

EURÓPAI ROMAPOLITIKA: A ROMÁK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA

A Képviselői Információs Szolgálat Infojegyzete az Európai Unió új romastratégiai keretét bemutató háttéranyag (2022/19) folytatásaként e keret célkitűzései közül az egészségüghöz kapcsolódóan a hazai roma közösség egészségi állapotának témáját járja körül.

- Az Infojegyzet a nemzetközi és hazai jogi dokumentumok szóhasználatához igazodva a roma kifejezést részesíti előnyben, de a cigány megnevezést is azzal egyenértékűként használja.
- A WHO az egészséget alapvető emberi jognak tekinti.
- Az EU Alapjogi Chartája szerint mindenkinek joga van megelőző egészségügyi ellátás igénybevételéhez, orvosi kezeléshez.
- Magyarország Alaptörvénye szerint minden embernek joga van a teljes testi-lelki egészséghez, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben az alapelvek között szerepel az egyenlő hozzáférés elve.
- Hazai és nemzetközi kutatások szerint a roma népesség rosszabb egészségi állapotban van a nem romákhoz képest, beleértve a fertőző és nem fertőző betegségek magasabb arányát, a gyerekek és az anyák egészségi állapotát, valamint a magasabb halálozási arányokat.
- Mivel a cigányság körében az egészséget kedvezőtlenül befolyásoló tényezők halmozottan jelentkeznek, így maga a roma etnicitás is kockázati tényezőként jelentkezik (Sándor et al. 2020).

Bevezetés

2020 őszén az Európai Bizottság egy új – az első uniós keretrendszer (2011) megerősítő, és azt meg is újító – romastratégiai keretet határozott meg ([COM\(2020\) 620 final](#)). A dokumentum három horizontális célkitűzése az **egyenlőség, társadalmi befogadás (inklúzió) és részvétel** megteremtéséhez kapcsolódik (Infojegyzet [2022/20](#)). Ezt egészíti ki az előző stratégiai keret négy, társadalmi felzárkózást segítő területe: az **oktatás** (Infojegyzet [2023/1](#)), a **munkaügy** ([2023/2](#)), az **egészségügy** ([2022/32](#)) és a **lakhatás** ([2023/3](#)).

A romákat nemcsak a lakhatási, foglalkoztatási és képzettségi problémáik, de rossz egészségi állapotuk miatt is Európa egyik legsérülékenyebb társadalmi csoportjának tartják, körükben az egészséget veszélyeztető kockázati tényezők összekapcsolódva és egymást erősítve jelennek meg ([Solymosy 2007](#)). Az új romastratégiai keretdokumentum megállapítja, hogy bár a romák saját megítélése szerint egészségi állapotuk az elmúlt években javult, azonban orvosi ellátásuk továbbra is korlátozott. A stratégiai keret ezért hangsúlyozza az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés terén meglévő hátrányos megkülönböztetés elleni küzdelem fontosságát, az emberi jogok megsértésének megakadályozását (pl. kényszerabortusz/sterilizálás), valamint az egészségügyi dolgozók érzékenyítésének szükségességét.

Az [Eurostat](#) szerint 2020-ban a születéskor várható élettartam (EU-27) a nőknél 83,2, a férfiaknál 77,5 év. Ehhez képest az **új romastratégiai keretben hivatkozott adatok szerint a roma és a nem roma népesség között a születéskor várható élettartam terén meglévő különbség meglehetősen nagy**: a roma nők 10,4, a férfiak 10,2 évvel élnek rövidebb ideig.

A [romastratégiai keretben](#) meghatározott, az egészségi állapottal kapcsolatos 2030-ig minimálisan elérendő uniós szintű cél e különbség legalább felére csökkentése, de a Bizottság felszólítja a jelentős roma lakossággal rendelkező tagállamokat, hogy nemzeti romastratégiai keretükbe ambiciózusabb kötelezettségvállalásokat is építsenek be, valamint kéri, hogy 2023-tól kezdve két évente tegyenek jelentést azok végrehajtásáról. A nemzeti parlamenteknek a stratégiai kereteket és a jelentéseket meg kell vitatniuk, az átláthatóság érdekében nyilvánossá kell tenniük. A Bizottság a pénzügyi támogatáson kívül módszertani támogatást és segítségnyújtást is kínál a nyomkövetési és értékelési rendszerek

kialakítása érdekében a [strukturálisreform-támogató programon](#) keresztül.

A témát kutató szakemberek szerint a **hazai egészségstatisztikai rendszerben nincsenek romaspecifikus indikátorok**, így a roma kisebbség egészségi állapotáról sincsenek olyan átfogó adatok, amelyekre célzott programokat lehetne alapozni. A tervezést gátolja a valódi problémák ismeretének hiánya is, amit a romák egészségére fókuszáló európai programok kismértékű hatékonysága is mutat ([Sándor et al 2020](#)). Bár jogilag kötelező erejű nyilatkozatok nincsenek, az európai roma lakosság egészségének és jólétének javítása több stratégia célja, mint pl. a 2011-es EU nemzeti romaintegrációs keretrendszer, vagy az Európai Bizottság 2014-ben kiadott jelentése ([Roma Health Report](#)). Az EU és szervezetei kiemelten foglalkoznak az egészségügyben tapasztalható, a romákat érintő hátrányos megkülönböztetéssel ([Orton et al. 2019](#)), amely növeli a romák körében az egészségügyi szolgáltatókkal szembeni bizalmatlanságot, hatva az egészségi állapot kockázati tényezőire (pl. az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésre) és veszélyeztetve az egészséghez való jogot ([EPHA 2018](#)).

A hazai és nemzetközi kutatások szerint a roma lakosság körében **az egészségkárosodások nagy része a szegénységgel, a rossz szociális helyzettel hozhatók összefüggésbe** („a szegénység „betegít”) ([MNTFS 2030](#)). Ugyanakkor hivatkoznak a romák egyes (pl. szív- és érrendszeri) betegségekkel szembeni genetikai fogékonyságára is, viszont összességében „nem tudunk eleget arról, hogy milyen folyamatok révén eredményez egészségvesztést az, hogy valaki roma” (szerző: Hajioff-McKee 2000, idézi: [Sándor et al. 2020](#)).

A romák egészségi állapotának javulásához szükség van a társadalmi-gazdasági helyzetük javítására, az egészségügyi dolgozók számának növelésére, erősíteni kell a háziorvosok és védőnők szerepét, növelni kell a szűrővizsgálaton megjelenő romák számát ([Kovács 2014](#)).

EGÉSZSÉG ÉS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

A folyamatosan változó egészség fogalmát elsőként az Egészségügyi Világszervezet (WHO 1946) [definiálta](#): „Az egészség a teljes

testi, lelki és szociális jól-lét állapota, és nem csak a betegség vagy fogyatékosság hiánya”.

Az egészségi állapot főbb meghatározói (Lalonde [1974](#)) az egyén genetikai állománya; az életmód és az azt meghatározó tényezők (pl. a gazdaság fejlettsége, a társadalmi egyenlőtlenségek, a környezeti káros hatások) valamint az egészségügyi ellátórendszer hozzáférhetősége és minősége. **Az egészséget meghatározó tényezők** egy része módosítható (pl. táplálkozás, higiéné, dohányzás, alkoholfogyasztás), ugyanakkor a másik részt az egyénnek alig vagy egyáltalán nincs módja befolyásolni (pl. nem megfelelő lakáskörülmények, kulturális szokások stb.), pedig éppen ezek a tényezők korlátozhatják az egészségügyi ellátások hozzáférhetőségét és igénybevételét.

Az egészségi állapot mérése az egészségi állapot térbeni és időbeli összehasonlító vizsgálata a születéskor, a 40 és 65 éves korban várható élettartamok; illetve az egyes halálokok szerinti halálozási ráták alapján történik. A várható élettartamra ható tényezők: az ún. strukturális tényezők (pl. gazdasági, társadalmi-politikai tényezők, jövedelmi viszonyok, iskolázottság, foglalkoztatottság stb.); az egészségi állapotra közvetlenül ható kockázati tényezők (pl. környezeti ártalmak, táplálkozás, egészségkárosító szokások stb.); az egészségügyi rendszer működése (pl. az ellátáshoz és a szűrőprogramokhoz való hozzáférés, az ellátás minősége) ([Orosz 2016](#)).

EGÉSZSÉG ÉS EGÉSZSÉGÜGY: A HAZAI ROMÁK HELYZETE

Annak ellenére, hogy Magyarországon az Ádány Róza által vezetett Társadalmi Sebezhetőség és Egészség Együttműködési Központ 2012 óta vizsgálja a hátrányos helyzetű lakossági csoportok (köztük a romák) egészségi állapotát, a hazai romák egészségi állapotáról nincsenek friss, átfogó információk. Az elérhető, régebbi adatok azt mutatják, hogy népességügyi szempontból a romák jelentik a legsürgetőbb beavatkozást igénylő célcsoportot, ezen belül is leginkább a szegregált telepeken élők ([Sándor et al. 2020](#)).

A romák rossz(abb) egészségi állapotáért felelős okokat vizsgálva a felmérések leggyak-

rabban a szociogazdasági (pl. lakókörnyezet) és az életmódbeli eredetű okokat említik, de a hiányzó esélyegyenlőség (pl. az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés), a romákkal szemben érvényesülő előítéletesség, az információ hiány és a „rossz szokások” következtében fellépő egészségkárosodás is megtalálható az okok között ([Forray 2018](#)).

Szirtesi Zoltán könyvében (1998) megállapította, hogy „a magyarországi cigányok átlagosan kb. 10–15 évvel kevesebb ideig élnek, mint az országos átlag”. A magas halálozási arány miatt a **hazai cigányság korösszetétele jóval fiatalabb**, mint a teljes társadalomé: a 65 évesnél idősebbek aránya a cigányság körében 3, a nem roma populáció esetében kb. 20 százalék ([Ádány-Sándor 2019](#)).

A romák között a **leggyakoribb halálokok** a szív- és érrendszeri, illetve a májbetegségek; de a nőknél az agyérbetegségek, a férfiaknál a légcső, a hörgők és a tüdő rosszindulatú daganata miatti halálozás is jelentős ([Solymosy 2007](#)).

A 2009-es **Európai Lakossági Egészségfelmérés** adatai szerint „Magyarországon a 19 éves kor feletti roma népesség 66,3 százaléka szenved valamilyen betegségben, 16,1 százaléka egynél több betegségben, illetve 23 százaléka egyszerre 3 vagy több betegségben”. A leggyakrabban előforduló 20 belgyógyászati betegségcsoport (pl. daganatos betegségek) nagy részében betegségarányuk kétszerese a teljes népességnek ([MNTFS II.](#)).

A vakság/csökkentlátás illetve a vérszegénység tizenötször gyakoribb a romák között, és bár a TBC, a tüdőcsőhurut, illetve a gümőkór előfordulása a nem roma lakosság esetében nagyon ritka (0,3%), a cigányság körében 3,8% ([Babusik 2004](#)). A pszichés eredetű betegségek is gyakoriak: a magyarországi romák 75 százalékát érinti a depressziós tünetegyüttes valamelyik fokozata ([Solymosy 2007](#)).

Az **egészséget befolyásoló rizikófaktorokat** tekintve mindenhol magasabb érték jellemzi a cigányságot, mint a többségi társadalmat. Az életstílus és az egészségi állapot összefüggéseit vizsgáló kutatások szerint az egészséget károsító szokások (pl. táplálkozás, dohányzás, alkohol) nagymértékben hozzájárulnak a betegségek kialakulásához. Ezek a szokások a ro-

mák, valamint az alacsonyan iskolázott társadalmi rétegek körében a leggyakoribbak. A „Roma felnőtt népesség egészségállapota” című jelentés (EÜM 2001) szerint a kedvezőtlen halálozási adatokért a (pl. szegénységből adódó) táplálkozási problémák, a nagymértékű dohányzás és alkoholfogyasztás, valamint a prevenció hiánya a felelős ([Forray 2018](#)).

A romák **táplálkozása** „*fehérjeszegény, de állatieredetű zsírokban gazdag, a telítetlen zsírok aránya alacsony, ami mellé magas szénhidrát és hozzáadottcukor-fogyasztás társul*” ([medicalonline.hu, 2019. február 13.](#)). Ennek hatására körükben jelentősen nőtt az elhízás mértéke a 30 év alatti roma nőknél hétszer, a roma férfiak között ötször több az elhízott, ami tovább súlyosbítja a cigányság meglévő betegségek kockázatát. Emellett jelentős mértékű az alultápláltság, és a romák körében fokozott a hajlam a diabéteszre is ([magyarnemzet.hu, 2019. március 18.](#)).

Amíg az ezredforduló környékén a roma lakosság 77,4 százaléka **dohányzott** (vö: összlakosság 31,4%) ([MNTFS II.](#) 2009), addig a 2016-os mikrocenzusból számított adatok a romák körében 62 százalékos napi dohányzást mutatnak ([MNTFS 2030](#)). Nőtt ugyanakkor az **alkoholfogyasztók** aránya, amely tendencia azóta sem fordult meg ([magyarnemzet.hu, 2019. március 18.](#)).

Az **egészségügyi ellátórendszert** tekintve a roma populáció esetében a gyógyító orvosi beavatkozások többsége az alapellátásban történik. Az ellátással többségük elégedett, de állapotuk javulásához nem biztos, hogy elegendő orvosi segítséget kapnak ([Solymosy 2007](#)). Ennek egyik oka a házi orvosi rendszerben mutatkozó orvoshiány: 2004-ben a roma népesség 18,6 százaléka élt olyan településen, ahol nem volt helyben házi orvos ([Babusik 2004](#)).

A romák körében a szakrendelésekre történő utalások száma nagyon alacsony, csakúgy, mint a kórházba kerülési arány, a kórházi tartózkodások viszont hosszúak. A romák szűrőprogramokon való részvétele ritka: 2013-ban pl. a kardiológiai szűrővizsgálatra a roma férfiak 25 százaléka jutott el (a nem roma férfiak 39 százaléka) a roma nők 29 százaléka (a nem roma nők 40 százaléka) ([Balogh et.al. 2013](#)).

Az Eduinvest 2009-es adatai szerint a romák 64,2 százaléka ritkán vagy soha nem fordul házi orvoshoz, járóbeteg szakrendelést 63 százalékuk ritkán vagy soha, fekvőbeteg-ellátást 39 százalékuk soha nem vesz igénybe ([Forray 2018](#)). A roma populáció **gyógyszerekhez való hozzáférése** korlátozott, a romacsaládok felének anyagi megterhelést jelent a gyógyszervásárlás, de a gyógyszertárak elérhetősége sem problémamentes ([Babusik 2004](#)). Egy 2013-as felmérés szerint a roma férfiak 46, a roma nők 49 százaléka nem jut hozzá az alapvető gyógyszerekhez (vö. nem roma férfiak 22%, a nem roma nők 23%) ([Balogh et al. 2013](#)).

A romák körében igen gyakori az egészségügyi ellátásokhoz való egyenlő hozzáférés sérülése ([Kurt Lewin Alapítvány 2009](#)), aminek egyik korlátja az **etnikai alapú diszkrimináció**: a házi orvosoknál a romák 44, a szakellátásban 25 százaléka tapasztalt cigányellenességet ([Babusik 2004](#)). Az EU Alapjogi Ügynökségének (European Union Agency for Fundamental Rights /FRA) jelentése ([2022](#)) szerint az egészségügyi szolgáltatásokhoz való

hozzáférés során diszkriminációt tapasztaló romák aránya 2016 és 2021 között nőtt: az EU-ban 8-ról 14 százalékra, Magyarországon 4-ről 10 százalékra.

A betegellátás során a romákkal szembeni **előítéletesség leggyakoribb megnyilvánulásai** a várakoztatás és a megváltozott hangnem. Gyakori az ún. "cigánykórtermek" alkalmazása is, amit a roma betegek diszkriminációként élnek meg, ugyanakkor az egészségügyi dolgozók szerint ez a roma és a nem roma páciensek érdekeit is szolgálja ([Marek et al. 2020](#)). Neményi Mária ([1998](#)) a roma származású anyák helyzetét vizsgálva arra a következtetésre jutott, hogy nemcsak az egészségügyben dolgozók, hanem a roma nők részéről is olyan sztereotípiák és előítéletek rögzültek, amelyek gátolják a kommunikációt. Megoldás lehet, ha az egészségügy dolgozók megtanulnának **kommunikálni a cigány betegekkel** (lásd [Egészséges Magyarország 2014-2020 Egészségügyi Ágazati Stratégia](#) célok). Ebből van jelen 2013 óta a pécsi orvostudományi egyetem „Roma közösségek egészsége és egészségügyi ellátásuk kérdései” című kurzus.

Források:

- Ádány Róza – Sándor János: [Az északkelet-magyarországi települések körülményei között élő cigány lakosság egészség-magatartása és egészségi állapota](#) – *Magyar tudomány* 2019/11. szám
- [Egyenlőség, egészség és a roma/cigány közösség](#) – Madrid, Fundación Secretariado Gitano 2007.
- Forray R. Katalin: [Cigány egészség, cigány betegség – Mitől betegebbek?](#) – *Romológia*, 2018/16-17. szám
- Hajioff, S.–McKee, M.: The Health of the Roma People: A Review of the Published Literature – *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000. No. 11
- Lampek Kinga – Töröcsik Mária: A felnőtt roma népesség egészségügyi fogyasztásának néhány területe – *Egészségügyi gazdasági szemle* 2003. évi 4. sz.
- Marek E. et al: [Előítéletek és hatásaik az egészségügyi ellátásban](#) – *Orvosi hetilap*, 2020/19. szám
- Prónay Csaba: [A magyarországi cigányok egészségi állapota a XX. század utolsó évtizedében](#) – Az Akadémiai Kisebbségkutató Műhely tanulmányai 2000/4. szám
- [A romapolitikák értékelési módszerei és a magyar kormányzatok romapolitikái](#) Tanulmánykötet – NKE, 2014
- Sándor János at al.: [Szegregátumokban élők egészségügyi ellátása](#) – Társadalmi Riport 2020
- Varga-Hatos Katalin – Karner Cecília: [A lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezők](#) – *Egészségügyi gazdasági szemle* 2008/2. szám