

BÌNH LUẬN CHUNG SỐ 14

QUYỀN ĐẠT ĐƯỢC MỨC ĐỘ SỨC KHOẺ CAO NHẤT CÓ THỂ (ĐIỀU 12)*

1. Sức khoẻ là một quyền con người cơ bản, không thể thiếu để thực hiện các quyền con người khác. Tất cả mọi người có quyền được hưởng mức độ sức khoẻ cao nhất có thể đạt được để sống một cuộc sống có nhân phẩm. Có thể hiện thực hoá quyền về sức khoẻ (*the right to health*) thông qua nhiều cách tiếp cận bổ trợ nhau, chẳng hạn như xây dựng các chính sách y tế, hoặc thực hiện các chương trình y tế theo mô hình của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), hoặc ban hành những văn bản pháp luật cụ thể về vấn đề này. Hơn nữa, quyền về sức khoẻ bao gồm một vài cấu phần có thể được thực hiện về mặt pháp lý¹.

2. Quyền con người về sức khoẻ được ghi nhận trong nhiều văn kiện quốc tế. Điều 25(1) Tuyên ngôn toàn thế giới về quyền con người khẳng định: “Mọi người có quyền có mức sống thích đáng cho sức khoẻ của bản thân và gia đình mình, bao gồm có lương thực, quần áo, nhà ở, được chăm sóc y tế và được hưởng các dịch vụ xã hội cần thiết”. Công ước quốc tế về các quyền kinh tế, xã hội và văn hóa có một quy định toàn diện nhất về quyền về sức khoẻ trong luật quốc tế về quyền con người. Theo Điều 12(1) của Công ước, các Quốc gia thành viên ghi nhận “quyền của mọi người được hưởng mức độ sức khoẻ về thể chất và tinh thần cao nhất có thể đạt được”, còn theo Điều 12(2), các Quốc gia thành viên cần thực hiện các biện pháp “...để hiện thực hoá đầy đủ quyền này”. Ngoài ra, quyền về sức khoẻ còn được ghi nhận trong Điều 5(e)(iv) Công ước quốc tế về xoá bỏ mọi hình thức phân biệt đối xử về chủng tộc năm 1965, trong Điều 11(1,f) và Điều 12 Công ước về xoá bỏ tất cả các hình thức phân biệt đối xử chống lại phụ nữ năm 1979, và trong Điều 24 Công ước về quyền trẻ em năm 1989. Một vài văn kiện khu vực về quyền con người cũng ghi nhận quyền về sức khoẻ, chẳng hạn như Hiến chương Xã hội châu Âu năm 1961 (sửa đổi) (Điều 11), Hiến chương châu Phi về quyền con người và quyền của các dân tộc năm 1981 (Điều 16) và Nghị định thư bổ sung Công ước châu Mỹ về quyền con người trong lĩnh vực các quyền kinh tế, xã hội và văn hoá năm 1988 (Điều 10). Quyền về sức khoẻ cũng đã được Uỷ ban Quyền con người ghi nhận, cũng như được nêu trong Tuyên bố và Chương trình Hành động Viên năm 1993 và nhiều văn kiện quốc tế khác³.

3. Quyền về sức khoẻ liên quan mật thiết với và phụ thuộc vào việc hiện thực hoá các quyền con người khác mà đã được nêu trong Bộ luật quốc tế về nhân quyền, bao gồm quyền có lương thực, nhà ở, việc làm, giáo dục, nhân phẩm, quyền sống, không phân biệt đối xử, bình đẳng, cấm tra tấn, bảo vệ đời tư, tiếp cận thông tin, và các quyền tự do lập hội, hội họp và đi

* Phiên họp thứ 22 (năm 2000)

lại. Những quyền này và những quyền, tự do khác giải quyết những hợp phần cấu thành của quyền về sức khoẻ.

4. Khi soạn thảo Điều 12 của Công ước, Ủy ban thứ ba của Đại hội đồng Liên hợp quốc đã không xác định định nghĩa về sức khoẻ, tuy nhiên, định nghĩa này được nêu trong Lời nói đầu của Điều lệ của WHO, trong đó xác định sức khoẻ là “trạng thái khỏe mạnh về thể chất, tinh thần và xã hội, không chỉ đơn thuần là tình trạng không có bệnh tật hay yếu ớt”. Tuy nhiên, quy định trong Điều 12(1) của Công ước về “mức độ sức khoẻ thể chất và tinh thần cao nhất có thể đạt được” không giới hạn ở quyền được chăm sóc sức khoẻ. Ngược lại, lịch sử quá trình soạn thảo và nội dung diễn đạt trong Điều 12(2) cho thấy quyền về sức khoẻ bao quát một phạm vi rộng những yếu tố kinh tế - xã hội mà thúc đẩy những điều kiện mà giúp mọi người có thể có một cuộc sống khỏe mạnh, và mở rộng đến những nhân tố nền tảng quyết định đến sức khoẻ, chẳng hạn như lương thực và dinh dưỡng, nhà ở, tiếp cận với nước sạch, điều kiện vệ sinh thích hợp, điều kiện làm việc an toàn và vệ sinh, và một môi trường có lợi cho sức khoẻ.

5. Ủy ban nhận thức rằng, đối với hàng triệu người trên khắp thế giới, thụ hưởng đầy đủ quyền về sức khoẻ vẫn là một mục tiêu khó khăn. Hơn nữa, trong nhiều trường hợp, đặc biệt là với những người đang sống trong cảnh đói nghèo, mục tiêu này ngày càng xa xôi. Ủy ban nhận thấy những trở ngại lớn về cơ cấu và những trở ngại khác bắt nguồn từ những yếu tố quốc tế và yếu tố khác nằm ngoài khả năng giải quyết của các Quốc gia mà đang ngăn cản việc hiện thực hoá đầy đủ Điều 12 ở nhiều Quốc gia thành viên.

6. Để hỗ trợ các Quốc gia thành viên thực hiện Công ước và hoàn thành các nghĩa vụ báo cáo khác của họ, Bõnh luận chung này tập trung vào nội dung quy phạm của Điều 12 (Phần I), những nghĩa vụ của các Quốc gia thành viên (Phần II), các vi phạm (Phần III) và việc thực hiện Điều 12 ở cấp độ quốc gia (Phần IV). Đồng thời, Bõnh luận chung cũng đề cập đến những nghĩa vụ của các chủ thể khác ngoài các Quốc gia thành viên trong Phần V của tài liệu. Bõnh luận chung này được biên soạn dựa trên kinh nghiệm của Ủy ban trong quá trình xem xét báo cáo của các Quốc gia thành viên trong nhiều năm qua.

1. Nội dung quy phạm của Điều 12

7. Điều 12(1) đưa ra định nghĩa về quyền về sức khoẻ, trong khi Điều 12(2) nêu ra một số ví dụ minh hoạ về các nghĩa vụ của các Quốc gia thành viên.

8. Quyền về sức khoẻ không chỉ được hiểu như là quyền được *khỏe mạnh* (*a right to be healthy*). Quyền về sức khoẻ bao gồm cả những tự do (*freedoms*) và quyền (hay sự được phép làm - *entitlements*). Những tự do bao gồm quyền tự chủ về sức khoẻ và thân thể, kể cả tự do về tình dục và sinh sản, và quyền được tự do không bị can thiệp, chẳng hạn như quyền không bị tra tấn, bị sử dụng trong nghiên cứu và thí nghiệm y tế mà không được sự đồng ý. Ngược lại, các quyền bao gồm quyền bình đẳng về cơ hội tiếp cận với hệ thống bảo vệ sức khoẻ để có thể đạt được cấp độ sức khoẻ cao nhất có thể.

9. Khái niệm “mức độ sức khoẻ cao nhất có thể đạt được” nêu ở Điều 12(1) đề cập đến cả những tiền đề sinh học và kinh tế-xã hội của mỗi cá nhân và những nguồn lực sẵn có của các Quốc gia thành viên. Có một số khía cạnh không thể được giải quyết chỉ trong phạm vi mỗi

quan hệ giữa nhà nước với các cá nhân. Cụ thể, chỉ riêng các nhà nước thì không thể bảo đảm sức khoẻ tốt cho mọi công dân, cũng như không thể bảo vệ mọi công dân khỏi tất cả những nguy cơ có thể làm tổn hại đến sức khoẻ. Ở đây, những yếu tố về gen, tiền sử về sức khoẻ xấu, lối sống không lành mạnh hay nhiều rủi ro khác có thể đóng có những tác động quan trọng đối với sức khoẻ của một cá nhân. Do vậy, quyền về sức khoẻ phải được hiểu là quyền được thụ hưởng những tiện nghi, hàng hoá, dịch vụ và điều kiện cần thiết cho việc đạt được mức độ sức khoẻ cao nhất có thể.

10. Kể từ khi thông qua hai Công ước quốc tế cơ bản về quyền con người năm 1966, tình hình y tế thế giới đã thay đổi mạnh mẽ, khái niệm sức khoẻ đã có sự thay đổi quan trọng và được mở rộng về phạm vi. Ngày càng có nhiều hơn các yếu tố quyết định đến sức khoẻ được xem xét, chẳng hạn như việc phân phối nguồn lực và những khác biệt về giới. Một định nghĩa rộng hơn về sức khoẻ cũng đề cập đến những mối quan tâm có tính chất xã hội như bạo lực và xung đột vũ trang⁴. Hơn nữa, những căn bệnh mà trước đây chưa từng được biết đến, chẳng hạn như vi-rút gây hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS), và những bệnh khác mà đã trở nên phổ biến hơn chẳng hạn như ung thư, hoặc sự tăng trưởng với tốc độ nhanh của dân số thế giới, đã tạo ra những trở ngại mới với việc hiện thực hoá quyền về sức khoẻ mà cần được xét đến khi giải thích Điều 12.

11. Uỷ ban giải thích quyền về sức khoẻ, như đã được xác định tại Điều 12(1), là một quyền tổng hợp có nội dung không chỉ liên quan đến việc chăm sóc sức khoẻ thích đáng và kịp thời, mà còn liên quan đến những yếu tố cơ sở quyết định đến sức khoẻ như tiếp cận nước sạch và nước uống, điều kiện vệ sinh đủ tiêu chuẩn, nguồn cung cấp thích đáng về lương thực an toàn, dinh dưỡng và nhà ở, những điều kiện về môi trường và làm việc lành mạnh, và việc tiếp cận với giáo dục và thông tin, liên quan đến sức khoẻ, bao gồm giáo dục và thông tin về sức khoẻ tình dục và sức khoẻ sinh sản. Một khía cạnh quan trọng khác nữa là sự tham gia của dân chúng vào quá trình ra quyết định liên quan đến sức khoẻ ở các cấp độ cộng đồng, quốc gia và quốc tế.

12. Quyền về sức khoẻ, xét dưới mọi hình thức và ở tất cả các cấp độ, đều bao gồm những yếu tố cấu thành cơ bản và liên quan với nhau được nêu sau đây. Việc áp dụng chính xác những yếu tố này phụ thuộc vào những điều kiện thực tế ở mỗi Quốc gia thành viên:

(a) *Tính sẵn có (availability)*: Các cơ sở chăm sóc sức khoẻ và y tế công, các loại hàng hoá và dịch vụ cũng như các chương trình y tế cần phải sẵn sàng và đủ về số lượng trong phạm vi Quốc gia thành viên. Tính chất cụ thể của các cơ sở, hàng hoá và dịch vụ sẽ thay đổi phụ thuộc vào nhiều yếu tố, kể cả trình độ phát triển của Quốc gia thành viên. Tuy nhiên, chúng cần bao gồm những yếu tố quyết định nền tảng với sức khoẻ, như nước sạch và nước có thể uống, cơ sở vệ sinh đủ điều kiện, bệnh viện, trạm y tế và các cơ sở khác liên quan đến chăm sóc sức khoẻ, cán bộ y tế và chuyên môn qua đào tạo được nhận mức lương cạnh tranh trong nước, và các loại thuốc điều trị thiết yếu như được xác định trong Chương trình Hành động của WHO về các loại thuốc điều trị thiết yếu⁵;

(b) *Tính có thể tiếp cận (accessibility)*: Các cơ sở chăm sóc y tế, hàng hoá và dịch vụ⁶ phải có thể tiếp cận được đối với mọi người mà không có sự phân biệt đối xử trong phạm vi thẩm quyền của Quốc gia thành viên. Tính có thể tiếp cận gồm khía cạnh chồng lên nhau đó là:

- Không phân biệt đối xử: Các cơ sở chăm sóc sức khỏe, hàng hoá và dịch vụ y tế phải có thể tiếp cận được đối với tất cả mọi người, đặc biệt là những bộ phận dân cư dễ bị tổn thương nhất hoặc bị gạt ra ngoài lề xã hội về cả mặt luật pháp và trên thực tế mà không có sự phân biệt đối xử dựa trên bất kỳ cơ sở nào đã bị cấm;
- Có thể tiếp cận thực chất: Các cơ sở chăm sóc sức khỏe, hàng hoá và dịch vụ y tế phải trong phạm vi tiếp cận thực chất an toàn cho tất cả các bộ phận dân cư, đặc biệt là các nhóm có nguy cơ dễ bị tổn thương nhất hoặc bị gạt ra ngoài lề xã hội, chẳng hạn như người dân tộc thiểu số và các dân tộc bản địa, phụ nữ, trẻ em, vị thành niên, người cao tuổi, người tàn tật và người sống chung với HIV/AIDS. Tính có thể tiếp cận cũng hàm ý rằng các dịch vụ y tế và những yếu tố quyết định cơ bản đến sức khỏe, như nước sạch và có thể uống, cơ sở vệ sinh đủ điều kiện đều nằm trong phạm vi tiếp cận thực chất an toàn, kể cả ở khu vực nông thôn. Tính có thể tiếp cận còn bao gồm khả năng tiếp cận thích đáng với nhà ở cho người tàn tật;
- Có thể tiếp cận về mặt kinh tế (có thể đáp ứng về mặt chi phí): Các cơ sở chăm sóc sức khỏe, hàng hoá và dịch vụ y tế phải phù hợp về mặt chi phí đối với mọi người. Chi phí cho các dịch vụ y tế cũng như cho các dịch vụ liên quan đến những yếu tố nền tảng quyết định đến sức khỏe phải dựa trên nguyên tắc bình đẳng, đảm bảo rằng những dịch vụ này, cho dù do tư nhân hay nhà nước cung cấp, đều có thể phù hợp về mặt chi phí cho tất cả mọi người, kể cả những nhóm thiệt thòi về mặt xã hội. Nguyên tắc bình đẳng đòi hỏi những hộ gia đình nghèo hơn không phải chịu gánh nặng bất hợp lý về chi phí cho chăm sóc sức khỏe so với những hộ gia đình giàu có hơn;
- Có thể tiếp cận về thông tin: Khả năng có thể tiếp cận bao gồm quyền được tìm kiếm, tiếp nhận và phổ biến những thông tin và tư tưởng⁸ liên quan đến các vấn đề về sức khỏe. Tuy nhiên, khả năng tiếp cận thông tin không được cản trở quyền được bảo mật dữ liệu về sức khỏe cá nhân;

(c) *Tính có thể chấp nhận (acceptability)*. Tất cả các cơ sở chăm sóc sức khỏe, hàng hoá và dịch vụ y tế phải tôn trọng đạo đức y tế và phù hợp về văn hoá, nghĩa là tôn trọng văn hoá của các cá nhân, các nhóm thiểu số, các dân tộc và cộng đồng, phải nhạy cảm với những yêu cầu về giới và độ tuổi, cũng như phải tôn trọng tính bảo mật và nâng cao tình trạng sức khỏe của những người có liên quan;

(d) *Chất lượng (quality)*: Cũng như tính có thể chấp nhận về văn hoá, các cơ sở chăm sóc sức khỏe, hàng hoá và dịch vụ y tế cũng phải phù hợp về mặt khoa học và y học và có chất lượng tốt. Điều này, ngoài những yếu tố khác, đòi hỏi phải có những nhân viên y tế có kỹ năng, có các loại thuốc đã được phê duyệt và trong thời hạn sử dụng, thiết bị y tế tốt, nước an toàn và có thể uống được, và điều kiện vệ sinh thích đáng.

13. Danh mục một số ví dụ về Điều 12(2) là những chỉ dẫn cho các Quốc gia thành viên xác định những hành động cần thực hiện. Nó đưa ra những ví dụ cụ thể chung về những biện

pháp bắt nguồn từ định nghĩa mở rộng về quyền về sức khoẻ nêu ở Điều 12(1), qua đó làm rõ nội dung của quyền này như được minh họa ở những đoạn sau đây⁹.

Điều 12(2)(a): Quyền về sức khoẻ làm mẹ, sức khoẻ trẻ em và sức khoẻ sinh sản

14. “Nỗ lực giảm tỷ lệ tử vong của trẻ sơ sinh và trẻ em và tạo lập môi trường sống lành mạnh cho trẻ” (Điều 12(2)(a))¹⁰ có thể hiểu là yêu cầu phải có những biện pháp nâng cao sức khoẻ của bà mẹ và trẻ em, các dịch vụ sức khoẻ tình dục và sức khoẻ sinh sản bao gồm cả việc tiếp cận các dịch vụ kế hoạch hoá gia đình, chăm sóc phụ nữ trước và sau khi sinh¹¹, các dịch vụ cấp cứu sản khoa, tiếp cận với thông tin và các nguồn lực cần thiết để hành động trên cơ sở thông tin đó¹².

Điều 12(2)(b): Quyền có môi trường làm việc và môi trường tự nhiên lành mạnh

15. “Cải thiện tất cả yếu tố trong vệ sinh môi trường và điều kiện vệ sinh ở nơi làm việc” (Điều 12(2)(b)), ngoài những khía cạnh khác, bao gồm các biện pháp phòng ngừa các bệnh và tai nạn nghề nghiệp; yêu cầu phải đảm bảo nguồn cung cấp thích đáng nước an toàn có thể uống được và điều kiện vệ sinh cơ bản; phòng chống và giảm thiểu những bối cảnh khiến người dân phải tiếp xúc với các chất độc hại như chất phóng xạ, các hoá chất có hại hoặc những điều kiện môi trường có hại khác mà trực tiếp hoặc gián tiếp tác động đến sức khoẻ con người¹³. Hơn nữa, vệ sinh lao động còn liên quan đến việc giảm thiểu đến mức có thể những nguyên nhân gây nguy hại cho sức khoẻ trong môi trường lao động¹⁴. Điều 12(2)(b) cũng đề cập đến vấn đề nhà ở thích đáng, điều kiện làm việc an toàn và vệ sinh, nguồn cung cấp lương thực thích đáng và dinh dưỡng thích hợp, và không khuyến khích việc hút thuốc lá, lạm dụng rượu, thuốc chữa bệnh và các chất có hại khác.

Điều 12(2)(c): Quyền được phòng chống, điều trị và kiểm soát bệnh tật

16. “Phòng chống, điều trị và kiểm soát các loại dịch bệnh, bệnh nghề nghiệp và các loại bệnh khác” (Điều 12(2)(c)) đòi hỏi phải xây dựng các chương trình phòng chống và giáo dục về các vấn đề sức khoẻ liên quan đến hành vi như các bệnh lây qua đường tình dục, đặc biệt là HIV/AIDS, và những bệnh có tác động tiêu cực đến sức khoẻ tình dục và sức khoẻ sinh sản, và tăng cường những yếu tố xã hội quyết định để có sức khoẻ tốt chẳng hạn như an toàn môi trường, giáo dục, phát triển kinh tế và bình đẳng giới. Quyền được điều trị bao gồm việc xây dựng một hệ thống chăm sóc y tế khẩn cấp trong những trường hợp tai nạn, bệnh dịch và những mối nguy hại tương tự cho sức khoẻ, và cung cấp những dịch vụ cứu trợ và trợ giúp nhân đạo trong những trường hợp khẩn cấp. Việc kiểm soát các loại bệnh dịch liên quan đến nỗ lực riêng và chung của các Quốc gia thành viên trong nhiều vấn đề, trong đó bao gồm việc phổ biến những công nghệ có liên quan, sử dụng và tăng cường hoạt động giám sát dịch tễ học và thu thập dữ liệu trên cơ sở phân tán, thực hiện hoặc triển khai các chương trình tiêm phòng và những chiến lược phòng chống bệnh truyền nhiễm khác.

Điều 12(2)(d): Quyền được sử dụng các cơ sở, hàng hoá và dịch vụ y tế¹⁵

17. “Tạo điều kiện đảm bảo cho tất cả mọi người được hưởng các dịch vụ y tế và được chăm sóc y tế khi bị ốm đau” (Điều 12(2)(d)), cả về thể chất lẫn tinh thần, bao gồm việc đảm bảo sự tiếp cận bình đẳng và kịp thời với các dịch vụ phòng ngừa, chữa trị và phục hồi sức khoẻ

cơ bản và giáo dục sức khỏe; các chương trình khám bệnh định kỳ; phương pháp điều trị thích hợp với các loại bệnh, thương vong và khuyết tật thông thường, tốt nhất là ở cấp cộng đồng; cung cấp thuốc điều trị thiết yếu; và, phương pháp chăm sóc và điều trị sức khỏe tâm thần phù hợp. Một khía cạnh quan trọng khác là thúc đẩy và tăng cường hơn nữa sự tham gia của người dân vào việc cung cấp các dịch vụ y tế dự phòng và chữa trị, chẳng hạn như tổ chức ngành y tế, hệ thống bảo hiểm và đặc biệt là tham gia vào những quyết định chính trị liên quan đến quyền về sức khỏe ở cả hai cấp độ cộng đồng và quốc gia.

Điều 12: Những chủ đề đặc biệt được áp dụng rộng rãi

Không phân biệt đối xử và đối xử bình đẳng

18. Theo nội dung các Điều 2(2) và Điều 3, Công ước cấm mọi sự phân biệt đối xử trong việc tiếp cận với y tế và với những yếu tố nền tảng quyết định đến sức khỏe, cũng như với các phương thức và quyền trong vấn đề này mà dựa trên những cơ sở về chủng tộc, màu da, giới tính, ngôn ngữ, tôn giáo, quan điểm chính trị hay quan điểm khác, nguồn gốc dân tộc hay xã hội, tài sản, nơi sinh, sự khuyết tật về thể chất hay tâm thần, tình trạng sức khỏe (kể cả HIV/AIDS), định hướng tình dục, vị thế về dân sự, chính trị, xã hội hay địa vị khác, mà nhằm mục đích hoặc có tác động vô hiệu hoá hay cản trở việc thụ hưởng hay thực hiện bình đẳng quyền về sức khỏe. Ủy ban nhấn mạnh rằng nhiều biện pháp, chẳng hạn hầu hết các chiến lược và chương trình nhằm xoá bỏ sự phân biệt đối xử liên quan đến sức khỏe có thể được thực hiện với những nguồn lực tối thiểu thông qua việc áp dụng, sửa đổi hoặc bãi bỏ những quy định pháp luật có liên quan hoặc qua việc phổ biến thông tin. Ủy ban nhắc lại nội dung đoạn 12 Bõnh luận chung số 3 trong đó nêu rằng thậm chí trong những thời điểm có sự hạn chế nghiêm trọng về nguồn lực, các Quốc gia thành viên vẫn phải bảo vệ những nhóm dễ bị tổn thương trong xã hội bằng cách thông qua các chương trình y tế không quá tốn kém và có trọng tâm.

19. Đối với quyền về sức khỏe, sự bình đẳng trong việc tiếp cận với các dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe phải được nhấn mạnh. Các Quốc gia thành viên có nghĩa vụ đặc biệt là cung cấp cho những người không có đủ điều kiện tiếp cận với những dịch vụ này những trợ giúp về chăm sóc sức khỏe và bảo hiểm y tế cần thiết, và phải ngăn chặn mọi sự phân biệt đối xử dựa trên những cơ sở đã bị quốc tế cấm trong việc cung cấp các dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là phải bảo đảm những nghĩa vụ cốt lõi liên quan đến quyền về sức khỏe¹⁶. Sự phân bổ bất hợp lý nguồn lực cho y tế có thể dẫn đến phân biệt đối xử tiềm ẩn. Ví dụ, việc dành các khoản đầu tư lớn một cách không tương xứng vào các dịch vụ điều trị y tế tốn kém mà thường chỉ có một bộ phận dân cư nhỏ có đặc quyền có thể tiếp cận, thay vì đầu tư cho những dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu và dự phòng mà mang lại lợi ích cho một bộ phận dân cư đông hơn.

Viễn cảnh về giới

20. Ủy ban khuyến nghị các Quốc gia thành viên lồng ghép quan điểm giới vào các chính sách, kế hoạch, chương trình và nghiên cứu để tăng cường sức khỏe tốt hơn cho cả phụ nữ và nam giới. Phương pháp tiếp cận dựa trên cơ sở giới ghi nhận rằng những yếu tố sinh học và văn hoá-xã hội đóng một vai trò quan trọng ảnh hưởng đến sức khỏe của nam giới và phụ nữ.

Việc phân tách những dữ liệu về sức khoẻ và kinh tế-xã hội theo giới tính là cần thiết để xác định và xử lý những bất bình đẳng trong chăm sóc sức khoẻ.

Phụ nữ và quyền về sức khoẻ

21. Để xoá bỏ sự phân biệt đối xử với phụ nữ cần phải xây dựng và thực hiện một chiến lược quốc gia toàn diện nhằm thúc đẩy quyền về sức khoẻ suốt đời của phụ nữ. Một chiến lược như vậy cần bao gồm những biện pháp nhằm phòng chống và điều trị những căn bệnh ảnh hưởng đến phụ nữ cũng như những chính sách nhằm đảm bảo cho phụ nữ có thể tiếp cận tất cả những dịch vụ chăm sóc sức khoẻ chất lượng cao với chi phí phù hợp, kể cả những dịch vụ tình dục và sinh sản. Một mục tiêu cơ bản là giảm thiểu những nguy cơ về sức khoẻ cho phụ nữ, đặc biệt là hạ thấp tỷ lệ tử vong ở bà mẹ và bảo vệ phụ nữ khỏi bạo lực gia đình. Hiện thực hoá quyền về sức khoẻ của phụ nữ đòi hỏi phải xoá bỏ những trở ngại với phụ nữ trong việc tiếp cận những dịch vụ y tế, giáo dục và thông tin về y tế, kể cả về sức khoẻ tình dục và sức khoẻ sinh sản. Việc thực hiện hành động mang tính dự phòng, thúc đẩy và chữa trị cũng có ý nghĩa quan trọng để bảo vệ phụ nữ trước tác động của những tập tục và quy phạm văn hoá truyền thống có hại khiến họ không thể thực hiện một cách đầy đủ các quyền về sức khoẻ sinh sản.

Trẻ em và người chưa thành niên

22. Điều 12(2)(a) xác định sự cần thiết phải thực thi các biện pháp làm giảm tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh và thúc đẩy sự phát triển lành mạnh của trẻ sơ sinh và trẻ em. Nhiều văn kiện quốc tế sau này về quyền con người ghi nhận rằng trẻ em và vị thành niên có quyền được thụ hưởng tiêu chuẩn chăm sóc sức khoẻ cao nhất và được tiếp cận các cơ sở điều trị ốm đau¹⁷. Công ước về Quyền Trẻ em yêu cầu các Quốc gia phải đảm bảo sự tiếp cận các dịch vụ y tế cần thiết cho trẻ em và gia đình của chúng, kể cả dịch vụ chăm sóc sức khoẻ tiền và hậu sản cho mẹ. Công ước gắn những mục tiêu này với việc đảm bảo tiếp cận những thông tin phù hợp với trẻ em về hành vi phòng chống và tăng cường sức khoẻ và hỗ trợ cho các gia đình và cộng đồng trong việc thực hiện những vấn đề này. Thực hiện nguyên tắc không phân biệt đối xử đòi hỏi trẻ em gái, cũng như trẻ em trai, được tiếp cận bình đẳng chế độ đủ dinh dưỡng, môi trường an toàn, và các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ thể chất cũng như tinh thần. Cần thực hiện những biện pháp hiệu quả và thích hợp để xoá bỏ những tập tục truyền thống có hại ảnh hưởng đến sức khoẻ của trẻ em, đặc biệt là trẻ em gái, bao gồm cả vấn đề tảo hôn, cắt bộ phận sinh dục nữ, chăm sóc và nuôi dưỡng ưu đãi đối với trẻ em trai¹⁸. Trẻ em khuyết tật cần được dành cơ hội thụ hưởng một cuộc sống đầy đủ và sung túc và được tham gia vào cộng đồng.

23. Các Quốc gia thành viên cần tạo một môi trường an toàn và trợ giúp cho những người chưa thành niên, đảm bảo cho họ có cơ hội tham gia vào những quyết định ảnh hưởng đến sức khoẻ của bản thân, phát triển kỹ năng sống, có thông tin phù hợp, nhận tư vấn và thương lượng về những lựa chọn hành vi liên quan đến sức khoẻ của các em. Hiện thực hoá quyền về sức khoẻ của vị thành niên phụ thuộc vào sự phát triển của dịch vụ chăm sóc sức khoẻ phù hợp với thanh, thiếu niên, trong đó cần tôn trọng tính bảo mật và cuộc sống riêng tư và bao gồm những dịch vụ sức khoẻ tình dục và sinh sản phù hợp.

24. Trong tất cả các chính sách và chương trình nhằm đảm bảo quyền về sức khoẻ của trẻ em và người chưa thành niên, lợi ích tốt nhất của các em phải được đặt lên hàng đầu.

Người cao tuổi

25. Đối với việc hiện thực hoá quyền về sức khoẻ của người cao tuổi, Uỷ ban, căn cứ theo các đoạn số 34 và 35 trong Bõnh luận chung số 6 (1995), khẳng định lại tầm quan trọng của phương pháp tiếp cận lồng ghép, kết hợp những yếu tố của điều trị y tế dự phòng, chữa trị và phục hồi. Những biện pháp như vậy cần được dựa trên hoạt động kiểm tra sức khoẻ định kỳ cho cả hai giới; những biện pháp phục hồi về thể chất cũng như tâm lý nhằm duy trì chức năng và tính tự chủ của người cao tuổi; và cần quan tâm, chăm sóc những người ốm kinh niên và ốm nặng để giúp cho họ giảm thiểu đau đớn và tạo điều kiện để họ hưởng cái chết nhân đạo.

Người àn tật

26. Uỷ ban khẳng định lại đoạn số 34 trong Bõnh luận chung số 5 về vấn đề người khuyết tật trong bối cảnh quyền về sức khoẻ về thể chất và tinh thần. Hơn nữa, Uỷ ban nhấn mạnh tới sự cần thiết phải đảm bảo rằng không chỉ khu vực y tế công mà cả những nhà cung cấp dịch vụ và cơ sở y tế tư nhân cũng cần phải chấp hành nguyên tắc không phân biệt đối xử đối với người khuyết tật.

Người bản địa

27. Trong điều kiện pháp luật và thực tiễn quốc tế ngày càng phát triển và những biện pháp gần đây do các Quốc gia thành viên thực hiện đối với người bản địa¹⁹, Uỷ ban thấy cần thiết xác định những yếu tố sẽ giúp định nghĩa quyền về sức khoẻ của người bản địa nhằm tạo điều kiện tốt hơn cho các Quốc gia thành viên có người bản địa thực hiện những quy định được nêu trong Điều 12 của Công ước. Uỷ ban xét thấy rằng người bản địa có quyền có những biện pháp đặc biệt để nâng cao sự tiếp cận của họ với các dịch vụ và chăm sóc sức khoẻ. Những dịch vụ y tế này cần phải phù hợp về văn hoá, lưu ý đến các loại dược liệu, các phương pháp chăm sóc phòng bệnh và chữa bệnh cổ truyền. Quốc gia thành viên cần cung cấp nguồn lực để người bản địa thiết kế, triển khai và quản lý những dịch vụ đó, có thế họ mới có thể hưởng thụ tiêu chuẩn sức khoẻ thể chất và tâm thần cao nhất. Các loại cây thuốc quan trọng, các loài động vật và chất khoáng cần thiết cho việc thụ hưởng đầy đủ sức khoẻ của người bản địa cũng cần được bảo vệ. Uỷ ban lưu ý rằng trong các cộng đồng bản địa, sức khoẻ của mỗi cá nhân thường được gắn với sức khoẻ của cả xã hội và mang ý nghĩa tập thể. Liên quan đến vấn đề này, Uỷ ban xét thấy rằng những hoạt động liên quan đến phát triển mà dẫn đến việc người bản địa rời bỏ nơi ở ra khỏi vùng đất và môi trường truyền thống ngoài ý muốn của họ, từ chối nguồn dinh dưỡng của họ, và phá vỡ mối quan hệ cộng sinh với đất đai của họ, thì sẽ có tác hại đến sức khoẻ của họ.

Những hạn chế

28. Các vấn đề y tế công cộng đôi khi được các quốc gia sử dụng như là lý do để hạn chế việc thực hiện các quyền căn bản khác. Uỷ ban muốn nhấn mạnh rằng điều khoản về hạn chế các quyền trong Công ước, tức Điều 4, cơ bản nhằm bảo vệ quyền của các cá nhân chứ

không phải để cho phép các Quốc gia áp đặt những hạn chế một cách tùy ý. Do vậy, nếu Quốc gia thành viên, ví dụ, hạn chế việc đi lại hoặc giam giữ người có những bệnh có thể truyền nhiễm như HIV/AIDS, từ chối cho phép các bác sỹ điều trị những người được tin là chống đối chính phủ, hoặc không tổ chức tiêm chủng chống những căn bệnh truyền nhiễm cơ bản trong cộng đồng vì những lý do như an ninh quốc gia hay giữ trật tự công cộng, thì phải có bằng chứng thuyết phục về những biện pháp nghiêm trọng ấy liên quan đến mỗi yếu tố được xác định trong Điều 4. Những hạn chế như vậy phải phù hợp với pháp luật, bao gồm cả những chuẩn mực quốc tế về quyền con người, phù hợp với bản chất của các quyền được Công ước bảo vệ, vì lợi ích của những mục đích chính đáng được theo đuổi, và thực sự cần thiết cho việc thúc đẩy lợi ích chung trong một xã hội dân chủ.

29. Theo Điều 5(1), những hạn chế như vậy phải hợp lý, nghĩa là phải áp dụng biện pháp thay thế khác ít khắt khe nhất, trong đó chỉ có vài biện pháp hạn chế. Thậm chí nếu những hạn chế, vì lý do bảo vệ sức khỏe cộng đồng, về cơ bản là được phép thì những hạn chế đó chỉ được áp dụng trong thời hạn nhất định và phải chịu giám sát.

2. Nghĩa vụ của các Quốc gia thành viên

Nghĩa vụ pháp lý chung

30. Ngoài quy định về việc từng bước hiện thực hoá và thừa nhận những khó khăn do hạn chế về nguồn lực sẵn có, Công ước còn áp đặt đối với các Quốc gia thành viên nhiều nghĩa vụ có tác động ngay tức thì. Các Quốc gia thành viên có những nghĩa vụ ngay tức thì đối với quyền được chăm sóc sức khỏe, chẳng hạn như đảm bảo rằng quyền này sẽ được thực hiện mà không có sự phân biệt đối xử dưới bất kỳ hình thức nào (Điều 2(2)) và nghĩa vụ thực hiện các biện pháp (Điều 2(1)) hướng tới hiện thực hoá triệt để Điều 12. Những biện pháp này phải chi tiết, cụ thể và nhằm tới việc hiện thực hoá triệt để quyền về sức khỏe²⁰.

31. Việc từng bước hiện thực hoá quyền về sức khỏe trong một giai đoạn không nên được giải thích là các Quốc gia thành viên không còn nghĩa vụ gì nữa. Thay vào đó, từng bước hiện thực hoá có nghĩa là các Quốc gia thành viên có nghĩa vụ cụ thể và liên tục để sớm tiến tới và có hiệu quả việc hiện thực hoá triệt để Điều 12²¹.

32. Tương tự tất cả các quyền khác trong Công ước, một giả thiết luôn được đặt ra là những biện pháp nào mang tính không tích cực được thực hiện liên quan đến quyền về sức khỏe thì đều không được phép. Nếu cố tình thực hiện bất kỳ biện pháp không tích cực nào, các Quốc gia thành viên phải chứng minh được rằng những biện pháp đó được áp dụng sau khi đã cân nhắc kỹ lưỡng tất cả các biện pháp thay thế khác và rằng chúng được chấp nhận khi gắn với tổng thể các quyền được quy định trong Công ước trong bối cảnh tận dụng tối đa tất cả những nguồn lực sẵn có của các Quốc gia thành viên²².

33. Quyền về sức khỏe, giống như tất cả các quyền con người khác, đặt ra ba cấp độ nghĩa vụ đối với các Quốc gia thành viên: các nghĩa vụ *tôn trọng*, *bảo vệ* và *thực hiện*. Tiếp đó, nghĩa vụ thực hiện bao gồm những nghĩa vụ tạo điều kiện, cung cấp và thúc đẩy²³. Nghĩa vụ *tôn trọng* đòi hỏi các Quốc gia không được can thiệp trực tiếp hay gián tiếp vào việc thụ hưởng quyền được chăm sóc sức khỏe. Nghĩa vụ *bảo vệ* yêu cầu các Quốc gia thực hiện các biện pháp ngăn chặn không các bên thứ ba can thiệp vào những bảo đảm trong Điều 12. Sau cùng,

nghĩa vụ *thực hiện* yêu cầu các Quốc gia phải áp dụng các biện pháp lập pháp, hành chính, ngân sách, tư pháp, khuyến khích và các biện pháp khác phù hợp để tiến tới hiện thực hoá triệt để quyền về sức khoẻ.

Nghĩa vụ pháp lý cụ thể

34. Cụ thể, các Quốc gia có nghĩa vụ *tôn trọng* quyền về sức khoẻ không được từ chối hay hạn chế tất cả mọi người, kể cả các tù nhân hoặc người bị giam giữ, người thiểu số, người xin tỵ nạn và người nhập cư bất hợp pháp, việc tiếp cận bình đẳng các dịch vụ y tế dự phòng, chữa trị và giảm đau; không thực hiện những quy định mang tính phân biệt đối xử trong chính sách của Quốc gia; và, không áp đặt những quy định mang tính phân biệt đối xử liên quan đến hình trạng sức khoẻ và nhu cầu của phụ nữ. Hơn nữa, các nghĩa vụ *tôn trọng* bao gồm cả trách nhiệm của Quốc gia không được cấm hoặc ngăn cản việc sử dụng phương pháp chăm sóc dự phòng, tập quán và thuốc chữa trị truyền thống, không cho phép bán ra thị trường những loại thuốc không an toàn và áp dụng những biện pháp điều trị y tế cưỡng bức, trừ khi có cơ sở khác để điều trị bệnh thần kinh hoặc phòng chống và kiểm soát các loại bệnh có thể truyền nhiễm. Những trường hợp ngoại lệ như vậy cần phải chấp hành theo những điều kiện cụ thể và giám sát ngặt nghèo, *tôn trọng* những phương pháp hiệu quả nhất và các chuẩn mực quốc tế có thể áp dụng, kể cả các Nguyên tắc về bảo vệ những người mắc bệnh tâm thần và nâng cao việc chăm sóc sức khoẻ tâm thần²⁴. Ngoài ra, các Quốc gia không được hạn chế việc tiếp cận các biện pháp tránh thai và các biện pháp khác để giữ sức khoẻ tình dục và sức khoẻ sinh sản; không được kiểm duyệt, kìm giữ hoặc cố tình giải thích sai thông tin liên quan đến sức khoẻ, kể cả thông tin và giáo dục tình dục, cũng như ngăn cản người dân tham gia vào những vấn đề liên quan đến sức khoẻ. Các Quốc gia cũng không được làm ô nhiễm không khí, nước và đất... một cách không hợp pháp, ví dụ, qua chất thải công nghiệp từ các cơ sở quốc doanh, sử dụng hoặc thử nghiệm các loại vũ khí hạt nhân, sinh học hoặc hoá học nếu việc thử nghiệm đó dẫn đến việc thải ra các chất có hại cho sức khoẻ con người, và không hạn chế việc tiếp cận các dịch vụ y tế như một biện pháp trừng phạt, ví dụ, trong các cuộc xung đột vũ trang vi phạm luật nhân đạo quốc tế.

35. Nghĩa vụ *tôn trọng* bao gồm trách nhiệm của các Quốc gia phải ban hành luật hoặc thực hiện các biện pháp khác để đảm bảo sự tiếp cận bình đẳng các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ và liên quan đến sức khoẻ do bên thứ ba cung cấp; đảm bảo rằng tư nhân hoá ngành y tế không cấu thành mối đe doạ đến khả năng sẵn có, có thể tiếp cận, có thể chấp nhận và chất lượng của các cơ sở, hàng hoá và dịch vụ y tế; kiểm soát hoạt động tiếp thị thiết bị y tế và thuốc men của các bên thứ ba; và đảm bảo rằng những người hành nghề y và các nhà chuyên môn khác về sức khoẻ đáp ứng những tiêu chuẩn phù hợp về giáo dục, kỹ năng và hành vi đạo đức. Các Quốc gia cũng có nghĩa vụ phải đảm bảo rằng các tập tục truyền thống hoặc xã hội không gây tác động tiêu cực đến việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc tiền và hậu sản và kế hoạch hoá gia đình; ngăn chặn những bên thứ ba ép buộc phụ nữ phải sử dụng những tập tục truyền thống, ví dụ, cắt bộ phận sinh dục nữ; và thực hiện các biện pháp để bảo vệ các nhóm có nguy cơ dễ gặp rủi ro hoặc bị gạt ra ngoài lề xã hội, đặc biệt là phụ nữ, trẻ em, vị thành niên và người cao tuổi, trước những biểu hiện của bạo lực trên giới. Các Quốc gia cũng cần đảm

bảo rằng bên thứ ba không được hạn chế người dân tiếp cận những thông tin và dịch vụ liên quan đến sức khoẻ.

36. Nghĩa vụ *thực hiện* yêu cầu các Quốc gia thành viên công nhận đầy đủ quyền về sức khoẻ trong hệ thống pháp luật và chính trị của quốc gia, thích hợp nhất là thông qua hình thức lập pháp và ban hành một chính sách y tế quốc gia với kế hoạch chi tiết để thực hiện quyền về sức khoẻ. Các Quốc gia phải đảm bảo việc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế, bao gồm cả các chương trình tiêm chủng chống các bệnh truyền nhiễm cơ bản và đảm bảo sự tiếp cận bình đẳng những yếu tố quyết định cơ bản đến sức khoẻ cho tất cả mọi người, chẳng hạn như lương thực an toàn, đủ dinh dưỡng và nước uống sạch, điều kiện vệ sinh cơ bản, điều kiện sống và nhà ở đầy đủ. Cơ sở hạ tầng y tế công cần đảm bảo cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ tình dục và sức khoẻ sinh sản, bao gồm cả kỹ năng làm mẹ an toàn, đặc biệt là ở các vùng nông thôn. Các Quốc gia phải đảm bảo đào tạo đội ngũ bác sỹ và cán bộ y tế khác với số lượng thích hợp, cung cấp đủ số bệnh viện, trạm y tế và các cơ sở khác liên quan đến chăm sóc sức khoẻ, và thúc đẩy, hỗ trợ thiết lập các viện nghiên cứu và dịch vụ y tế phân bố đều trên toàn quốc. Ngoài ra, trách nhiệm của các quốc gia còn bao gồm việc xây dựng hệ thống bảo hiểm y tế tư nhân và nhà nước mà có thể đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khoẻ của mọi đối tượng; thúc đẩy nghiên cứu và giáo dục y tế cũng như tuyên truyền, cung cấp thông tin về sức khoẻ, đặc biệt là về phòng, chống HIV/AIDS, sức khoẻ sinh sản và giới tính, thói quen truyền thống có hại, bạo lực gia đình, lạm dụng rượu và thuốc lá, thuốc gây nghiện và các chất có hại khác. Mỗi quốc gia cần xác định các biện pháp nhằm chống lại nguy cơ ảnh hưởng sức khoẻ do nghề nghiệp và môi trường mang lại và chống lại những đe dọa khác như đã được đề cập trong dữ liệu về dịch tễ học. Để thực hiện được mục đích này, mỗi quốc gia cần xây dựng và thực thi các chính sách mang tầm quốc gia nhằm giảm và loại bỏ tình trạng ô nhiễm không khí, nước và đất, bao gồm ô nhiễm kim loại nặng như chì trong xăng. Ngoài ra, các quốc gia thành viên cần xây dựng, thực thi và kiểm định theo định kỳ các cơ sở lao động nhằm giảm tới mức tối thiểu rủi ro do tai nạn và bệnh nghề nghiệp, đồng thời xây dựng các chính sách rõ ràng về an toàn nghề nghiệp và dịch vụ y tế.²⁵

37. Để hoàn thành nghĩa vụ theo Công ước, mỗi quốc gia cần thực hiện các biện pháp hỗ trợ các cá nhân và cộng đồng trong việc hưởng thụ quyền về sức khoẻ, đặc biệt trong trường hợp cá nhân, vì những lý do nằm ngoài tầm kiểm soát của họ, không thể thực hiện được quyền này. Trách nhiệm thúc đẩy quyền về sức khoẻ đòi hỏi mỗi quốc gia phải triển khai các biện pháp nhằm chăm sóc sức khoẻ cho toàn bộ nhân dân. Những trách nhiệm đó bao gồm: (i) khuyến khích việc xác định những biện pháp mang lại kết quả y tế khả quan, ví dụ như nghiên cứu và cung cấp thông tin, (ii) đảm bảo rằng dịch vụ y tế thích hợp về phương diện văn hoá và có đội ngũ cán bộ y tế được đào tạo để có khả năng nhận biết và đáp ứng được những nhu cầu đặc thù về sức khoẻ của các nhóm người bị thiệt thòi hay bị gạt ra ngoài lề xã hội; (iii) đảm bảo việc truyền bá thông tin thích hợp liên quan đến lối sống lành mạnh, dinh dưỡng, xóa bỏ những hủ tục có hại và phổ biến dịch vụ y tế hiện có; (iv) hỗ trợ cung cấp thông tin cho người dân trong các quyết định về sức khoẻ của họ.

Trách nhiệm quốc tế

38. Trong Bõnh luận chung số 3, Ủy ban hướng sự chú ý đến trách nhiệm của tất cả các nước trong việc thực thi từng bước như đã định, một cách độc lập và thông qua sự giúp đỡ và hợp tác quốc tế, đặc biệt là về kinh tế và kỹ thuật, nhằm thực thi một cách đầy đủ quyền được ghi trong Công ước, bao gồm quyền về sức khỏe. Theo tinh thần của Điều 56 Hiến chương Liên Hợp Quốc, các Điều 12, 2(1), 22 và 23 của Công ước và Tuyên bố Alma-Ata về chăm sóc sức khỏe, mỗi quốc gia cần nhận thức được vai trò quan trọng của hợp tác quốc tế và thực thi những cam kết nhằm triển khai những hành động kết hợp và riêng rẽ nhằm tiến đến thực hiện một cách toàn vẹn quyền về sức khỏe. Theo đó, mỗi quốc gia thành viên cần nhận thức rõ ràng rằng sự thiếu cân bằng về tình trạng sức khỏe giữa những nước đã phát triển và đang phát triển, cũng như giữa người dân ở nhiều nước khác, là không thể chấp nhận được về các phương diện chính trị, xã hội và kinh tế, và do vậy, nó cần phải trở thành mối quan tâm chung của tất cả các quốc gia.²⁶

39. Để thực hiện các nghĩa vụ quốc tế liên quan đến Điều 12, các quốc gia cần phải tôn trọng việc hưởng thụ quyền về sức khỏe tại những nước khác và ngăn chặn bên thứ ba vi phạm quyền này tại các nước khác nếu như họ có đủ thẩm quyền pháp lý cũng như các biện pháp chính trị để gây ảnh hưởng đến bên thứ ba đó, trên cơ sở phù hợp với Hiến chương Liên Hợp Quốc và luật pháp quốc tế hiện hành. Tùy thuộc vào mức độ dồi dào về tài nguyên, mỗi quốc gia cần tạo điều kiện thuận lợi cho người dân của quốc gia khác tiếp cận những cơ sở vật chất y tế thiết yếu, dịch vụ, sản phẩm y tế ở nước mình bất kể khi nào có thể, và cung cấp sự hỗ trợ cần thiết cho quốc gia khác khi được yêu cầu.²⁷ Các quốc gia thành viên cần đảm bảo rằng quyền về sức khỏe được xác định trên cơ sở đồng thuận của cộng đồng quốc tế, và để có thể hiện thực hóa quyền này, cần phải xem xét triển khai những công cụ pháp lý. Liên quan việc ký kết hiệp định quốc tế, mỗi quốc gia cần tiến hành các bước nhằm đảm bảo rằng những công cụ này không có tác động ngược lại với quyền về sức khỏe. Tương tự, mỗi quốc gia có trách nhiệm đảm bảo rằng hành động của họ về quyền về sức khỏe đúng với trách nhiệm của những thành viên của tổ chức quốc tế liên quan. Theo đó, các nước là thành viên của tổ chức tài chính quốc tế, đáng chú ý như Quỹ tiền tệ Quốc tế, Ngân hàng thế giới, các ngân hàng phát triển khu vực, cần dành nhiều quan tâm đến việc bảo vệ quyền về sức khỏe bằng việc tác động đến các chính sách cho vay, hợp đồng tín dụng và các biện pháp quốc tế khác.

40. Theo Hiến chương Liên hợp quốc và các nghị quyết có liên quan của Đại Hội đồng Liên hợp quốc cũng như của Tổ chức Y tế Thế giới, các quốc gia thành viên có trách nhiệm chung và riêng hợp tác với nhau trong việc giảm nhẹ đau khổ và hỗ trợ nhân đạo trong trường hợp khẩn cấp, bao gồm hỗ trợ người tị nạn và những người bị mất nơi ở. Mỗi quốc gia cần thực hiện trách nhiệm này với khả năng cao nhất có thể. Việc cung cấp hỗ trợ về y tế của quốc tế, cụ thể như cung cấp thuốc men, thức ăn, nước uống an toàn cũng như những hỗ trợ tài chính cần được ưu tiên cho những cộng đồng người nghèo khổ và dễ bị tổn thương. Hơn nữa, nhằm ngăn chặn không cho bệnh lan tràn qua biên giới mỗi nước, cộng đồng quốc tế phải có trách nhiệm chung trong việc giải quyết các dịch bệnh. Theo đó, những nước đã phát triển về kinh tế có trách nhiệm và vai trò đặc biệt trong việc hỗ trợ những nước đang phát triển.

41. Các quốc gia thành viên cần hạn chế áp dụng các lệnh cấm hoặc những biện pháp tương tự nhằm giới hạn sự hỗ trợ thuốc men và thiết bị y tế cho các nước khác. Biện pháp giới hạn đối những mặt hàng trên không bao giờ được dùng như là công cụ gây áp lực về kinh tế và chính trị. Theo đó, Ủy ban nhắc lại quan điểm đã được nêu trong Bõnh luận chung số 8 trong đó khẳng định mối quan hệ giữa cấm vận kinh tế và sự tôn trọng các quyền về kinh tế, xã hội, văn hoá.

42. Mặc dầu chỉ có quốc gia, với tư cách là thành viên của Công ước, có chịu trách nhiệm tối cao về việc tuân thủ công ước, tất cả mọi chủ thể trong xã hội, bao gồm các cá nhân, các chuyên y tế, gia đình, cộng đồng, chính quyền địa phương, tổ chức liên chính phủ và phi chính phủ, tổ chức xã hội dân sự, cũng như khu vực kinh tế tư nhân, cần có trách nhiệm tôn trọng và thực thi quyền về sức khỏe. Do đó, các quốc gia thành viên phải cung cấp môi trường thuận lợi cho việc thực hiện những nhiệm vụ này.

Trách nhiệm chính

43. Trong Bõnh luận chung số 3, Ủy ban đã khẳng định rằng các quốc gia thành viên có trách nhiệm chính trong việc đảm bảo thoả mãn ở mức độ cần thiết tối thiểu các quyền được ghi trong Công ước bao gồm quyền được chăm sóc y tế cơ bản thiết yếu. Các quốc gia cần tham chiếu với những văn kiện gần đây như Chương trình hành động của Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển,²⁸ Tuyên bố Alma-Ata để có những hướng dẫn cụ thể về trách nhiệm chính được nêu trong Điều 12. Theo đó, dựa trên quan điểm của Ủy ban, trách nhiệm chính bao gồm ít nhất những điều sau:

(a) Đảm bảo quyền tiếp cận những dịch vụ, hàng hoá và tiện ích về y tế mà không có sự phân biệt đối xử, đặc biệt là đối với những nhóm dễ bị tổn thương và bị đặt ra ngoài lề sự phát triển của xã hội;

(b) Đảm bảo sự tiếp cận lương thực tối thiểu thoả đáng về mức dinh dưỡng và độ an toàn, đảm bảo mọi người không bị đói;

(c) Đảm bảo sự tiếp cận đối với hệ thống vệ sinh, nhà cửa, nơi cư trú và cung cấp đầy đủ nước sạch;

(d) Cung cấp thuốc men cần thiết theo lịch trình thời gian đã định theo Chương trình Hành động của WHO về thuốc cần thiết;

(e) Đảm bảo sự phân phối công bằng tất cả các dịch vụ, mặt hàng và tiện ích về y tế;

(f) Thông qua và triển khai những chiến lược y tế cộng đồng và kế hoạch hành động, trên cơ sở những số liệu thống kê về dịch tễ học và những quan tâm về y tế và dân số. Chiến lược và kế hoạch hành động phải được xây dựng, thực hiện và kiểm tra định kỳ trên cơ sở quá trình minh bạch về số người tham gia; trong đó cần bao gồm các biện pháp giám sát dựa trên các chỉ số, tiêu chuẩn về quyền về sức khoẻ. Những chương trình, chiến lược, kế hoạch hành động cần chú ý đặc biệt đến những nhóm dễ bị tổn thương và bị đặt ra ngoài lề sự phát triển của xã hội.

44. Ủy ban cho rằng những nghĩa vụ sau đây cần được ưu tiên thực hiện:

(a) đảm bảo việc chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe người mẹ (trước và sau khi sinh), sức khỏe của trẻ em;

(b) cung cấp các biện pháp phòng dịch chống lại những bệnh lây nhiễm xảy ra phổ biến trong cộng đồng;

(c) áp dụng những biện pháp ngăn ngừa, chữa trị và kiểm soát tốt bệnh dịch và bệnh địa phương;

(d) cung cấp giáo dục và cơ hội tiếp cận thông tin liên quan đến những vấn đề y tế chính, bao gồm phương pháp ngăn ngừa và kiểm soát dịch bệnh;

(e) cung cấp chương trình giáo dục thích hợp về y tế cho mọi người, bao gồm giáo dục y tế và quyền con người.

45. Để tránh những hồ nghi, Ủy ban nhấn mạnh rằng các quốc gia thành viên và những người tham gia có trách nhiệm đặc biệt trong việc cung cấp “sự hợp tác và giúp đỡ quốc tế, đặc biệt là về kinh tế và kỹ thuật”²⁹, những sự hỗ trợ này có thể giúp các quốc gia đang phát triển hoàn thành nghĩa vụ then chốt cũng như các nghĩa vụ khác được nêu ở các đoạn 43 và 44 trên.

3. Vi phạm

46. Khi nội dung quy phạm của Điều 12 (Phần I) được áp dụng đối với trách nhiệm của các quốc gia thành viên (Phần II), cần có một quy trình nhằm phát hiện những vi phạm đối với quyền về sức khỏe. Đoạn sau đây đưa ra những minh họa về vi phạm đối với Điều 12.

47. Khi xác định những hành động và thiếu sót vi phạm quyền về sức khỏe, cần phải phân biệt giữa sự không thể và sự không sẵn lòng của các quốc gia thành viên trong việc thực hiện những nghĩa vụ được quy định trong Điều 12. Điều 12(1) đòi hỏi các quốc gia thành viên thực hiện những biện pháp cần thiết để tận dụng tối đa những nguồn tài nguyên sẵn có của mỗi nước nhằm bảo đảm quyền đạt được mức sức khỏe cao nhất của người dân. Một quốc gia không sẵn lòng sử dụng tối đa nguồn tài nguyên để thực hiện quyền này tức là vi phạm nghĩa vụ được ghi trong Công ước theo Điều 12. Nếu như sự thiếu hụt về tài nguyên khiến cho quốc gia đó không thể hoàn thành được nghĩa vụ của mình, quốc gia cần chứng minh rằng họ đã nỗ lực hết sức để ưu tiên cho việc thực hiện nghĩa vụ đó.

48. Vi phạm quyền về sức khỏe có thể xảy ra thông qua hành động trực tiếp của các cơ quan và viên chức nhà nước hoặc các chủ thể phi nhà nước. Việc thông qua bất kỳ biện pháp nào mà mâu thuẫn với trách nhiệm chính đối với quyền về sức khỏe, như đã được nêu trong đoạn 43 ở trên, đều cấu thành sự vi phạm về quyền về sức khỏe. Vi phạm các cam kết hành động, bao gồm việc huỷ bỏ hoặc trì hoãn thực thi những quy định pháp luật cần thiết để thúc đẩy quyền về sức khỏe hoặc thông qua những quy định pháp luật hoặc chính sách rõ ràng không tuân theo trách nhiệm pháp lý quốc tế hoặc quốc gia liên quan đến quyền về sức khỏe

49. Vi phạm quyền về sức khỏe cũng có thể xảy ra khi các quốc gia không hoặc thất bại trong việc thực hiện các biện pháp thích hợp nhằm thực hiện một cách đầy đủ quyền của mọi

người được hưởng tiêu chuẩn cao nhất về sức khoẻ tinh thần và thể chất, hay khi không triển khai được chính sách quốc gia về sức khoẻ và an toàn nghề nghiệp.

Vi phạm về tôn trọng nghĩa vụ

50. Vi phạm về tôn trọng nghĩa vụ là các hành động, chính sách hoặc quy định pháp luật của các quốc gia đi ngược lại những chuẩn mực đã được nêu trong Điều 12 của Công ước mà có thể gây ra bệnh tật và tử vong không đáng có. Ví dụ, việc từ chối quyền tiếp cận dịch vụ, hàng hoá và tiện ích y tế đối với những cá nhân và tổ chức đặc biệt do kết quả của chính sách phân biệt đối xử; sự ngăn cản cố ý hoặc xuyên tạc thông tin quan trọng liên quan đến việc bảo vệ và chữa trị y tế; việc trì hoãn thông qua các luật, chính sách gây trở ngại đến việc hưởng thụ quyền về sức khoẻ; thất bại trong việc thực thi những trách nhiệm pháp lý liên quan đến quyền về sức khoẻ trong các điều ước song phương và đa phương có liên quan mà quốc gia là thành viên.

Vi phạm nghĩa vụ bảo vệ

51. Vi phạm về nghĩa vụ bảo vệ nảy sinh từ thất bại của một quốc gia trong việc thực hiện tất cả các biện pháp quan trọng để bảo vệ mọi người đang nằm trong thẩm quyền tài phán của mình khỏi những vi phạm quyền về sức khoẻ bởi bên thứ ba. Vi phạm này bao gồm thiếu sót hay thất bại trong ngăn chặn hành vi của cá nhân, nhóm, tổ chức xâm hại đến quyền về sức khoẻ của những người khác; thất bại trong bảo vệ người tiêu dùng và người lao động khỏi những hoàn cảnh bất lợi cho sức khoẻ do hàng hóa hoặc do điều kiện lao động gây ra; thất bại trong việc ngăn chặn sự gia tăng tiêu thụ, tiếp thị, sản xuất và bán thuốc lá, chất gây nghiện và các chất kích thích gây hại khác; thất bại trong bảo vệ phụ nữ chống lại bạo lực hoặc truy tố thủ phạm; thất bại trong việc ngăn cấm việc dùng các loại thuốc truyền thống có hại hoặc thói quen văn hoá xấu; và thất bại trong ban hành hoặc thực thi các quy định pháp luật nhằm ngăn chặn tình trạng ô nhiễm nước, không khí và đất trồng xuất phát từ hoạt động sản xuất công nghiệp và khai khoáng.

Vi phạm nghĩa vụ hoàn thành

52. Vi phạm về nghĩa vụ hoàn thành thể hiện ở sự thất bại của các quốc gia thành viên trong việc triển khai các biện pháp cần thiết để đảm bảo quyền về sức khoẻ được thực thi. Ví dụ, thất bại trong việc ban hành hoặc thực thi chính sách y tế quốc gia nhằm đảm bảo quyền về sức khoẻ cho tất cả mọi người; không đủ chi phí hoặc không phân bổ được nguồn lực nhằm bảo đảm quyền về sức khoẻ cho mọi người, đặc biệt là cho những nhóm dễ bị tổn thương và bị đặt ra ngoài lề xã hội; thất bại trong giám sát thực hiện quyền về sức khoẻ ở cấp độ quốc gia, ví dụ bằng cách xác định những chỉ số và chuẩn mực về quyền về sức khoẻ; thất bại trong thực hiện các biện pháp ngăn chặn sự phân bổ dịch vụ, hàng hoá, tiện ích y tế không bình đẳng; thất bại trong việc thông qua chính sách về giới đối với vấn đề sức khoẻ; và thất bại trong việc giảm tỉ lệ tử vong ở bà mẹ và trẻ nhỏ.

4. Thực hiện ở cấp độ quốc gia

Khung pháp lý

53. Biện pháp khả thi thích hợp nhất để bảo đảm quyền về sức khỏe là khác nhau giữa các quốc gia. Mỗi quốc gia có một cơ chế riêng trong việc đánh giá biện pháp nào là thích hợp với hoàn cảnh nước mình. Tuy nhiên, Công ước quy trách nhiệm của mọi quốc gia phải thực thi mọi biện pháp cần thiết nào để đảm bảo rằng mọi người đều được tiếp cận với dịch vụ, hàng hoá và tiện ích y tế, sao cho tất cả có thể được hưởng trong thời gian sớm nhất có thể m một chuẩn mực cao nhất về sức khoẻ tinh thần và vật chất. Điều này đòi hỏi phải thông qua chiến lược quốc gia nhằm đảm bảo tất cả các quyền về sức khỏe dựa trên những quy định về quyền con người, trong đó xác định mục đích của chiến lược và việc hình thành chính sách về quyền tương ứng theo các chỉ số và chuẩn mực y tế. Chiến lược y tế quốc gia cũng cần xác định những nguồn lực sẵn có nhằm đạt được mục đích đã dự định cũng như phương pháp hiệu quả nhất trong việc sử dụng nguồn lực ấy.

54. Việc xây dựng và thực hiện chiến lược y tế quốc gia và chương trình hành động cần tôn trọng nguyên tắc không phân biệt đối xử và sự tham gia của tất cả mọi người, đặc biệt là quyền của mọi cá nhân và tổ chức được tham gia vào quá trình ra quyết định có ảnh hưởng đến sự phát triển của họ phải được xem là một bộ phận quan trọng của bất kỳ chính sách, chương trình hoặc chiến lược nào nhằm thực thi nghĩa vụ quốc gia theo Điều 12. Thúc đẩy y tế phải bao gồm sự tham gia của cộng đồng trong việc xác định ưu tiên, đưa ra quyết định, lên kế hoạch, triển khai và đánh giá các chiến lược và chương trình y tế.

55. Chiến lược y tế quốc gia và kế hoạch hành động cũng cần dựa trên nguyên tắc về trách nhiệm giải trình, sự minh bạch và độc lập của cơ quan tư pháp, vì việc giám sát tốt có vai trò quan trọng để triển khai hiệu quả tất cả quyền con người, bao gồm việc thực thi quyền về sức khỏe. Với mục đích nhằm tạo ra môi trường thuận tiện cho việc thực hiện quyền về sức khỏe, các quốc gia thành viên cần thực thi những biện pháp thích hợp để đảm bảo rằng khu vực tư nhân và toàn thể xã hội nhận thức được cũng như quan tâm đến tầm quan trọng của quyền về sức khỏe trong các hoạt động của họ.

56. Mỗi quốc gia cần xem xét thông qua các quy định pháp luật để thực thi chiến lược y tế quốc gia. Khung pháp lý cần xác lập một cơ chế nhằm giám sát việc triển khai chiến lược y tế quốc gia và kế hoạch hành động trong đó cần nêu rõ những mục tiêu cần đạt được và khung thời gian để đạt được những mục tiêu đó. Khung pháp lý cũng cần xác định những yếu tố như: phương pháp mà nhờ đó các tiêu chuẩn y tế có thể đạt được; sự phối hợp với toàn thể xã hội, gồm các chuyên gia sức khỏe, khu vực tư nhân và tổ chức quốc tế; trách nhiệm của tổ chức đối với việc thực hiện chiến lược y tế quốc gia và kế hoạch hành động; và các nguồn giúp đỡ có thể. Trong quá trình giám sát việc thực thi quyền về sức khỏe, các quốc gia thành viên cần xác định những khó khăn, trở ngại ảnh hưởng đến việc thực thi nghĩa vụ của mình.

Quyền về các chỉ số và chuẩn y tế

57. Chiến lược y tế quốc gia cần xác định quyền đạt được các chỉ số và chuẩn y tế. Chỉ số này được đặt ra nhằm giám sát ở cấp độ quốc gia và quốc tế trách nhiệm của các quốc gia thành viên theo Điều 12 của Công ước. Các quốc gia có thể căn cứ vào các chỉ số về quyền về sức khỏe để xem xét những khía cạnh khác nhau trong việc bảo đảm quyền về sức khỏe; các chỉ số này có thể tham khảo từ tài liệu có liên quan của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) và

Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF). Chỉ số về quyền về sức khỏe đòi hỏi không cho phép tồn tại chính sách phân biệt đối xử.

58. Bên cạnh việc xác định chỉ số về quyền về sức khỏe, các quốc gia thành viên cũng cần xác định những chuẩn quốc gia thích hợp liên quan đến từng chỉ số. Trong suốt quá trình xem xét báo cáo quốc gia, Ủy ban và các quốc gia thành viên sẽ cùng xem xét chỉ số và chuẩn quốc gia, sau đó đưa ra những mục tiêu cần đạt được trong giai đoạn tiếp theo. Trong vòng năm năm, quốc gia thành viên cần áp dụng chuẩn quốc gia để đánh giá việc thực hiện Điều 12. Sau đó, trong lần báo cáo tiếp theo, quốc gia thành viên và Ủy ban sẽ tiến hành đánh giá kết quả đạt được cũng như những khó khăn các nước đang gặp phải.

Biện pháp sửa chữa và trách nhiệm giải trình

59. Bất kỳ một cá nhân hay tổ chức nào là nạn nhân của sự vi phạm quyền về sức khỏe cần được tiếp cận tới pháp luật hoặc các cơ chế giải quyết thích hợp ở cả phạm vi trong nước lẫn quốc tế.³⁰ Việc này có thể nảy sinh vấn đề khắc phục, bồi thường, chấp nhận hoặc cam kết không tái diễn. Các cơ quan thanh tra Quốc hội, ủy ban quyền con người quốc gia, các tổ chức của người tiêu dùng, các hiệp hội đấu tranh cho quyền của bệnh nhân hoặc các tổ chức tương tự cần đấu tranh chống những vi phạm quyền về sức khỏe .

60. Việc lồng ghép các tiêu chuẩn quốc tế về quyền sức khỏe vào hệ thống pháp luật quốc gia có thể giúp tăng cường quy mô và hiệu quả của các biện pháp đền bù, và việc này cần được khuyến khích trong mọi trường hợp.³¹ Việc này cũng giúp các tòa án xử lý được những vi phạm về quyền sức khỏe thông qua việc tham khảo trực tiếp từ Công ước.

61. Các quốc gia thành viên Công ước cần khuyến khích các thẩm phán và các quan chức thực thi pháp luật quan tâm hơn nữa đến những hành vi xâm phạm quyền về sức khỏe trong quá trình thực hiện chức năng của mình.

62. Các quốc gia thành viên cần tôn trọng, bảo vệ, tạo điều kiện và thúc đẩy hoạt động của những người hoạt động thúc đẩy quyền con người và thành viên của các tổ chức xã hội dân sự nhằm giúp đỡ những nhóm xã hội dễ bị tổn thương và bị gạt ra ngoài lề xã hội trong việc hưởng thụ quyền về sức khỏe.

5. Nghĩa vụ của các tổ chức khác ngoài các quốc gia thành viên

63. Vai trò của các cơ quan và chương trình của Liên Hợp Quốc, và đặc biệt là của UNICEF và WHO, trong việc bảo đảm quyền về sức khỏe ở các cấp độ quốc tế, khu vực, quốc gia, là vô cùng quan trọng. Khi xây dựng và thực hiện các chiến lược, chương trình bảo đảm quyền về sức khỏe, các quốc gia thành viên cần tận dụng sự trợ giúp kỹ thuật và sự hợp tác của các tổ chức này. Ngoài ra, khi chuẩn bị báo cáo, các quốc gia thành viên cần sử dụng nguồn thông tin rộng rãi và các dịch vụ tư vấn của các tổ chức này để thu thập dữ liệu và phát triển những chỉ thị và chuẩn mực về quyền sức khỏe.

64. Ngoài ra, những nỗ lực trong việc ghi nhận quyền về sức khỏe cần được duy trì để tăng cường sự tác động lẫn nhau giữa các tổ chức có liên quan, kể cả các chủ thể khác nhau trong xã hội. Theo các Điều 22 và 23 của Công ước, WHO, ILO, UNDP, UNICEF, Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc, Ngân hàng Thế giới, Quỹ Tiền tệ quốc tế, Tổ chức Thương mại thế giới và

các ngân hàng phát triển khu vực và các cơ quan liên quan khác trong hệ thống Liên Hợp Quốc cần tích cực hợp tác với các quốc gia thành viên trên cơ sở điểm mạnh của mỗi cơ quan, tổ chức, nhằm thực hiện quyền về sức khỏe ở cấp độ quốc gia. Cụ thể, các cơ quan tài chính quốc tế, đặc biệt là Ngân hàng Thế giới và Quỹ Tiền tệ Quốc tế, cần chú trọng hơn đến vấn đề bảo vệ quyền về sức khỏe trong các chính sách cho vay, các hiệp định tín dụng và các chương trình điều chỉnh cơ cấu. Khi xem xét báo cáo của các quốc gia thành viên về Điều 12, Ủy ban cũng sẽ đánh giá hiệu quả của việc sử dụng trợ giúp của các tổ chức quốc tế. Việc hành động theo cách tiếp cận dựa trên quyền con người của các cơ quan, tổ chức này sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho việc thực hiện quyền về sức khỏe. Trong quá trình kiểm tra báo cáo của các quốc gia thành viên, Ủy ban cũng sẽ xem xét đến vai trò của các hiệp hội chuyên môn về y tế và các tổ chức phi chính phủ khác có liên quan đến nghĩa vụ của các quốc gia theo quy định ở Điều 12.

65. Vai trò của Liên Hợp Quốc, Văn phòng Cao uỷ Liên Hợp Quốc về người tị nạn, Hội Chữ thập đỏ quốc tế và UNICEF, cũng như của các tổ chức phi chính phủ, các hiệp hội y tế quốc gia là đặc biệt quan trọng trong việc giảm nhẹ những đau khổ sau các thảm họa và cứu trợ nhân đạo trong thời gian khẩn cấp, kể cả trong việc trợ giúp người tị nạn và những người bị mất nơi ở trong nước. Việc trợ giúp y tế quốc tế, phân phối và quản lý các nguồn lực như nước sạch, thức ăn, dụng cụ y tế sạch, có thể mang đi được và trợ giúp về tài chính cần được ưu tiên cho những nhóm xã hội dễ bị tổn thương và bị gạt ra ngoài lề xã hội.

Chú thích

¹ Ví dụ, nguyên tắc về không phân biệt đối xử trong các vấn đề về sức khỏe, hàng hóa, dịch vụ được thể hiện dưới nhiều hình thức trong pháp luật của các quốc gia.

² Trong Quyết định 1989/11.

³ Các nguyên tắc về bảo vệ những người bị bệnh tâm thần và bảo vệ sức khỏe tinh thần do Đại hội đồng Liên Hợp Quốc thông qua năm 1991 (Quyết định 46/119) và Bõnh luận chung số 5 của Ủy ban về quyền kinh tế, xã hội, văn hóa của người khuyết tật; Chương trình hành động của Hội nghị quốc tế về Dân số và Phát triển, tổ chức tại Cai-rô năm 1994, cũng như Tuyên bố và Chương trình hành động của Hội nghị thế giới lần thứ tư về phụ nữ tổ chức tại Bắc Kinh năm 1995 có định nghĩa về sức khỏe sinh sản và sức khỏe phụ nữ.

⁴ Điều 3 chung của bốn Công ước Geneva về bảo vệ nạn nhân chiến tranh (1949); Nghị định thư bổ sung I (1977) về bảo vệ nạn nhân của các cuộc xung đột vũ trang quốc tế, Điều 75 (2) (a) của Nghị định thư bổ sung II (1977) về bảo vệ nạn nhân trong các cuộc xung đột phi vũ trang quốc tế, Điều 4 (a).

⁵ Xem Danh mục mẫu thuốc cần thiết của WHO, sửa lại tháng 12/1999, Thông tin thuốc, WHO, tập 13, số 4, 1999.

⁶ Xem các đoạn 11 và 12 (a) của Bõnh luận chung này.

⁷ Xem các đoạn 18 và 19 của Bõnh luận chung này.

⁸ Xem Điều 19(2) Công ước quốc tế về quyền dân sự và chính trị. Bối cảnh chung này nhấn mạnh đến việc tiếp cận thông tin do tầm quan trọng đặc biệt của vấn đề này liên quan đến sức khỏe.

⁹ Trong lý luận và thực tiễn liên quan đến quyền về sức khỏe, có ba cấp độ chăm sóc sức khỏe được đề cập: *Chăm sóc sức khỏe cấp 1*, chỉ việc điều trị các bệnh chung và tương đối nhẹ do các chuyên gia y tế và/hoặc bác sĩ được đào tạo chung làm việc trong cộng đồng với chi phí tương đối thấp cung cấp; *Chăm sóc sức khỏe cấp 2*, là việc điều trị các loại bệnh nhẹ hoặc nặng mà không thể xử lý trong phạm vi cộng đồng mà được cung cấp tại các trung tâm, thông thường là bệnh viện, có sự tham gia của các chuyên gia y tế và bác sĩ được đào tạo chuyên sâu, với thiết bị đặc biệt và đôi khi chăm sóc bệnh nhân với chi phí tương đối cao; *Chăm sóc sức khỏe cấp 3* chỉ những dịch vụ chỉ do một vài trung tâm cung cấp, điều trị một số ít bệnh nặng mà yêu cầu các chuyên gia y tế và bác sĩ được đào tạo chuyên sâu với thiết bị đặc biệt với chi phí rất cao.

¹⁰ Theo WHO, tỷ lệ tử vong ngay sau khi sinh không còn được sử dụng nữa, thay vào đó là tỷ lệ tử vong của trẻ sơ sinh và dưới 5 tuổi.

¹¹ Thuật ngữ *prenatal* chỉ giai đoạn trước khi đẻ, còn *perinatal* chỉ giai đoạn ngắn trước và sau khi đẻ (trong thống kê y học giai đoạn này bắt đầu từ thời điểm 28 tuần mang thai và kết thúc vào tuần thứ bốn sau khi đẻ); *neonatal*, ngược lại, chỉ giai đoạn bốn tuần đầu sau khi đẻ; trong khi đó, *post-natal* chỉ giai đoạn sau khi đẻ. Trong Bối cảnh chung này, thuật ngữ *prenatal* và *post-natal* được sử dụng.

¹² Sức khỏe sinh sản có nghĩa là phụ nữ và đàn ông được tự do quyết định thời gian sinh con và có quyền được thông báo và được tiếp cận với các phương pháp kế hoạch hoá gia đình an toàn, hiệu quả, chấp nhận được cũng như có quyền tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe phù hợp để giúp người phụ nữ yên tâm trong thời gian mang thai và sinh nở.

¹³ Ủy ban lưu ý về vấn đề đưa ra trong nguyên tắc 1 của Tuyên bố Stockholm năm 1972, trong đó nêu rằng: “con người có quyền cơ bản về tự do, bình đẳng và điều kiện sống thích đáng, trong một môi trường chất lượng mà cho phép một cuộc sống lành mạnh và sung túc”, cũng như trong các văn kiện gần đây của luật quốc tế, kể cả Nghị quyết 45/94 của Đại hội đồng về nhu cầu đảm bảo một môi trường lành mạnh cho mỗi cá nhân; Nguyên tắc 1 của Tuyên bố Rio; và các văn kiện pháp luật về quyền con người của khu vực như Điều 10 Nghị định thư San Salvador bổ sung Công ước Liên Mỹ về quyền con người.

¹⁴ Công ước số 155 của ILO, Điều 4(2).

¹⁵ Xem đoạn 12 (b) và chú thích 8 ở trên.

¹⁶ Về các nghĩa vụ chủ chốt, xem các đoạn 43 và 44 ở trên.

¹⁷ Điều 24(1) Công ước về quyền trẻ em.

¹⁸ Xem Nghị quyết của Hội đồng Y tế Thế giới (WHA) ngày 7/10/1994 có tiêu đề “Sức khỏe bà mẹ và trẻ em và kế hoạch hoá gia đình: Những tập tục truyền thống có hại cho sức khỏe phụ nữ và trẻ em”.

¹⁹ Các văn kiện quốc tế gần đây liên quan tới người bản xứ có thể kể đến bao gồm: Công ước số 169 của ILO về các dân tộc bản địa và bộ lạc ở các quốc gia độc lập (1989); Điều 29 (c) và (d) và Điều 30 của Công ước về quyền trẻ em (1989); Điều 8 (j) của Công ước về Đa dạng sinh học (1992), yêu cầu các quốc gia phải tôn trọng, bảo tồn và duy trì kiến thức, truyền thống trong cộng đồng người bản địa; Chương trình nghị sự 21 của Hội nghị Liên Hợp Quốc về Môi trường và Phát triển (1992 và Tuyên bố Viên và Chương trình hành động (1993) cũng nêu rõ các quốc gia cần thực hiện các biện pháp tích cực để đảm bảo tôn trọng quyền của các dân tộc bản địa trên cơ sở không phân biệt đối xử. Cũng xem trong Lời mở đầu và Điều 3 của Công ước khung của Liên Hợp Quốc về sự thay đổi của khí hậu (1992); và Điều 10 (2) (e) Công ước khung của Liên Hợp Quốc về chống sa mạc hoá ở những nước phải chịu hạn hán nghiêm trọng và/hoặc sa mạc hoá, đặc biệt ở châu Phi (1994). Trong những năm gần đây, ngày càng nhiều có nhiều quốc gia sửa đổi pháp luật của mình để ghi nhận các quyền của người bản địa.

²⁰ Xem Bõnh luận chung số 13, đoạn 43.

²¹ Xem Bõnh luận chung số 3, đoạn 9; Bõnh luận chung số 13, đoạn 44.

²² Xem Bõnh luận chung số 3, đoạn 9; Bõnh luận chung 13, đoạn 45.

²³ Theo các Bõnh luận chung số 12 và 13, nghĩa vụ hoàn thành kết hợp với nghĩa vụ cung cấp và nghĩa vụ tạo điều kiện. Trong Bõnh luận chung này, nghĩa vụ hoàn thành còn kết hợp với nghĩa vụ thúc đẩy do tầm quan trọng to lớn của việc thúc đẩy sức khoẻ trong công tác của WHO và các tổ chức khác.

²⁴ Nghị quyết 46/119 (1991) của Đại hội đồng.

²⁵ Các yếu tố của một chính sách như vậy bao gồm việc xác định, quyết định, điều hành và kiểm soát các vật liệu, thiết bị, tác nhân, quy trình làm việc nguy hiểm; cung cấp hồng tin y tế cho người lao động và cung cấp, nếu cần, trang phục và thiết bị bảo vệ thích hợp; việc thực thi luật pháp và các quy định về an toàn, vệ sinh lao động; yêu cầu thông báo các tai nạn và bệnh nghề nghiệp, tiến hành điều tra các vụ tai nạn và bệnh nghiêm trọng và thực hiện thống kê thường niên; bảo vệ người lao động và đại diện của họ khỏi những biện pháp kỷ luật đối với những hành động của họ phù hợp với một chính sách như vậy; cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe nghề nghiệp với các chức năng phòng bệnh cần thiết. Xem Công ước về an toàn nghề nghiệp và y tế của ILO, 1981 (Công ước số 155) và Công ước về dịch vụ y tế nghề nghiệp, 1985 (Công ước số 161).

26. Điều II, Tuyên bố Alma-Ata thông qua tại Hội nghị Quốc tế về Chăm sóc Sức khoẻ ban đầu, Alma-Ata, 6-12/12/1978, WHO, loạt bài “Sức khoẻ cho mọi người”, số 1, Genena, 1978.

27. Xem đoạn 45 ở trên.

28. Báo cáo của Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển, Cai-rô, 5-13/12/1994 (Liên hợp quốc, tài liệu mã số E. 95. XIII.18), chương I, Nghị quyết số 1, Phụ lục, các chương VII và VIII.

29. Công ước, Điều 2(1).

30. Các quốc gia thành viên bị ràng buộc bởi những điều khoản chung và riêng theo Điều 12. Các quyền chung là quan trọng trong lĩnh vực sức khỏe, chính sách sức khỏe cộng đồng dựa rất nhiều vào việc ngăn chặn và thúc đẩy các chính sách này hướng trực tiếp đến các nhóm dân cư.

31. Xem Bình luận chung số 2, đoạn 9.