

Mitmekordne diskrimineerimine tervishoiuvaldkonnas

1. Mis on mitmekordne diskrimineerimine?

Mitmekordne diskrimineerimine tähendab olukorda, kus kedagi diskrimineeritakse mitmel alusel, näiteks korraga tema soo ja usutunnistuse pärast või vanuse ja etnilise päritolu pärast. Mitmekordne diskrimineerimine võib olla:

- summaarne, kui eri põhjuste mõju on eristatav – näiteks kui eakat naisterahvast diskrimineeritakse töökohal tema soo pärast, kuid tervishoiuvaldkonnas tema vanuse pärast; või
- interseksionaalne, kui vähemalt kaks põhjust kombineeruvad – näiteks võib roma naine kogeda diskrimineerimist sünnitusmajas mitte üksnes põhjusel, et ta on naine (sest kõik naised ei koge sellist diskrimineerimist), ja ka mitte üksnes põhjusel, et ta on roma (sest kõik romad selle probleemiga kokku ei puutu). **Käesoleva FRA aruande põhiteema on interseksionaalne mitmekordne diskrimineerimine.**

2. Milline õiguskaitsse on olemas mitmekordse diskrimineerimise vastu?

Euroopa Liidu õigusaktid keelavad diskrimineerimise kuuel alusel, nimelt diskrimineerimise soo, vanuse, puude, usutunnistuse või veendumuste, rassi või etnilise päritolu ning seksuaalse sättumuse alusel. Kuid Euroopa Liidu õigusaktid kaitsevad rassilise, etnilise ja soolise diskrimineerimise eest tõhusamalt kui muudel alustel põhineva diskrimineerimise eest – näiteks tervishoiule juurdepääsul kaitsevad need selge sõnaga ainult sool, rassil või etniliselt päritolul põhineva diskrimineerimise eest. See tekitab kunstliku „aluste hierarhia”, sest Euroopa Liidu õigus kaitseb ühe aluse korral diskrimineerimise eest paremini kui mõne teise aluse korral. Euroopa Komisjon tegi 2008. aastal ettepaneku rakendada nn horisontaalset direktiivi, mis peaks pakkuma võrdset kaitset kõigi diskrimineerimisaluste korral, ent see on ikka veel läbirääkimiste faasis.

Ei Euroopa Liidu õigusaktid ega ka enamiku liikmesriikide õigusaktid tunnista otsesõnu mitmekordset diskrimineerimist ega sätesta ka kaitset selle vastu. Seda teemat on oma õigusaktides käsitlenud 27 liikmesriigist üksnes kuus. Samuti ei teadvusta ei kannatanud, juristid ega kohtunikud sageli mitmekordset diskrimineerimist ega tea, mida see tähendab.

3. Kui ulatuslik on mitmekordne diskrimineerimine tervishoiuvaldkonnas?

Mitmekordse ebavõrdsuse kohta tervishoiuvaldkonnas puuduvad kogu Euroopa Liitu hõlmavad andmed ja seepärast on keeruline hinnata probleemi ulatust. Näiteks kogutakse pidevalt andmeid

inimeste soo ja vanuse kohta, kuid andmeid etnilise päritolu või puuete kohta küsitakse väga harva. Sellest tuleneb usaldusväärse tervishoiustatistika puudumine, mis ei võimalda saada mitmekordsest ebavõrdsusest terviklikku pilti. Samas näitab FRA korraldatav kõiki sektoreid hõlmav Euroopa Liidu vähemuste ja diskrimineerimise uuring EU-MIDIS, et migrantid ja etnilistesse vähemustesse kuulujad on mitmekordse diskrimineerimise ees eriti kaitsetud. Uuringus osalenuist ligikaudu 14% väitsid, et on viimase 12 kuu jooksul end tundnud diskrimineerituna mitmel alusel; põhirahvuse esindajaist andsid sama vastuse ainult 3% vastanuist (vt [FRA, EU-MIDIS Data in Focus Report 5: Multiple discrimination](#)).

Peale selle võib tegeliku diskrimineerimise – sealhulgas mitmekordse diskrimineerimise – tase tervishoius jääda varjatuks, sest paljud kannatanud eelistavad kohtuasju algatada muul alusel kui diskrimineerimine, näiteks ravikvaliteedi või arstide hooletuse põhjal, sest neid on lihtsam tõestada ja ka hüvitised on nendel juhtudel suuremad kui diskrimineerimisjuhtude eest.

4. Milliseid tõkkeid kogevad tervishoiuteenuste juurdepääsul mitmekordse diskrimineerimise ohvrid?

Suhtlemis- ja keelebarjäärid. Sageli takistab tervishoiuteenuste osutamist ebapiisav või puuduv tõlge. Migrantidest naistel, kes sageli järgnevad oma partnerile pereliikmena, võib olla raskusi keelte omandamisel, eriti kui nad on koduperenaised. Eakad migrantid, kes on sihtriigi keelt küll aastaid rääkinud, võivad keeleoskuse minetada tervislikel põhjustel, näiteks dementsuse tõttu. Eriti raske on keelebarjääride mõju psühhosotsiaalsete probleemidega või intellektipuudega inimeste korral. See on probleem ka migrantitaustaga inimeste korral, sest psühhoteraapiat ja kognitiivseid teste saab edukalt teostada ainult patsiendi emakeeles.

Teabe puudumine tervishoiudu puudutavate õiguste ja tervishoiuteenuste kohta. See probleem võib olla seotud keelega (sh viipekeele ja punkt kirjaga), kuid ebapiisav teave puudutab ka protseduurideks teadliku nõusoleku andmist. Roma ja moslemi naised on kurtnud, et neile kiputakse piisavaid selgitusi mitte andma, sest tervishoiutöötajate arvates ei ole nad piisavalt haritud, et selgitustest aru saada ja oma kaebusi väljendada.

Administratiivset laadi tõkked ja juurdepääs tervishoiuteenustele. Need võivad ebaproportsionaalselt mõjutada teatud gruppi kuuluvaid tervishoiuteenustekasutajaid. Näide: paindlikkuse puudumine – näiteks moslemi naistele visiidiagade määramine reedeks või tahtmatus arvestada selliste migrantidest naiste vajadustega, kellel ei ole võimalik arsti vastuvõtule tulles jätta lapsi pereliikme hoole alla. Probleem on ka puudega inimeste halb juurdepääs tervishoiule ja viisakate eluruumide puudumine.

Töö- ja elutingimused. Hirmust ametivõimudele väljaandmise, riigist välja saatmise ja töölt puudumise tõttu töökoha kaotuse ees ei pöördu riigis viibivad migrantid arsti poole. Lisaks sellele ei pruugi alalise elamisloata eakad või puudega migrantid olla töövõimelised ja/või ei ole nad kaasatud sotsiaalkaitse süsteemidesse.

Kultuurilised ja psühholoogilised tõkked. Takistuseks võib olla ka see, et teistesse kultuuridesse ei suhtuta piisava väärikuse ja austusega. Migrantidest naised, eriti moslemi naised, võivad tunda end ebamugavalt meessoost arstide ja hooldajatega suheldes. See fakt võib neid takistada arsti poole pöördumast. Etnilisse vähemusse kuuluvaid intellektipuudega lapsi võidakse sageli hoida hoopis kodus, kuna nendes kogukondades peetakse puuet häbiväärseks; sotsiaalteenuste osutajad võivad aga alusetult oletada, et sellised lapsed saavad kodus vajalikku tuge.

5. Millised on uuringu tulemused?

Aruanne näitab, kuidas kultuuril, sool, vanusel, rahvusel, migrandipäritolul, religioonil või nende kombinatsioonil põhinevad stereotüübid võivad viia tervishoiuteenuste tarbijate ebavõrdse kohtlemiseni. Uuringusse kaasatud liikmesriikides tuvastati teatud korduvaid stereotüüpe, mida kutsusid esile välimus (näiteks peaarätti kandvate moslemi naiste suhtes) ning puue või vanus (eriti migrandistaatusega või rahvusvähemusse kuuluvate inimeste korral eeldati haiguse teesklemist)), kultuurilised stereotüübid ja etniliste vähemuste seostamine HIVi/AIDSiga.

Küsitletud patsiendid ja tervishoiutöötajad nimetasid tervishoiuvaldkonnas kuut võimalikku diskrimineerimisviisi, sealhulgas teenuse osutamisega viivitamine, ravi andmisest keeldumine, austuse puudumine ja stereotüpiseerimine, halb ravikvaliteet, teadliku nõusoleku andmise võimaluse puudumine ning ahistamine.

6. Kelle poole saavad kannatanud pöörduda?

Põhimõtteliselt saavad kannatanud pöörduda kaebusi menetlevate riiklike asutuste poole, nagu ombudsmanid, võrdõiguslikkuse asutused jt. Praktikas võib see osutada aga keerukaks, sest mõni neist asutustest tegeleb tervishoiuteenuseid käsitlevate kaebustega, teised aga vaid diskrimineerimisjuhtumitega. Sageli kehtib süsteem, kus eri alustel diskrimineerimisega seotud küsimuste eest vastutavad erinevad asutused. Selline keerukus tekitab segadust ja kannatanud ei tea, kust tegelikult abi saab.

7. Mida saab teha?

FRA pakub välja mitmeid viisemitmekordse diskrimineerimise probleemi tõhusamaks lahendamiseks.

Euroopa Liidu õigus. Nn horisontaalse direktiivi vastuvõtmine kõrvaldaks praeguse „aluste hierarhia“ ja võimaldaks liikmesriikidel lahendada mitmekordse diskrimineerimise juhtumeid tõhusamalt siseriikliku õiguse alusel.

Võrdõiguslikkusega tegelevad asutused ja kohtud. Mitmekordse diskrimineerimise juhtumite korral välja makstavad hüvitised peaksid olema suuremad kui ühel alusel diskrimineerimise juhtumite korral, et motiveerida kannatanuid ja nende juriste selliseid nõudeid esitadama.

Võrdõiguslikkuse edendamine tervishoiuvaldkonnas. Liikmesriigid peaksid leidma tõhusamaid viise, kuidas tagada kõigi tervishoiuteenuse kasutajate võrdne, väärikas ja austav kohtlemine. See võib hõlmata diskrimineerimisvastast koolitust tervishoiutöötajatele, tasuta keele- ja vahendusteenuseid ning etnilistele vähemustele ja puudega inimestele suunatud teavitusprogramme.

Juurdepäas õigusabile. Liikmesriikidel tuleks tervishoiuteenuste kasutajaid informeerida sellest, kuidas kaebusi esitada. Kaebusi lahendavad asutused peaksid omakorda hõlbustama juurdepääsu õigusemõistmisele, andes paremini teavet eri keeltes ja vormis. Samuti tuleks tugevdada edasisuunamismehhanisme tervishoiu- ja diskrimineerimisküsimusi lahendavate asutuste vahel.

Andmete parem kogumine. Etnilise päritolu ja puute kohta tuleks andmeid koguda üleriigilistes uuringutes, et aidata avalikustada mitmekordse diskrimineerimise juhtumeid.

FRA aruanne „Juurdepääs tervishoiule ja teenuste kvaliteet: ebavõrdsus ja mitmekordne diskrimineerimine” (orig. *Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare*) on avaldatud veebilehel: <http://fra.europa.eu/>.
Ülevaade FRA tegevusest mitmekordse diskrimineerimise valdkonnas, sh projekti infoleht, on avaldatud veebilehel: <http://fra.europa.eu/en/project/2011/multiple-discrimination-healthcare>.

Lisateave: FRA meediaüksus

E-post: media@fra.europa.eu / Tel: +43 1 58030-642