

Večplastna diskriminacija na področju zdravstvenega varstva

1. Kaj je večplastna diskriminacija?

Do večplastne diskriminacije pride, ko je kdo žrtev diskriminacije zaradi več kot enega razloga, na primer zaradi spola in vere, starosti in narodnosti itd. Lahko je:

- seštevna: ko je mogoče razlikovati različne učinke. Starejša ženska je na primer lahko na delovnem mestu žrtev diskriminacije zaradi spola, pri dostopu do zdravstvenega varstva pa zaradi starosti; ali
- presečna: ko diskriminacija temelji na kombinaciji dveh ali več značilnosti. Ko Rominja npr. rodi v porodnišnici, je lahko žrtev diskriminacije ne samo zato, ker je ženska (vse ženske niso žrtev take diskriminacije), in ne samo zato, ker je Rominja (vsi Romi se ne znajdejo v takem položaju), ampak zaradi kombinacije obeh značilnosti. **Presečna večplastna diskriminacija je glavna tema tega poročila agencije FRA.**

2. Kakšna je pravna zaščita pred večplastno diskriminacijo?

Zakonodaja EU prepoveduje diskriminacijo na podlagi šestih razlogov, in sicer spola, starosti, invalidnosti, vere ali prepričanja, rase ali narodnosti in spolne usmerjenosti. Vendar ta zakonodaja zagotavlja boljšo zaščito pred diskriminacijo na podlagi rase ali narodnosti in pred diskriminacijo na podlagi spola kot pred diskriminacijo zaradi drugih razlogov. Na primer, na področju dostopa do zdravstvenega varstva izrecno varuje samo pred diskriminacijo na podlagi spola in rase ali narodnosti. To ustvarja umetno „hierarhijo razlogov“, ko zakonodaja EU pred diskriminacijo na podlagi nekaterih razlogov ščiti bolj celostno kot pred diskriminacijo na podlagi drugih. O tako imenovani „horizontalni direktivi“, ki jo je Evropska komisija predlagala leta 2008 in ki bi zagotovila enako zaščito pred vsemi razlogi, pogajanja še vedno niso končana.

Niti zakonodaja EU niti večina nacionalne zakonodaje ne priznava posebej večplastne diskriminacije in je ne obravnava. Samo šest od 27 držav članic obravnava večplastno diskriminacijo v svoji zakonodaji. Pritožniki, odvetniki in sodniki se pogosto niti ne zavedajo večplastne diskriminacije in njenega pomena.

3. Kako razširjena je večplastna diskriminacija na področju zdravstvenega varstva?

Podatki o večplastni neenakosti na področju zdravstvenega varstva za celotno EU ne obstajajo, zato je težko popolnoma oceniti razširjenost te težave. Medtem ko se spol in starost sistematično zabeležita, se za narodnost in invalidnost to zgodi redko. Posledično pomanjkanje zanesljivih zdravstvenih statističnih podatkov otežuje pridobitev resnične slike o večplastni diskriminaciji. Vendar pa podatki iz vseh sektorjev v raziskavi EU-MIDIS agencije FRA kažejo, da so priseljenci in pripadniki narodnostnih manjšin izrazito ranljivi za večplastno diskriminacijo. Približno 14 % anketirancev v raziskavi EU-MIDIS je povedalo, da so se v zadnjih 12 mesecih čutili žrtev diskriminacije zaradi več razlogov, medtem ko je bil delež takšnih oseb med večinskimi prebivalstvom samo 3 % ([Agencija Evropske unije za temeljne pravice \(FRA\), EU-MIDIS Anketa Evropske unije o manjšinah in diskriminaciji, Peto poročilo „Podatki v središču“: Večplastna diskriminacija](#)).

Poleg tega je dejanska raven diskriminacije na področju zdravstvenega varstva, kar vključuje večplastno diskriminacijo, lahko tudi skrita, ker številni raje vložijo tožbo zaradi drugih razlogov, na primer zaradi malomarnosti ali zdravniške napake, ker jih je preprosteje dokazati in ker lahko privedejo do višjih odškodnin kot tožbe zaradi diskriminacije.

4. S katerimi ovirami za dostop do zdravstvenega varstva se srečujejo žrtve večplastne diskriminacije?

Komunikacija in jezikovne ovire: neustrezne ali neobstoječe storitve tolmačenja pogosto otežujejo zagotavljanje zdravstvenega varstva. Priseljence, ki pogosto sledijo svojim partnerjem kot družinski člani, imajo lahko težave pri učenju jezikov, še posebno če so zadolžene samo za gospodinjstva dela. Starejši priseljenci, ki so jezik ciljne države govorili že zelo dolgo, ga lahko pozabijo iz zdravstvenih razlogov, kot je demenca. Še posebno veliko zaskrbljenost povzroča vpliv jezikovnih ovir na ljudi s psihosocialnimi težavami ali zmanjšanimi intelektualnimi sposobnostmi. To predstavlja težavo tudi za ljudi s priseljenjskimi koreninami, saj je psihoterapevtske in kognitivne preskuse mogoče uspešno izvajati samo v bolnikovem maternem jeziku.

Pomanjkanje informacij o upravičenosti do zdravstvenega varstva in storitev: čeprav je to lahko povezano z jezikom (znakovnim jezikom in brajlico), je pomanjkanje informacij povezano tudi z ozaveščenostjo privolitivno v zdravljenje. Romski uporabniki zdravstvenih storitev in muslimanke so navajali, da niso vedno dobili dovolj natančne razlage, ker so zdravstveni delavci menili, da niso dovolj izobraženi, da bi razumeli svoje zdravstvene težave in jih predstavili.

Organizacijske ovire in dostopnost: te lahko nesorazmerno vplivajo na nekatere vrste uporabnikov zdravstvenega varstva. Nekaj primerov: organizacijska neprilagodljivost – na primer naročanje muslimank ob petkih ali neupoštevanje potreb mater priseljenk, ki nimajo družine, da bi pazila njihove otroke, medtem ko same potrebujejo zdravstveno varstvo. Težavi sta tudi slaba dostopnost in pomanjkanje sprejemljive nastanitve za invalidne osebe.

Delovne in življenjske razmere: tisti, ki delajo priložnostno, nimajo socialne zaščite niti pravnih sredstev. To jih skupaj s strahom pred prijavo organom in izgonom iz države pogosto odvrača od iskanja zdravstvenega varstva. Poleg tega starejši priseljenci ali invalidi morda ne morejo delati in/ali so izključeni iz sistema socialne zaščite, če nimajo dovoljenja za stalno prebivanje.

Kulturne in psihološke ovire: ovira je lahko tudi pomanjkanje dostojanstva in spoštovanja do drugih kultur. Priseljenkam in še zlasti muslimankam je lahko neprijetno pred zdravniki in zdravstvenimi delavci moškega spola. To jih lahko odvrne od iskanja zdravstvenega varstva. Otroci z motnjami v duševnem razvoju v manjšinskih etničnih skupnostih lahko tudi ostajajo doma zaradi stigmatizacije,

ki je povezana s tem v njihovi skupnosti, vendar zaradi tega socialne službe zmotno mislijo, da takšni otroci dobijo podporo doma.

5. Kakšne so ugotovitve poročila?

Poročilo kaže, kako lahko stereotipi na podlagi kulture, spola, starosti, narodnosti, priseljskega rodu, vere ali katere koli druge značilnosti privedejo do neenake obravnave različnih skupin uporabnikov zdravstvenih storitev. V raziskavi so bili ugotovljeni nekateri stereotipi, ki se v preučevanih državah članicah ponavljajo. Med njimi so stereotipi, ki so povezani z: videzom, zlasti videzom muslimank, ki nosijo naglavne rute; invalidnostjo, hlinjenjem bolezni, zlasti med starejšimi in invalidi; kulturni stereotipi in morebitno povezovanje etničnih manjšin z okužbo z virusom HIV/aidsom.

Anketirani bolniki in zdravstveni delavci so navedli predvsem šest načinov, kako so lahko ljudje žrtve diskriminacije v zdravstvenem varstvu: pozno zdravljenje, zavrnitev zdravljenja, pomanjkanje dostojanstva in stereotipiziranje; slaba kakovost zdravljenja; pomanjkanje ozaveščene privolitve v zdravljenje in nadlegovanje.

6. Kje lahko žrtve poiščejo pomoč?

Žrtve se lahko načeloma obrnejo na nacionalne pritožbene organe, kot so varuhi človekovih pravic, organi za enakost in podobno. Vendar pa je to v praksi lahko zapleteno, ker nekateri od teh organov obravnavajo pritožbe v zvezi z zdravljenjem, drugi pa diskriminacijo. Poleg tega pogosto obstaja sistem različnih organov za enakost, ki so pristojni za različne razloge za diskriminacijo. Zaradi takšne kompleksnosti se lahko zgodi, da žrtve niso prepričane, kam se obrniti po pravno varstvo.

7. Kaj je mogoče narediti?

Agencija FRA je opredelila več načinov, ki bi lahko pomagali pri učinkovitejšem reševanju vprašanja večplastne diskriminacije.

Zakonodaja EU: sprejetje „horizontalne direktive“ bi odpravilo „hierarhijo razlogov“, kar bi državam članicam omogočalo boljše spopadanje s težavami zaradi večplastne diskriminacije v nacionalni zakonodaji.

Organi za enakost in sodišča: odškodnina, ki se prisodi v zadevah zaradi večplastne diskriminacije, bi morala biti višja kot v zadevah zaradi diskriminacije na podlagi enega razloga, da bi žrtve in njihove odvetnike tako spodbudili k vložitvi takšnih tožb.

Spodbujanje enakosti na področju zdravstvenega varstva: države članice bi lahko preučile učinkovitejše načine za enako – dostojanstveno in spoštljivo – obravnavo vseh uporabnikov zdravstvenega varstva. To bi lahko vključevalo protidiskriminacijsko usposabljanje zdravstvenih delavcev, brezplačne jezikovne storitve in storitve posredovanja ter programe za pristop do manjšinskih etničnih skupin in invalidov.

Dostop do pravnega varstva: države članice bi morale povečati ozaveščenost uporabnikov zdravstvenega varstva o pritožbenih mehanizmih. Pritožbeni organi pa bi morali olajšati dostop do pravnega varstva z boljšim zagotavljanjem informacij v različnih jezikih in oblikah. Okrepiti bi bilo treba tudi mehanizme posredovanja med zdravstvenimi organi in organi za boj proti diskriminaciji.

Izboljšanje zbiranja podatkov: podatke o narodnosti in invalidnosti bi bilo treba zbirati v nacionalnih raziskavah, da bi pomagali pri odkrivanju primerov večplastne diskriminacije.

Celotno poročilo z naslovom „Access to and quality of healthcare: inequalities and multiple discrimination“ („Dostop do kakovostnega zdravstvenega varstva: neenakost in večplastna diskriminacija“) je na voljo na naslovu: <http://fra.europa.eu/>.

Več o dejavnostih agencije FRA na področju večplastne diskriminacije, vključno s projektnim informativnim biltenom, je na voljo na naslovu: <http://fra.europa.eu/en/project/2011/multiple-discrimination-healthcare>.

Za več informacij se obrnite na službo za odnose z javnostmi pri agenciji FRA:

E-naslov: media@fra.europa.eu / Tel.: +43 158030-642