerülő problematika az etnicitás és osztályhelyzet viszonyának tisztázása az egészségi egyenlőtlenségekben.

Wilkinson nyomán a kérdés az, hogy az etnikai (cigány) pozíciót meghatározó és létrehozó egyenlőtlenségek mitől válhatnak „életveszélyessé”. Tanulmányomban természetesen nem vállalkozhatom e rendkívül összetett kérdés megválaszolására, csupán egy dimenziót emelnék ki, amely az etnicitás és a mélyszegénység összefonódása kapcsán a további kutatásokban lényegesnek tűnik: a fent már említett társadalmi tőke, vagy társadalmi kohézió dimenzióját. E dimenzió középpontba helyezése segíthet abban, hogy megragadjuk a társadalmi

kirekesztődés, a kisebbségi helyzet és az etnikai kötődés szerepét az egészségügyenlőtlenségek alakulásában.

A társadalmi tőke, vagy kohézió szerepére az egészségi állapot és az egészségügyenlőtlenségek alakulásában sok szerző felhívta a figyelmet, többek között a cigányság egészségi állapota kapcsán is (Losonczi, 1989; Kopp & Szedmák, 1998; Coburn, 2000; Forray, 2013; Kawachi & Kennedy, 1997; Puporka & Zádori, 1999; Wilkinson, 1996). Wilkinson szerint a szegénység leginkább akkor jár magasabb mortalitási mutatókkal, ha az adott társadalomban nagyok a jövedelmi egyenlőtlenségek, hiszen az eleve a társadalmi kohézió ellen hat. Az ún. „relatív depriváció” állandó stresszreakciókkal jár egy egyenlőtlen társadalomban, amely számos megbetegedéshez vezethet a kevés erőforrással rendelkező népesség körében (Wilkinson, 1996; Kawachi & Kennedy, 1997). Más szerzők inkább az ún. neoliberális politika térnyerését emelik ki, amely egyszerre növelte a társadalmi egyenlőtlenségeket, csökkenti a társadalmi kohéziót, hiszen a közösségi szolgáltatásokból való forráskivonással jár, amely az egyének izolálódását eredményezi, az individuális szintre terheli a strukturális nehézségeket (Coburn, 2000; Muntaner & Lynch, 1999; Kovács, 2006). A fentiek vonatkoztathatók a hazai kontextusra és saját témánkra is. Az egészségügyből történő forráskivonás az elmúlt évtizedekben folyamatosnak tekinthető, 1996-ban a GDP 6%-át fordítottuk az egészségügyre, míg 2016-ban már csak 4,7%-át (Orosz & Kollányi, 2016). Habár a várható élettartam emelkedett az elmúlt két évtizedben, viszont az egyenlőtlenségek több dimenzióban nőttek vagy legalábbis nem csökkentek. A rendszerváltás óta a magasabb és alacsonyabb iskolai végzettségűek között a várható élettartam különbségei például emelkedtek (Habicsek, 2000; Kovács, 2012; Orosz & Kollányi, 2016). Az orvosi ellátáshoz való hozzáférés tekintetében is hasonló jelenséget figyelhetünk meg: „Magyarországon a népesség magasabb jövedelmű 60%-ának ugyan javult, az alsó 40%-nak azonban romlott, a legszegényebb 20%-nak pedig jelentősen, közel 30%-kal romlott a hozzáférése, vagyis a teljes népességre vetített javulás a hozzáférés egyenlőtlenségeinek elmélyülése mellett történt meg” (Orosz & Kollányi, 2016:352). A várható élettartam területi egyenlőtlenségei sem változtak lényegesen, több mint 10 év a különbség a legjobb és a legrosszabb gazdasági helyzetű területeken élők várható élettartama között (Uzzoli, 2016). A felsorolt növekvő társadalmi távolságok a fentiek értelmében tehát hozzájárulhatnak a leszakadt rétegek, köztük a cigányság kedvezőtlen egészségi állapotához, a társadalmi kohézió csökkenéséhez (vö. Forray, 2013). Az etnikai dimenzió, esetünkben a cigány-magyar különbségtétel, e távolság további növekedésével járhat és a kohézió további gyengülését generálhatja főleg olyan színtereken (falvakban, kisvárosokban), ahol az etnikai besorolásnak meghatározó szerepe van a társadalmi viszonyokban.

A cigány pozíció eleve előnytelen helyzetet jelent minden egyenlőtlenségi dimenzióban (úgy mint jövedelmi helyzet, iskolázottság szintje, lakóhely stb.), szerzők ezt halmozódó, egymást erősítő hátrányt

hívják deprivációnak, amely az egészségre legkárosabb társadalmi állapot (Kovács, 2012; Bálint & Kovács, 2015; Orosz-Kollányi, 2016). „Az azonban, hogy mindezen materiális tényezők végül az egészségi állapotra hogyan hatnak, nagyban függ egyrészt az adott társadalom társadalompolitikai intézményrendszerétől, másrészt attól, hogy szubjektíve milyen abban a társadalomban szegénynek lenni, vagyis milyen szintű a szolidaritás, a társadalom különböző csoportjait összefűző kohézió. Magyarországon kifejezetten nem jó szegénynek lenni: a pszichoszociális közeget a gyenge szolidaritás, az alacsony bizalmi és magas stressz-szint jellemzi a társadalom „alul levői” („vesztesei”) számára, amiben a strukturális és materiális („kemény”) tényezők az egészségi állapotot nagymértékben károsító rizikófaktorokká válhatnak” (Orosz & Kollányi, 2016:355). Az etnikai különbségtétel ugyancsak olyan tényező, amely nem pusztán rögzítheti az kedvezőtlen osztálypozíciót, hanem ahogy azt számos kutatás kimutatta, csökkenti a szolidaritást különböző társadalmi szereplők között, (akár orvos és páciens relációban) valamint a folyamatossá teszi intézményes és személyközi kirekesztődést növelve az előnytelen osztálypozíció egészségre káros hatását.

Kultúra versus struktúra? – magyarázatok cigányság egészségi állapotához

Habár az etnikai meghatározás bonyodalmai miatt Magyarországon nem készült az egész országra kiterjedő kutatás a hazai cigányság egészségi állapotáról, mégis a témáról szóló munkák megállapítják, hogy a cigány pozícióban élők várható élettartama 10 évvel kevesebb a lakossági átlagnál, valamint szinte minden típusú betegség nagyobb százalékban érinti őket, vagyis a magyarországi cigányság egészségi állapota katasztrofálisnak mondható (Babusik & Papp, 2002; Fábian et al., 2007; Forray, 2013; Habcsek, 2000; Prónai, 2000; Puporka & Zádori, 1999; Kósa, Lénárt & Ádány, 2002). Ebben nincsen vita sem a kutatók között, a kutatások szintén nem kérdőjelezik meg a fenti állítást, az okok tekintetében sem találunk ellentétes véleményeket, túlnyomórészt a rendkívül előnytelen társadalmi helyzettel, a súlyos deprivációval magyarázzák a kedvezőtlen egészségi állapotot (Babusik & Papp, 2002; Fábian et al., 2007; Forray, 2013; Gyukits, 2000; Gyukits & Ürmös, 1999; Lampek & Töröcsik, 2003; Neményi, 2000, 2005; Puporka & Zádori, 1999). Azonban az etnicitás szerepe a fentiekben sokkal több fejtörést okoz. A témával foglalkozó irodalmakban az etnikai egyszerre értelmeződik kultúra versus struktúra oppozíciós keretében és egyszerre lesz olyan tényező, amely az osztálypozícióval karöltve működik, a strukturális helyzet megerősítéseként hat mind a szegénység etnicizálása, mind az etnikai kirekesztés révén. A struktúra versus kultúra felosztás két egymástól elváló megközelítést vázol fel: az egyik az egészségi állapot strukturális helyzettel való magyarázata, a másik, amely a cigányság ún. kulturális hagyományait helyezi előtérbe a kérdést illetően. A szerzők

mindegyike az előbbi megközelítéssel dolgozik, az etnikai tényező az osztályhelyzet etnicizálásában és ezzel összefüggésben a diszkrimináció egészségkárosító hatásában lesz megragadható (Fábián et al., 2007; Gyukits, 2000; Lampek & Töröcsik, 2003; Neményi, 2000, 2005; Puporka & Zádori, 1999). Az utóbbira, a kulturális magyarázatra, viszont sokkal kevesebb példa lelhető fel magyar kontextusban. Egyrészt a kutatók nem találtak a roma/cigány közösségekben olyan „alternatív” orvoslási módokat, mint amelyről például Paola Trevisan ír olaszországi roma közösség szentkultusza kapcsán, amelyek jelentősen befolyásolhatják az intézményes egészségüggyel való viszonyt és ezáltal egészségi állapotot (Trevisan, 2002). Másrészt több szerző megállapította, hogy az azonos mértékű derpivációban élő nem cigány lakosság hasonló egészségügyi mutatókkal rendelkezik, mint a cigány népesség e szegmense, ez bizonyítja, hogy szerintük az ún. kulturális tényező nem meghatározó (Kósa, Lénárt & Ádány, 2002; Janky & Kemény, 2003; Lampek & Töröcsik, 2003; Neményi, 2005). A fentiek miatt az ún. „kulturális” szempont mint a strukturális megközelítések ellentéte, szinte kiíródik az értelmezésekből, ugyanakkor számos helyen újra és újra felbukkan, jelezve az etnikai valamint azzal összefüggésben a „kulturális” tényező szerepe körül kialakult értelmezési bizonytalanságot.

E két analitikusan elválasztott magyarázó tényező az ún. „szegénység kultúrája” fogalomban érhet össze, amely megragadhatóvá teszi a marginális strukturális helyzethez adaptálódó közösségek habitusát, életmódját, egészséghez és egészségüggyel való viszonyát. Fontos azonban hangsúlyozni, hogy az etnicitás ebben az esetben is lényeges tényező, hiszen, ahogy számos kutatás kimutatta, mást jelent cigányként szegénynek lenni a magyar társadalomban, mint etnikai stigmatizáció és hovatarozás nélkül (Durst, 2016; Feischmidt & Szombati, 2013; Havas, 2005; Kovács, Vidra & Virág, 2013; Kovai, 2016). A cigány-magyar különbségtétel főként vidéki terekben nem pusztán a kedvezőtlen osztálypozíciót is kijelölő és megerősítő igen rigid kategorizáció, amely erőteljesen befolyásolja az egészségi állapotot, hanem egyfajta identifikációs kényszer is, amely meghatározza, hogy „cigányként” vagy „magyarként” milyen erőforrások mozgósíthatók. Az etnikai különbségtétel azt is kijelöli, hogy a fenti kifejezéssel élve a „társadalmi tőke” mely módjai vehetőek igénybe, a szolidaritás és a közösség mely körei alakulhatnak ki és melyek nem. Az etnicitás tehát olyan tényezőnek tűnik, amely egy speciális strukturális pozíciót jelent, amely sajátos adaptációs vagy megküzdési stratégiákat kíván. Vagyis Wilson javaslatát követve a strukturális versus kulturális megközelítés helyett, azt érdemes vizsgálni, hogy e már generációk óta elfoglalt strukturális pozícióhoz történő alkalmazkodás hogyan válik „kulturális mintázattá”, és ennek milyen hatása lehet az egészségügyenlétlenségek alakulására (Wilson, 2009).

Összegezve kijelenthetjük, hogy a cigányság egészségi állapotának vizsgálatában három egymással összefüggő szempontrendszeret érdemes figyelembe venni. Egyfelől kiemelt szerepet kap az osztályhelyzet, hiszen minden olyan egyenlőtlenségi dimenzióban, amely hatást gyakorol az

egészségi állapotra a cigányság jelentős szegmense rossz pozíciót foglal el. A cigányság jelentős része él hátrányos helyzetű térségekben, ezen belül is kisebb településeken, a cigány pozícióban élők nagy hányadát alacsony iskolázottság és jövedelem szint valamint magas munkanélküliség jellemzi. Ezek az egyenlőtlenségi tényezők azok, amelyek a kutatók szerint leginkább negatív hatással lehetnek az egészségi állapotra (Kovács, 2012; Bálint & Kovács, 2015; Orosz & Kollányi, 2016; Vitrai, 2008). Másfelől fontos tényező az etnikai és osztálypozíció összekapcsolódása, hiszen az osztálypozícióval és azzal összefonódó etnikai különbségtétellel járó társadalmi kirekesztődés növeli vagy stabilizálja a társadalmi egyenlőtlenségeket, gyengíti a társadalmi kohéziót, e tényezők szintén hozzájárulnak a kedvezőtlen egészségi állapothoz a cigányság körében. Harmadrészt pedig a fentiekkel összefüggésben azt érdemes vizsgálni, hogy etnicitás által is kijelölt strukturális pozíció milyen életfenntartási stratégiákat követelhet és alakíthat ki, amelyek szintén hatással lehetnek az egészségi állapotra, az egészségügy intézményekkel való viszonyra. Az elsővel összevetve e két utóbbi szempontrendszerrel illetően kevesebb kutatás született, csak elvétve találunk olyan munkákat, amelyek a társadalmi kohézió szerepét vagy a hátrányos helyzetű cigány pozícióban élő közösségek egészséggel kapcsolatos nézeteit, mindennapi gyakorlatait vizsgálnák. A továbbiakban azoknak a kutatásoknak az eredményeit összegezzük, amelyek a fenti kérdéskörben készültek.

További kutatási kérdések: a cigány pozíció és az ellátáshoz való hozzáférés

A társadalmi kohézió és a hátrányos helyzetű cigány közegek egészséggel kapcsolatos nézetei, mindennapi gyakorlatai a szakirodalomban főként az egészségügyi rendszerrel való viszony kérdésében jönnek elő, például Neményi Mária és Gyukits György kutatásaiban (Gyukits, 2000; Gyukits & Ürmös, 1999; Neményi, 1998, 2005). E szerzők egyfelől kimutatják, hogy az etnikai különbségtétel megnehezíti az egészségügyi dolgozók és a cigányság közti hatékony kommunikációt, az egészségügyi dolgozók körében jelenlévő előítéletek sem segítenek az együttműködésben. Másfelől mindkettő megállapítják, hogy az etnikailag is stigmatizált hátrányos helyzetű pozícióból fakadó viselkedések sokszor érthetetlenek az egészségügyben dolgozók számára, és ez kölcsönös félreértéseket szül. Például a szegény roma közösségekben a nőkre hárul a család mindennapos fenntartása, esetleges kórházi távollétük szülés esetén is jelentős fennakadásokat okozhat a családban, ezért fordulhat elő, hogy olyan esetekben is távoznak a kórházból, amikor az orvos kifejezetten javasolja a bennmaradást. Ez a reakció az egészségügyi dolgozók szemében a roma nők felelőtlenségét bizonyítja, miközben a roma nők otthoni közegében ez éppen felelős anyai viselkedést jelenti.

A fentiek mellett mindkét szerző egy érdekes ellentmondásra hívja fel a figyelmet, amelynek további vizsgálata hozzájárulhat a fent vázolt kutatási kérdések megválaszolásához. Neményi Mária a terhes és kisgyermekgondozás kapcsán saját kutatási mintájában arra a jelenségre lett figyelmes, hogy hozzáférés tekintetében a rossz strukturális pozícióban élő romák nem szenvednek jelentős hátrányt, vagyis többé-kevésbé eléri őket az ellátórendszer, és azt igénybe is veszik, mégis rosszabbak az egészségügyi mutatóik ezeken a területeken is (Neményi, 1998). Gyukits György szintén kimutatja kutatásában, hogy az orvos-beteg látogatás nem jelentősen, pusztán 1-2%-kal ritkább a roma nők mint a többségi nők esetében, viszont a látogatás okaiban már fellelhetőek különbségek, ugyanakkor ez a hozzáférésbeli közel azonosság már nem mutatkozik meg az egészségügyi mutatók azonosságában (Gyukits, 2000). Mindezek mellett mindketten hangsúlyozzák, hogy a személyes kapcsolat az egészségügyi dolgozók egy részével (pl. védőnő, házi orvos) fontos a hátrányos helyzetű cigány pozícióban élők számára, amely szintén növelheti az orvos-beteg látogatások számát.

Az orvos-beteg látogatás gyakorisága és az egészségügyi mutatók javulása közti nem egyenes összefüggés azonban további kérdéseket tesz fel. Egyrészt azt, hogy többnyire milyen célból történnek ezek a látogatások, vagyis a hátrányos helyzetű cigány pozícióban élő népesség elsősorban milyen esetekben veszi igénybe az egészségügyi rendszert. Gyukits György kimutatja, hogy a roma nők gyakrabban mentek gyógyszerfelíratás céljából orvoshoz és jóval kevesebbszer kerestek fel egészségügyi intézményeket szűrővizsgálatok miatt, mint a nem roma nők, vagyis a megelőzés tekintetében jelentős a lemaradás (Gyukits, 1999). Mindez azt feltételezi, hogy abban a strukturális pozícióban, amelyben a cigány nők többsége él a betegségek megelőzésére nincs sem anyagi, sem mentális erőforrás, így az orvos-beteg látogatás a már jelentkező tünetek enyhítésére szolgál (Vö. ec-eu jelentés). Az ehhez hasonló hipotézisek igazolására azonban további kutatásokra lenne szükség, ahogy annak érdekében is, hogy képet kapjunk e cigány közegek egészséggel kapcsolatos nézeteiről, mindennapi gyakorlatairól.

Az orvos-beteg látogatások gyakorisága, ez ellátórendszer bizonyos szegmenseinek igénybevétele (pl. védőnői rendszer, terhes és kisgyermek gondozás) valamint a személyes kapcsolat preferálása közti összefüggés szintén fontos kutatási kérdés lehet. A kérdés az, hogy a fenti szerzők által hangsúlyozott személyes kapcsolat fontossága vajon hogyan ellensúlyozhatja a társadalmi kohézió hiányát, az egészségügyi intézmények főként informális kirekesztési mechanizmusait. E kérdések megválaszolása azonban további empirikus kutatásokat igényelnek, amelyek feltárják a hátrányos strukturális pozícióban élő és etnikailag stigmatizált közösségek megküzdési stratégiáit valamint egészséghez és az egészségügyi ellátórendszerhez való viszonyát.

Összegzés

A dolgozat célja volt, hogy a cigányság egészségügyi állapotának problematikáját az egészség egyenlőtlenségek kérdéskörének szélesebb kontextusába helyezze. Dolgozatomban a cigányságot sújtó egészség egyenlőtlenségeket interszekcionalitásukban vizsgáltam, vagyis összefüggésben a lakóhelyi, nemi, „faji”/etnikai, oktatásbeli, munkaerőpiaci helyzettel és egyenlőtlenségekkel. Wilkinson és más szerzők nyomán egyfelől a társadalmi kohézió kérdését helyzetem előtérbe, amely esetünkben szoros összefüggésben áll az etnikai különbségtétellel. Azt vázoltam fel, hogy a növekvő társadalmi egyenlőtlenségek mellett vagy inkább azokkal együtt a cigány-magyar különbségtétel osztályhelyeztetel összefüggő kizáró mechanizmusai szintén hatással lehetnek a társadalmi kohézióra és azáltal az egészségügyi egyenlőtlenségekre. Másfelől dolgozatomban az etnicitás kapcsán hangsúlyoztam a struktúra versus kultúra megközelítés félrevezető voltát, e két magyarázó tényezőt egymással összefüggésben vizsgáltam. A cigányságot az etnicitás által is meghatározott strukturális pozíciónak tekintettem, amely pozíció sajátos megküzdési stratégiákat követel, az egészség megőrzés. Tanulmányomban hangsúlyoztam az olyan kutatások fontosságát, amelyek e megküzdési stratégiákat vizsgálják, valamint feltárják e cigány közegek egészséggel kapcsolatos nézeteit, mindennapi gyakorlatait, az egészséghez és az egészségügyi ellátórendszerhez való viszonyát.

A tanulmány fentiekben bemutatott elméleti ismeretei és kérdésfelvetései a kutatási projekt további feladatainak megvalósítását segítik, amelyek során hátrányos helyzetű területeken esettanulmányok készülnek az ellátáshoz való hozzáférés nehézségeiről. Például a terepmunkák egy része lakossági és intézményi interjúk segítségével tanulmányozzák majd a hátrányos helyzetű társadalmi csoportokra vonatkozóan az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét (különös tekintettel a szívinfarktus ellátásra).

Irodalomjegyzék

- Babusik Ferenc, & Papp Géza (2002). A cigányság egészségi állapota – szociális, gazdasági és egészségügyi helyzet Borsod-Abaúj-Zemplén megyében. *Esély*, 13 (6), 37-67.
- Bálint Lajos, & Kovács Katalin (2015). Halandóság. In: Monostori Judit-Őri Péter-Spéder Zsolt (szerk): *Demográfiai portré 2015* (pp. 75-94.) Budapest: KSH Népeségtudományi Intézet.
- Coburn, D. (2000). Income Inequality, Social Cohesion and the Health Status of Population: the Role of Neo-liberalism. *Social Science and Medicine*, 51 (2), 135-146.
- Durst Judit (2016). New Redistributors in Times of Insecurity: Different Types of Informal Lending in Hungary. In: Brazzabeni-Cunha-Fotta (szerk.). *Gypsy Economy: Romani livelihood and Notion of Worth in the 21st Century*. London: Beghanh Books.

- Fábián Gergely, Fónai Mihály, Filepné Nagy Éva, & Péntes Mariann (2007). Szegénység, egészség és etnicitás: Északkelet-magyarországi kutatások empirikus tapasztalatai. *Szociológiai Szemle*, 16 (3-4), 53–81.
- Feischmidt Margit, & Szombati Kristóf (2013). Cigányellenesség és szélsőjobboldali politika a magyar társadalomban. *Esély*, 24 (1), 73-100.
- Forray R. Katalin (2013). Cigány egészség, cigány betegség - Mitől betegebbek?. *Educatio*, 11 (2), 177–186.
- Gyukits György (2000). A romák egészségügyi ellátásának szociális háttere. In: Horváth Á.–Landau E.–Szalai J. (szerk.). *Cigánynak születni. Tanulmányok, dokumentumok* (pp.471–489.). Budapest: Aktív Társadalom Alapítvány–Új Mandátum Könyvkiadó,
- Gyukits Gy., & Ürmös A. (1999). A roma nők véleménye egészségi állapotukról és az egészségügyi ellátásukról. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 10 (3), 54-60.
- Hablicsek László (2000). Demográfiai foratókönyvek, 2000–2050. KSH NKI.
- Havas Gábor (2005). Óvodától a szakmáig. Budapest: Felsőoktatási Kutatóintézet.
- Janky Béla, & Kemény István (2003). A cigányok foglalkoztatottságáról és jövedelmi viszonyairól - A 2003. évi országos cigánykutatás alapján, *Esély* 14 (6), 23-44.
- Kawachi, I., & Kennedy, B. P. (1997). Socioeconomic Determinants of Health: Health and Social Cohesion: Why We Care about Income Inequalities? *British Medical Journal*, 314, 1037-1056.
- Klinger András (2006). Újabb adatok a vidéki kistérségek és a budapesti kerületek halandósági különbségeiről (II.). *Demográfia*, 49 (4), 342-365.
- Kopp M., & Szedmák S. (1998). A szociális kohézió jelentősége a magyarországi morbiditás és mortalitás alakulásában. In: Glatz Ferenc (szerk.). *Népegészség, orvos, társadalom* (pp. 32–54). Budapest: MTA
- Kósa K., Lénárt B., Ádány R. (2002). A magyarországi cigány lakosság egészségi állapota. *Orvosi Hetilap*, 143 (63), 419-426.
- Kovács Éva, Virág Tünde, & Vidra Zsuzsa (2013). Etnicitás reprezentációi és mindennapi gyakorlatai. In: Kovács Éva (szerk.). *Kint és Bent-Etnicitás és lokalitás a peremvidékeken* (pp. 78-112.) Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Kovács Katalin (2012). Az egészségi állapot egyenlőtlenségei. In: Óri P. – Spéder Zs. (szerk.). *Demográfiai portré 2012* (pp.73–88.). Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Kovács Katalin (2004). Jövedelmi egyenlőtlenségek és mortalitás. In: Daróczi Etelka-Kovács Katalin (szerk.). *Halálozási viszonyok az ezredfordulón: társadalmi és földrajzi választóvonalak. KSH NKI Kutatási Jelentések 77.* (pp. 75-101.). Budapest: KSH NKI.
- Kovács Katalin (2006). A halandóság és az egészségi állapot vertikális és horizontális egyenlőtlenségei. In: Szántó Zsuzsa-Susánszky Éva (szerk.). *Orvosi Szociológia* (pp. 39-54.). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Kovai Cecília (2016). A „magyar” hegemonia és „cigány” stigmatizáció- A Cigány-magyar különbségtétel hatása a cigány közegek szerveződésére. *Szociológiai Szemle*, 26 (2) 90-117.
- Lampek Kinga, & Töröcsik Mária (2003). A felnőtt roma népesség egészségügyi fogyasztásának néhány területe. *Egészségügyi gazdasági szemle*, 41 (4), 45-53.
- Losonczi Ágnes (1989). Ártó-védő társadalom-Ahogy a társadalom betegít és gyógyít. Budapest: Közgazdasági és Jogi Kiadó.

- Marmot, M. (2005). Social Determinants of Health Inequalities. *Lancet*, 365,1099-1104.
- Muntaner, C., & Lynch, J. W. (1999). Income inequality and social cohesion versus class relation: a critique of Wilkinson's neo-Durkheimian research program. *International Journal of Health Services*, 29 (3), 59–81.
- Neményi Mária (1998). Cigány anyák az egészségügyben. Budapest: Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Hivatal.
- Neményi Mária (2005). Szegénység – etnicitás – egészség. In: Neményi M.– Szalai J. (szerk.): *Kisebbségek kisebbsége* (PP. 152-193,). Budapest: Új Mandátum Kiadó.
- Pál Viktor, & Uzzoli Annamária (2015). Egészségföldrajzi kutatások Magyarországon - elméletek és irányzatok. In: Tésits Róbert-Alpek B. Levente (szerk.): *A mi geográfiánk: Tóth József emlékezete* (pp. 123-133). Pécs: Publikon Kiadó.
- Prónai Csaba (2000). A magyarországi cigányok egészségi állapota a XX. század utolsó évtizedében. *Kisebbségkutatás*, 9, 631-637.
- Puporka Lajos, & Zádori Zsolt (1999). A magyarországi romák egészségi állapota. Budapest: Roma Sajtóközpont.
- Orosz Éva, & Kollányi Zsófia (2016). Egészségi állapot egyézség-egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban. In: Kolosi Tamás-Tóth István György (szerk.): *Társadalmi Riport 2016* (pp. 322-346.) TÁRKI.
- Trevisan, Paola (2002). Orvosok és szentek között. In: Prónai Csaba (szerk.): *Cigányok Európában 2. Olaszország* (pp. 415-439). Budapest: Új Mandátum Kiadó.
- Uzzoli Annamária (2016). Health inequalities regarding territorial differences in Hungary by discussing life expectancy. *Regional Statistics*, 6 (1), 139-163.
- Vitrai József (2008). Egészség-egyenlőtlenségek Magyarországon. Budapest: EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó KFT.
- Wilson, William Julius (2009). Structural and Cultural Forces that Contribute they Racial Inequality In: *More than just Race: Being Black and Poor in the Inner City* (pp. 134-156.). New York: W.W. Norton & Company.
- Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy Societies: the Afflictions of Inequality*. London: Routledge.