

NHÂN QUYỀN, Y TẾ VÀ PHÁT TRIỂN

LOẠT BÀI CHUYÊN ĐỀ SỐ # 08.1

DANIEL TARANTOLA¹, ANDREW BYRNES², MICHAEL JOHNSON³, LYNN KEMP⁴, ANTHONY ZWI⁵, SOFIA GRUSKIN⁶

² Giáo sư về Luật và Phó trưởng khoa phụ trách Nghiên cứu, Khoa Luật, Trường Đại học New South Wales

³ Phó Giáo sư Trường Khoa học xã hội và Nghiên cứu Quốc tế, Trường Đại học

⁴ Phó Giám đốc Trung tâm Đào tạo, Nghiên cứu và Đánh giá Bình đẳng y tế, Trường Đại học New South Wales

⁵ Giáo sư, Trường Y tế công cộng và Y học Cộng đồng, Trường Đại học New South Wales

⁶ Phó giáo sư về Y tế và Nhân quyền, Trường Y tế công cộng Harvard, Boston, MA, USA

NHÂN QUYỀN, Y TẾ VÀ PHÁT TRIỂN

Daniel Tarantola, Andrew Byrnes, Michael Johnson, Lynn Kemp, Anthony Zwi, Sofia Gruskin

Tóm lược

Nhân quyền, y tế và phát triển là các tập hợp những giá trị, cảm hứng và lĩnh vực có quan hệ tương thuộc. Từ những đặc tính căn bản này, bài viết cung cấp một khuôn khổ lý luận và thực tiễn cho phân tích, ứng dụng và đánh giá về y tế, công lý và tiến bộ. Bài viết giới thiệu một khuôn khổ có tính khái niệm minh họa mối quan hệ tương thuộc của các lĩnh vực này đồng thời nêu bật những đặc điểm chính cũng như những nguyên tắc cơ bản của chúng. Tiếp theo trong bài viết là phần mô tả về những tương quan giữa y tế, phát triển và nhân quyền, đưa ra các gợi ý về việc làm thế nào để phân tích và ứng dụng các mối liên kết này trên thực tế. Phương pháp đánh giá tác động của Y tế, Phát triển và Nhân quyền được đề xuất như một phương pháp tiếp cận giúp hướng dẫn và theo dõi các chính sách và chương trình tiến tới tối đa hóa tác động hiệp đồng giữa các lĩnh vực.

NHÂN QUYỀN, Y TẾ VÀ PHÁT TRIỂN

I. Phần giới thiệu

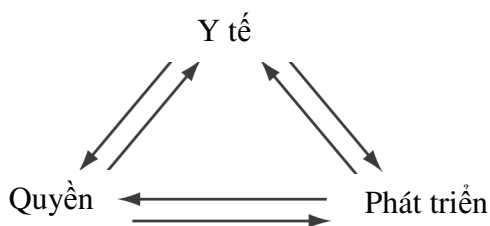
Tất cả những ai công tác về thực thi nhân quyền, cải thiện y tế cho mọi người cũng như làm việc vì sự phát triển của nhân loại đều có chung một nguyện vọng, đó là cải thiện phúc lợi con người, mối quan hệ giữa con người với con người, và cải thiện môi trường nơi chúng ta sinh sống. Mỗi phạm trù đều phản ánh những nguyện vọng riêng và chung về một cuộc sống tốt đẹp hơn, bắt nguồn từ những giá trị đạo đức và vật chất xoay quanh các khái niệm cơ bản về nhân phẩm, công lý, thịnh vượng và tiến bộ. Trong khi cả ba lĩnh vực này đều đã có một bề dày lịch sử đấu tranh, các sự kiện ở hai thế kỷ nay đã nhấn mạnh tầm quan trọng toàn cầu của chúng, đòi hỏi chúng ta phải có những hiểu biết sâu hơn về các mối liên hệ giữa ba lĩnh vực này cũng như tầm quan trọng của việc phát triển các công cụ phân tích nhằm xác định và quản lý tiềm năng của phương pháp tiếp cận dựa trên nhân quyền trong việc cải thiện y tế và tiến trình phát triển.

Nói về các sự kiện trong hai thế kỷ qua, chúng ta phải kể đến cuộc cách mạng công nghiệp thế kỷ thứ 19 ở Châu Âu và những mong ước về một cuộc sống có chất lượng tốt đẹp hơn lại trái ngược hẳn với tình trạng bất bình đẳng về y tế và xã hội đang ngày càng rõ rệt trên đường phố và tại các nhà máy ở các thành phố mới phát triển (Frank và Mustard 1994). Tiếp theo phải kể đến những tiến bộ về y tế công cộng và y học, khám phá ra những tài năng của nhân loại để áp dụng khoa học vào giải quyết các vấn đề mới. Nhiều quốc gia trước đó đã xây dựng các ngành công nghiệp của mình để cạnh tranh với quốc

gia khác nhằm giành được những ảnh hưởng về kinh tế và chính trị, một số nước khác lại bóc lột nặng tay những quốc gia nghèo hơn bằng chế độ cai trị thuộc địa. Những tàn khốc của Thế chiến thứ II đã dẫn đến những thừa nhận về một sự cần thiết có tính cấp bách rằng phải qui định về nghĩa vụ của các chính phủ đối với các công dân của mình, và nghĩa vụ giữa chính phủ với chính phủ (Lauren 1998). Tiến trình trao trả độc lập cho các thuộc địa thời kỳ thập niên 1960, chấm dứt chiến tranh lạnh thập niên 90, (Tarantola 2008), và sự ra đời của nhiều quốc gia độc lập sau đó trong khi quá trình toàn cầu hóa kinh tế đã leo thang nhanh chóng (Benedek et al, 2008) thu hút thêm sự chú ý của giới chính trị cũng như của công chúng về những bất bình đẳng trên toàn cầu về y tế, những chênh lệch về tài sản và nhu cầu thực hiện nhân quyền. Sự lây lan khó ngăn chặn của nạn dịch HIV kể từ đầu thập niên 1980 và phản ứng của toàn cầu về nạn dịch này bắt đầu từ năm 1987 đã tăng cường hiểu biết về mối quan hệ phụ thuộc giữa y tế và nhân quyền. Cụ thể là đã nêu rõ một thực tế là những người chịu nạn phân biệt đối xử và vi phạm nhân quyền - đặc biệt là những người sống trong đói nghèo - lại là những nạn nhân bị nhiễm vi rút HIV một cách không cân xứng (Mann & Tarantola 1996).

Bài viết này khai thác các mối liên hệ giữa những vấn đề đáng quan tâm về nhân quyền, cải thiện sức khỏe cá nhân và cộng đồng, với mục tiêu và các tiến trình phát triển có ý nghĩa trọng tâm đối với vấn đề nâng cao mức sống và các cơ hội về cuộc sống của mọi người dân. Nội dung phân tích của bài viết xoay quanh một khuôn khổ khái niệm đơn giản (Hình 1) minh họa mối tương quan của y tế, phát triển và nhân quyền. Bài viết sẽ nêu rõ những nguyên tắc, giá trị, và đặc điểm cơ bản của nhân quyền, y tế và phát triển khi

đứng độc lập với nhau, cũng như sẽ mô tả mối quan hệ phụ thuộc giữa các lĩnh vực này. Bài viết đặc biệt chú trọng đến cách thức phân tích và củng cố những mối quan hệ này trên thực tiễn. Đồng thời, bài viết cũng đề xuất nên xem Đánh giá Tác động của Y tế, Phát triển và Nhân quyền như một phương pháp tiếp cận có tính thực tiễn mà nó xây dựng nên tác dụng hiệp lực ện giữa ba lĩnh vực này, đưa ra các cơ chế theo dõi và đánh giá một cách minh bạch và có tổ chức nhằm tăng cường trách nhiệm giải trình về tiến độ, trong khi có thể chỉ ra được những điểm hạn chế trong các chính sách và chương trình, và giúp cải thiện thành quả về phúc lợi cho con người .



HÌNH 1. NHÂN QUYỀN, Y TẾ VÀ PHÁT TRIỂN

II. Nhân quyền, Y tế và Phát triển: Khát vọng, Giá trị và Trật tự

Những quan hệ nhân quả sâu sắc giữa nhân quyền, chính sách và chương trình y tế và các phương pháp tiếp cận phát triển tiến bộ có thể được trình bày qua nhiều góc độ khác nhau, như: xuất phát từ nhân quyền (nguồn gốc và hiến pháp của nhân quyền được khai thác ở phần sau); giá trị nhân bản của nhân quyền (nhằm cải thiện cuộc sống của con người); ý nghĩa xã hội (coi mỗi cá nhân là một phần kiến thiết xã hội); nội dung về pháp quy (tiêu chuẩn và định hướng quản lý nhà nước và hợp tác quốc tế); ứng dụng công cụ (các khuôn khổ phân tích, lập chính sách, xây dựng và đánh giá chương trình); căn cứ trật tự (khai thác, lập hồ sơ, nghiên cứu và giảng dạy về lý thuyết và thực hành tại các học viện nghiên cứu); và các

phương pháp huy động sự tham gia của cộng đồng (dựa vào công tác nâng cao nhận thức của cộng đồng, sự tham gia của cộng đồng và vai trò lãnh đạo của cộng đồng). Mặc dù, có thể việc đơn giản hóa quá mức cũng là một hạn chế, song chúng tôi dùng từ "lĩnh vực" để nói về y tế, nhân quyền, và phát triển cho dễ hiểu. Đây là chương tóm tắt các đặc điểm chính của từng lĩnh vực để định ra một cơ sở thông tin chung, giữa các lĩnh vực cần thiết giúp xác định và làm căn cứ xây dựng các mối tương quan của các lĩnh vực này - vốn là mục tiêu chính của bài viết.

NHÂN QUYỀN

Trong thế giới hiện đại, nhân quyền thường được viện dẫn để lý giải cho nhiều yêu sách quan trọng về chính trị, xã hội, kinh tế và văn hóa. Nguồn gốc của quyền (dù là trong luật của tự nhiên, luật do con người tạo ra, lý thuyết về nhu cầu của con người, tiềm năng và sự phồn thịnh, hay trong một vị trí lý luận nào khác) và tính pháp lý của nó là khác nhau. Tuy vậy, quốc tế đã có những thống nhất chung về cốt lõi trọng tâm của những yêu sách về nhân quyền, cụ thể là những yêu sách dưới hình thức nghĩa vụ quốc tế mà các nước thành viên của Liên hiệp quốc đã cam kết (UN) và các công cụ nhân quyền ở các quốc gia này được áp dụng từ sau Thế chiến thứ II (tham khảo ví dụ của Trung tâm Nghiên cứu về Nhân quyền 2005). Đó là thực tế, bất chấp bao nhiêu thử thách của thuyết tương đối về văn hóa và nhu cầu thực hiện nhân quyền trên toàn thế giới theo bối cảnh cụ thể ở nhiều cộng đồng khác nhau. (Baxi 2002; Steiner & Alston 2000). Đã xuất hiện nhiều làn sóng thách thức đối với những luận điểm chủ đạo về nhân quyền, với những yêu sách mới về đảm bảo các quyền con người đã được quốc tế công nhận cho các nhóm đối tượng thứ yếu trong xã hội (các nhóm sắc tộc và dân tộc thiểu số, phụ nữ, trẻ em, người khuyết tật, và

hiều nhóm khác nữa), những người hiểu cả những hứa hẹn về quyền và những hạn chế trong thực tiễn thực hiện quyền. Được làm cho phong phú hơn bằng những triển vọng mới, quyền con người ngày nay đóng một vai trò quan trọng trong việc hình thành các chính sách của nhà nước, chương trình và hoạt động thực tiễn nhằm cải thiện phúc lợi thực tế, tiềm năng của mỗi cá nhân và xã hội.

Nhân quyền là nghĩa vụ của Nhà nước

Nhân quyền bao gồm một tập hợp các nguyên tắc và tiêu chuẩn luật định có thể thấy từ thời cổ xưa mặc dù về diện mạo nhân quyền đã có dấu tích về những nét hiện đại riêng thông qua tác phẩm của các triết gia chính trị và các nhà lãnh đạo ở một số quốc gia Châu Âu thời kỳ thế kỷ thứ 17 (Tomuschat 2003), và của những người đã phát triển và mở rộng theo ý tưởng của họ. Những tàn khốc trong Thế chiến thứ II đã là cơ sở ra đời cho Tuyên ngôn quốc tế về Nhân quyền năm 1948 và tiếp theo là hàng loạt các công ước và hiệp định đã luật hóa bản chất nguyện vọng của Tuyên ngôn quốc tế về Nhân quyền, biến nó thành công cụ ràng buộc trách nhiệm của các nước thông qua luật nhân quyền quốc tế. Trong số đó có Hiệp ước quốc tế về Quyền Chính trị và dân sự (ICCPR), Hiệp ước quốc tế về Quyền Kinh tế, Xã hội và Văn hóa (ICESCR), và cả hai Hiệp ước này đều có hiệu lực vào năm 1976. Ngoài ra, cũng đã có những văn bản có tính chất tương tự được xây dựng ở cấp khu vực, thường kèm theo các thể chế hiệu quả hơn để theo dõi và thi hành các qui định này.

Nhân quyền thường được mô tả là những yêu sách của các cá nhân với chính phủ (và có khi là yêu sách với một cá nhân khác, dù đó là cá nhân con người hay cá nhân tập thể), đơn giản là với tư cách của một con người. Trong trường hợp các công ước quốc tế về nhân quyền và trong nhiều hệ thống luật pháp của một quốc gia, các quyền này nằm trong chính những công cụ pháp lý ràng buộc một cách

chính thức Nhà nước và các thể chế của nhà nước. Một hình thức đảm bảo chính thống về quyền không có nghĩa là người nắm giữ quyền đã thực sự được hưởng đúng những quyền đó và, mặc dù đó là những quyền chính thức, mọi người vẫn bị hạn chế về khả năng thực hiện các quyền này một cách đầy đủ hay không thể thực hiện được. Những đối tượng dễ bị tổn thương nhất trước những vi phạm hoặc thờ ơ về quyền cho họ thường là những người yếu nhất, họ khó có khả năng kháng cự lại tình trạng không thực hiện quyền cho chính mình. Do vậy, sự bình ổn và sức khỏe của những con người này dễ chịu những ảnh hưởng xấu (Farmer 2004).

Mối quan hệ giữa một cá nhân hay một nhóm người là chủ thể nắm quyền với Nhà nước là trọng tâm đối với khái niệm nhân quyền và thực tế thụ hưởng nhân quyền, đồng thời chính là bản chất và phạm vi của những nghĩa vụ của Nhà nước (trong đó có cả nghĩa vụ liên quan đến các hoạt động của khu vực tư nhân), mối quan hệ này có ý nghĩa vô cùng quan trọng đối với việc hiểu biết về cách thức quảng bá nhân quyền và bảo vệ nhân quyền trong thực tiễn (tham khảo hộp dưới đây).

Xưa nay việc phân biệt giữa quyền dân sự và quyền chính trị (đôi khi còn được gọi là 'negative right' tức là nhà nước có quyền tránh không làm một số việc nhất định) với các quyền về kinh tế, xã hội và văn hóa (đôi khi được gọi là 'positive right' tức là nhà nước phải có bổn phận trong việc thực hiện một số việc nhất định) đã từng rất phổ biến. Cách nhìn này đã bị coi là không chính xác và lỗi thời (Tuyên bố Vienna và Chương trình hành động - Vienna Declaration and Programme of Action 1993, Điều 2). Mọi quyền đều cần phân bổ nguồn lực. Ví dụ như trước đây, quyền dân sự về việc được xét xử công bằng được coi là tiền đề của hệ thống pháp luật gồm các quan tòa, tòa án và hỗ trợ pháp luật. Mặc dù, các quyền này theo cách nghĩ truyền thống chỉ là để được công nhận một cách tiến bộ cũng có nhiều thành tố trong đó đòi hỏi phải có hành động khẩn trương (ví dụ như, liên

quan đến việc đảm bảo mọi người đều có quyền được học hành, đòi hỏi phải tiến hành phân tích cơ sở, và xây dựng một kế hoạch 'cẩn thận, cụ thể và có mục tiêu càng rõ ràng càng tốt để có thể thực hiện được nghĩa vụ đối với quyền đó') (Nhận xét chung số 3 của Ủy ban của Liên Hiệp Quốc về Quyền Kinh tế, Xã hội và Văn hóa), và có thể có nhiều thành tố có tính chất công lý (Eide 1995).

Bản chất của Nhân quyền và Hình thức các Nghĩa vụ của Nhà nước

Các quyền căn bản của con người được khẳng định là không chuyển nhượng được (là những quyền mà con người hiển nhiên có do sự tồn tại của mình như một con người); không thể tách rời (cá nhân không thể bị khước từ một quyền chỉ vì quyền đó bị cho là ít quan trọng hơn hay không cần thiết); và có quan hệ phụ thuộc lẫn nhau (tất cả các nhân quyền đều là một phần của khuôn khổ có tính chất bù phụ, việc hưởng một quyền có ảnh hưởng đến và chịu ảnh hưởng của tất cả các quyền khác) (Tuyên bố Tại Vienna năm 1993).

Hiện tại, cách tiếp cận có ảnh hưởng lớn nhất ở cấp quốc tế đối với việc hiểu về các góc độ khác nhau của nhân quyền là hình thức ba khía cạnh trong bản chất và phạm vi nghĩa vụ của Nhà nước như sau: đối với tất cả các quyền, mọi chính phủ có nghĩa vụ phải tôn trọng, bảo vệ và thực thi từng quyền một (Maastricht 1997). Một là, Nhà nước phải *tôn trọng* nhân quyền, điều này đòi hỏi các chính phủ không được can thiệp trực tiếp hay gián tiếp đến việc thụ hưởng nhân quyền. Hai là, Nhà nước cũng có nghĩa vụ *bảo vệ* nhân quyền, điều này đòi hỏi các chính phủ phải có các biện pháp phòng chống các thế lực bên ngoài Nhà nước không cho các thế lực đó can thiệp vào việc thụ hưởng nhân quyền, và có nghĩa vụ đưa ra các chế tài pháp lý và hình thức chế tài khác có thể áp dụng và có hiệu quả xử lý vi phạm về nhân quyền.

Cuối cùng là Nhà nước có nghĩa vụ *thực hiện* nhân quyền, điều này đòi hỏi Nhà nước phải áp dụng các biện pháp lập pháp, hành chính, ngân sách, tòa án, quảng bá, và các biện pháp khác phục vụ mục tiêu thực hiện nhân quyền một cách đầy đủ, nhờ đó tạo điều kiện cho phép người dân trên thực tế được thụ hưởng quyền của mình một cách đầy đủ. Hình thức ba khía cạnh này đã chứng minh được tính hữu hiệu của nó trong việc xây dựng nên nội dung cụ thể cho nhiều quyền về kinh tế và xã hội - trong đó có Quyền được chăm sóc y tế.

Quyền được chăm sóc y tế

Quyền cho mỗi cá nhân được thụ hưởng những tiêu chuẩn tốt nhất có thể về thể chất và tinh thần - hay quyền được chăm sóc y tế theo cách thường gọi - có xuất hiện trong rất nhiều tài liệu nhân quyền của quốc tế và trong khu vực dưới một trong hai tên gọi. Hơn nữa, hầu hết từng điều khoản khác nhau trong các tài liệu quốc tế về nhân quyền này đều có hàm ý về sức khỏe. Quyền được chăm sóc y tế được xây dựng trên, song không bị hạn chế vào phạm vi Điều 12 của Tuyên ngôn các Quyền Kinh tế, Xã hội và Văn hóa. Hầu hết các công ước quan trọng của quốc tế và trong khu vực về nhân quyền đều có các điều khoản có liên quan đến sức khỏe, ví dụ như Công ước quốc tế về Xóa bỏ Mọi hình thức Phân biệt chủng tộc (CERD), Công ước Xóa bỏ mọi hình thức Phân biệt đối xử đối với Phụ nữ (Discrimination against Women (CEDAW), Công ước về Quyền trẻ em (the Convention on the Rights of the Child (CRC), và Công ước về Quyền của người khuyết tật (Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD).

Quyền được chăm sóc y tế không có nghĩa là quyền phải được khỏe mạnh, mà nó hàm chứa nghĩa vụ của chính phủ đối với việc phải tạo ra các điều kiện cần thiết cho phép mỗi cá nhân con người có được trạng thái sức khỏe tối ưu. Năm 2000, Ủy ban của Liên hiệp quốc

về các Quyền Kinh tế, xã hội và Văn hóa đã thông qua một tài liệu Bình luận chung diễn giải nội dung các nghĩa vụ của chính phủ liên quan đến Quyền được chăm sóc y tế (Bình luận chung số 14 của Ủy ban Liên hiệp quốc về Quyền Kinh tế, xã hội và Văn hóa). Bên cạnh việc làm rõ vai trò trách nhiệm của chính phủ về các chính sách, chương trình và thực hành có ảnh hưởng đến nhiều điều kiện cần thiết cho sức khỏe, tài liệu Bình luận này còn định ra những yêu cầu về cung cấp dịch vụ y tế, gồm các yêu cầu về *tính sẵn có, tính hợp lý, tính dễ tiếp cận và chất lượng*. Tài liệu này còn hướng dẫn thực hiện Điều khoản 12 và đề xuất áp dụng một khuôn khổ theo dõi, giúp chỉ ra nhiều cách có thể thực hiện trách nhiệm của nhà nước thông qua hệ thống pháp luật của quốc gia. Hiện tại, đã có trên 100 Hiến pháp quốc gia công nhận Quyền được chăm sóc y tế và con số này tiếp tục tăng lên khi các văn bản Hiến pháp được viết lại hoặc được cập nhật (Kinney 2001).

Nếu đặt trong bối cảnh Quyền được chăm sóc y tế, ta có thể thấy rõ tính chất tương hỗ của nhân quyền, quá trình phát triển, và sức khỏe được cải thiện với vai trò là thước đo của phát triển. Các quyền liên quan đến vấn đề tự chủ, thông tin, giáo dục, thực phẩm và dinh dưỡng, tự do hội họp, sinh con, bình đẳng, đặc điểm giới tính, tham gia và không bị phân biệt đối xử là những yếu tố cấu thành và không thể tách rời của việc đạt được một điều kiện sức khỏe tối ưu nhất. Cũng tương tự như vậy, việc thụ hưởng Quyền được chăm sóc y tế, không thể tách biệt với việc thụ hưởng hầu hết các quyền khác dù các quyền đó là quyền dân sự và chính trị, kinh tế, xã hội hay văn hóa (ví dụ như, việc thụ hưởng quyền được làm việc, quyền được giáo dục, hay quyền có cuộc sống gia đình) (Leary 1994). Phân tích các quyền về giới, sinh sản và giới tính cũng làm nổi bật tính chất phụ thuộc lẫn nhau của các quyền con người. Quyền được chăm sóc y tế của một người phụ nữ liên đới với các quyền về kinh tế, xã hội và văn hóa, các quyền về dân sự và chính trị, và có ảnh hưởng đến bản thân cá

nhân người phụ nữ đó cũng như toàn bộ gia đình của họ. (Petchesky 2003). Điều ghi nhận này dựa trên quan sát thực tế và một loạt các bằng chứng về tác động đối với trạng thái sức khỏe của con người do các quyền đó chưa được thực hiện đầy đủ - giáo dục, không phân biệt đối xử, thực phẩm và dinh dưỡng là những hình ảnh thu nhỏ của mối quan hệ này. (Gruskin & Tarantola 2001). Trái lại, tình trạng sức khỏe yếu kém có thể hạn chế việc thực hiện đầy đủ tất cả các quyền, do khả năng đòi hỏi và thụ hưởng tất cả các nhân quyền của mỗi cá nhân có thể phụ thuộc vào tình trạng thể chất, tinh thần và xã hội của chính mình. Ví dụ như khi các quốc gia không hoàn thành được nghĩa vụ của họ, tình trạng sức khỏe kém có thể gây ra nạn phân biệt đối xử - như thường thấy trong bối cảnh có HIV, bệnh ung thư hay bệnh về tâm thần. Sức khỏe yếu kém còn có thể gây ra hậu quả người có sức khỏe kém bị thôi việc hay bị từ chối không được làm việc, tình trạng vô gia cư hay thiếu an ninh xã hội, và bị hạn chế tiếp cận với thực phẩm hay giáo dục và kết cục có thể là không đạt được những tiềm năng về phát triển xã hội và kinh tế.

Hình thức 3 chiều về nghĩa vụ nhân quyền - gồm nghĩa vụ tôn trọng, bảo vệ và thực hiện đầy đủ – được xây dựng ban đầu trong bối cảnh các quyền kinh tế và xã hội (Eide 1995) đã đặc biệt có ích trong việc chỉ ra các bước một chính phủ cần thực hiện liên quan đến từng nghĩa vụ của chính phủ đó. Trong bối cảnh Quyền được chăm sóc y tế, nghĩa vụ *tôn trọng* được hiểu là không cho phép các chính sách y tế, thông lệ, chương trình hay biện pháp pháp luật vi phạm trực tiếp đến Quyền được chăm sóc y tế của một cá nhân. Chẳng hạn như, mang con người đến một nơi có hại cho sức khỏe. Các chính sách cần đảm bảo cung cấp dịch vụ y tế cho mọi người dân trên cơ sở bình đẳng và không phân biệt đối xử, đặc biệt quan tâm đến các nhóm dân số dễ bị tổn thương và thứ yếu (Hunt 2008). Nghĩa vụ *bảo vệ*, về phương diện Quyền được chăm sóc y tế, là chính phủ phải ban hành các qui định một cách hợp lý cụ thể cho nhiều đối

tượng ngoài Nhà nước như ngành y tế (gồm các nhà cung cấp dịch vụ y tế và xã hội thuộc khối tư nhân, các hãng dược phẩm và bảo hiểm y tế tư nhân) và, lớn hơn, là các doanh nghiệp trong nước và đa quốc gia, có đóng góp trong các ngành kinh tế thị trường và có ảnh hưởng quan trọng đến lối sống, sự nghiệp và trạng thái sức khỏe của nhiều cá nhân cũng như của cộng đồng. Lực lượng những đối tượng ngoài nhà nước này rất phong phú, đa dạng, và ngày càng lớn mạnh. Họ gồm các doanh nghiệp thương mại, với nhiều hoạt động có ảnh hưởng lớn đến môi trường - như các hãng sản xuất năng lượng, các nhà sản xuất công nghiệp và nông nghiệp - ngành thực phẩm và giới báo chí, truyền thông. Mỗi thành phần trong số họ đều có khả năng thúc đẩy và bảo vệ, hay thờ ơ và vi phạm Quyền được chăm sóc y tế (cũng như các quyền khác) trong chính phạm vi lĩnh vực hoạt động của mình. Cuối cùng là nghĩa vụ *thực hiện đầy đủ* Quyền được chăm sóc y tế, nghĩa vụ này bao gồm nhiệm vụ ban hành những chính sách về sức khỏe và liên quan đến sức khỏe phù hợp đảm bảo thúc đẩy và bảo vệ nhân quyền, chú trọng ngay lập tức đến các nhóm người dễ bị tổn thương và thứ yếu, nơi mà giá trị của sức khỏe và các lợi ích khác đối với cá nhân và tập thể có ý nghĩa lớn hơn.

Quyền phát triển

Năm 1986, Đại Hội đồng Liên hiệp quốc đã thông qua và ban hành Tuyên ngôn về Quyền Phát triển, Điều 1 của Tuyên ngôn này nêu rõ "quyền phát triển là 1 quyền không thể chuyển nhượng qua đó mọi cá nhân con người và tất cả các nhóm dân số đều có quyền tham gia, đóng góp, và được hưởng các phát triển về kinh tế, xã hội, văn hóa và chính trị trong đó tất cả các quyền con người và tự do cơ bản được thực hiện một cách đầy đủ" (Tuyên ngôn Quyền Phát triển). Một cá thể con người được coi là đối tượng hưởng lợi về quyền phát triển, cũng như về tất cả các nhân quyền khác. Mọi cá nhân và mọi nhóm người đều có thể đòi hỏi quyền phát triển và mỗi quốc gia đều có nghĩa vụ đảm bảo

điều kiện tiếp cận bình đẳng và đầy đủ đến các nguồn lực thiết yếu, và cộng đồng quốc tế có nghĩa vụ phát huy chính sách phát triển công bằng và hợp tác quốc tế hiệu quả. Tuyên bố Vienna và Chương trình Hành động được thông qua năm 1993 tại Hội nghị Thế giới về Nhân quyền đã công nhận rằng nền dân chủ, phát triển và tôn trọng nhân quyền và các tự do căn bản có mối quan hệ phụ thuộc lẫn nhau và củng cố lẫn nhau. (Vienna năm 1993, Điều 8). Tuyên bố tại Vienna khẳng định lại quyền phát triển là quyền toàn cầu và không thể chuyển nhượng được, và là một phần không thể tách rời của các nhân quyền cơ bản. Tuyên bố này cũng nêu rõ rằng mặc dù phát triển tạo điều kiện cho việc thụ hưởng tất cả các nhân quyền, song không thể viện dẫn việc thiếu phát triển làm lý do c sự hạn chế các quyền con người khác đã được quốc tế công nhận. (Vienna 1993, Điều 10).

Tuyên ngôn về quyền phát triển đã gây nhiều tranh cãi bởi có một số ý kiến chỉ trích cho rằng tuyên bố này sẽ cho phép nhà nước lạm dụng, lấn át các quyền con người cụ thể vì mục đích đảm bảo thực hiện quyền phát triển mơ hồ hơn. Cũng có ý kiến tỏ ý quan ngại rằng nhờ tuyên ngôn đó mà nhà nước có thể lại trở thành người nắm giữ quyền chứ không phải là cá nhân hay người dân, trong đó những nước có thu nhập thấp lại có quyền được kêu gọi trợ giúp từ các nước có thu nhập cao hơn (tham khảo Kirchmeir 2006). Mặc dù vậy, hiển nhiên là có một mối quan hệ mật thiết giữa quyền phát triển với quyền được chăm sóc y tế – việc thụ hưởng quyền có đủ tiêu chuẩn sức khỏe vừa là mục tiêu của việc thực hiện quyền phát triển, lại vừa là phương tiện góp phần cho phát triển (Sengupta 2002; Marks 2005).

Y TẾ TRONG GIAI ĐOẠN CHUYỂN ĐỔI

Các tiềm năng về y tế phản ánh sự thay đổi nhanh chóng về thực tế cũng như cơ hội trong thế giới toàn cầu hóa ngày nay. Việc đáp ứng

những nhu cầu về y tế lại được quyết định bởi cách chúng ta giải quyết vấn đề về quyền và tiếp cận quyền lực cũng như nguồn lực như thế nào. Phần này của bài viết có mục tiêu xác định ra những thành quả chính trong y tế công cộng, biện pháp và cách tiếp cận góp phần hỗ trợ các thành quả đó, và những thách thức của việc chuyển đổi cơ cấu xây dựng chính sách và cung cấp dịch vụ.

Tổ chức Y tế Thế giới đã định nghĩa về sức khỏe năm 1948, trong hiến pháp của tổ chức, như sau 'tình trạng hoàn toàn thoải mái cả về thể chất, tinh thần và xã hội chứ không chỉ đơn giản là tình trạng không bị bệnh tật hay đau yếu' (Tổ chức Y tế thế giới 1948, 1). Định nghĩa này đã được chỉnh sửa có bổ sung nội dung về khả năng 'có một cuộc sống phong phú về xã hội và kinh tế'. Sen (1999) đã định nghĩa sức khỏe là yếu tố quyết định chủ yếu về khả năng thụ hưởng một tập hợp lớn hơn các quyền và quyền lợi của một cá nhân hay một nhóm người. Y tế công cộng, được định nghĩa là 'một nghệ thuật và khoa học phòng bệnh, tăng cường sức khỏe, và kéo dài tuổi thọ thông qua những nỗ lực có tổ chức của xã hội' (Acheson 1988), đã mô tả rất rõ về những thách thức đối với lĩnh vực này. Khái niệm này cũng củng cố quan điểm của nhiều người công nhận việc tăng cường sức khỏe đòi hỏi nỗ lực của nhiều ngành và của "cấp cao" tham gia giải quyết những nhân tố quyết định của sức khỏe, lớn hơn rất nhiều so với nỗ lực đơn giản là cải thiện điều kiện tiếp cận y tế (Baum 2007; Baum & Harris 2006).

Trong hai thập kỷ qua, giáo dục tốt hơn, dinh dưỡng được cải thiện và những tiến bộ về môi trường, bao gồm nước và vệ sinh chất lượng tốt hơn, điều kiện làm việc an toàn hơn và điều kiện nhà ở được cải thiện, đã góp phần tăng cường thành quả về sức khỏe. (Frank & Mustard 1994; tổ chức Y tế Thế giới 1999). Tuổi thọ đã tăng đáng kể tại nhiều nước có thu nhập trung bình và thu nhập cao, những nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ sơ sinh đã và có tiềm năng sẽ được giải quyết. Công nghệ phát triển giúp ngăn

chặn nhiều căn bệnh truyền nhiễm, thương tích và các bệnh không truyền nhiễm, cũng như giúp chữa trị và quản lý tình trạng sức khỏe kém. Bất chấp những thành quả quan trọng như vậy trong công cuộc giải quyết các vấn đề phơi nhiễm mà các hoạt động này nó có thể gây rủi ro đến tính mạng con người kể cả việc sinh con (Freedman et al, 2007), những lợi ích của tiến bộ về kinh tế, an ninh nhân loại, và tiếp cận y tế chưa thực sự được chia sẻ một cách công bằng, và vẫn còn tồn tại những chênh lệch lớn trong một quốc gia và giữa các quốc gia với nhau. (Tổ chức Y tế thế giới 1995). Ngay với thành công về kiểm soát tỉ lệ tử vong ở trẻ, ở nhiều quốc gia nghèo, như Châu Phi, vẫn xảy ra tình trạng tỉ lệ tử vong cao một cách bất hợp lý (Black et al, 2003). Tại một số nước, đặc biệt là những nước có xảy ra xung đột hay có chế độ đàn áp thì tình hình sức khỏe của người dân đã bị xuống cấp (Zwi et al, 2002) còn ở các cộng đồng nghèo nhất thì tình hình sức khỏe là nghiêm trọng nhất.

Trong nửa thế kỷ qua, khả năng kiểm soát nhiều bệnh truyền nhiễm có khả năng gây tử vong cao đã thành công nhờ những hiểu biết tốt hơn về nguyên nhân gây bệnh, phát triển kỹ thuật trong việc ngăn chặn và ngăn ngừa các yếu tố phơi nhiễm hay việc cải thiện việc chẩn đoán điều trị và quản lý bệnh. Trường hợp xoá bỏ bệnh đậu mùa là do khả năng loại trừ hoàn toàn một vi sinh vật gây bệnh. Thành công trong phòng ngừa và kiểm soát các bệnh không truyền nhiễm thì có phần kém hạn chế hơn. Các căn bệnh liên quan đến hút thuốc lá, bệnh béo phì, ung thư và thương tích, đều đang gia tăng; các vấn đề về sức khỏe tâm thần, ở phạm vi toàn dân, đều chưa giải quyết được một cách hiệu quả (Boutayeb 2006). Nhiều quốc gia vẫn phải đối mặt với các bệnh truyền nhiễm và không truyền nhiễm (Lopez et al, 2006).

Trong khi y tế công cộng mới, theo tuyên bố tại Hiến chương Ô-ta-oa về Thúc đẩy y tế (Hiến chương Ô-ta-oa năm 1986), khi nêu bật những nỗ lực nhằm xây dựng chính sách cho người dân có sức khỏe tốt, tạo môi trường nhiều hậu

thuần, tăng cường hành động của cộng đồng và định hướng lại các dịch vụ y tế hướng tới triển vọng mở rộng, thì thành quả trong những lĩnh vực này vẫn còn hạn chế (Leger 2007; Wise & Nutbeam 2007). Định nghĩa về y tế trong Hiến chương y tế là "được tạo nên bởi việc tự chăm sóc bản thân và chăm sóc người khác, khả năng ra quyết định và kiểm soát các tình huống trong cuộc sống của một người, và bằng việc đảm bảo rằng xã hội nơi người đó sinh sống có thể tạo điều kiện cho phép mọi thành viên của xã hội đó được chăm sóc y tế" và định nghĩa này trên thực tế chưa được áp dụng ở rất nhiều nước (Hiến chương Ô-ta-oa 1986, điều 3).

Vai trò của Nhà nước trong việc cung cấp các dịch vụ y tế và đảm bảo các nhu cầu cơ bản cho sức khỏe và phát triển đã gặp nhiều thách thức và trong nhiều trường hợp đã bị suy giảm. Càng ngày khối tư nhân và các cơ sở ngoài nhà nước càng được tham gia nhiều hơn vào quá trình cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế, chủ yếu là trong một khuôn khổ ý tưởng và kinh tế mà trong đó việc chăm sóc sức khỏe được coi là một hoạt động thương mại mà không nhận ra sự tồn tại của sự thất bại đáng kể của thị trường. Những đối tượng ngoài nhà nước có thể lực hiện đang tham gia ngày càng nhiều trong việc xây dựng các chương trình xoay quanh lĩnh vực y tế công cộng (Cohen 2006). Các tổ chức đa phương, quỹ tư nhân và Ngân hàng thế giới đã trở thành những thế lực có ảnh hưởng lớn hơn cả Tổ chức Y tế thế giới trong việc định hình các chính sách y tế công cộng và những đáp ứng của các dịch vụ y tế tại các nước có thu nhập thấp và trung bình (Martens 2003).

Nhiều quỹ siêu quốc gia mới, như Quỹ Toàn cầu phòng chống AIDS bệnh Lao và Sốt rét, không những đã hỗ trợ nguồn lực lớn về tài chính mà còn tham gia quyết định phương pháp giải quyết các vấn đề chính về y tế của các nước (Garrett 2007). Quan hệ đối tác giữa nhà nước và tư nhân đã phát triển, góp phần đảm bảo nguồn đầu tư công cho việc phát triển các chương trình và công nghệ mới, và đồng thời tham gia định hình ra các loại dịch

vụ nào nên có trong các hoàn cảnh cụ thể nào (Buse & Walt 2000a và 2000b; Richter 2004). Các quỹ tư nhân, như Quỹ Bill và Melinda Gates (Bill and Melinda Gates Foundation) cung cấp tài chính cho các hoạt động phát triển y tế nhiều hơn bất cứ cơ quan song phương hay đa phương nào khác, và xác định các vị trí ưu tiên và chuyển các nguồn lực dành cho về y tế cũng như nghiên cứu nếu như trách nhiệm giải trình hạn chế hoặc không có hệ thống giải trình sang cho những đối tượng chịu ảnh hưởng nhiều nhất của các quyết định này. (Okie 2006). Kết quả của các cơ chế mới về cung cấp ngân sách cho phát triển được thể hiện ở việc cải thiện các hệ thống y tế và năng lực của nguồn nhân lực không chỉ trong việc thực hiện các chương trình cụ thể, mà còn cung cấp một khuôn khổ toàn diện đảm bảo việc cải thiện sức khỏe, công bằng trong tiếp cận dịch vụ, chất lượng tốt hơn và tăng cường được sự tham gia của các bên. Việc tăng cường các dịch vụ y tế đã trở thành một nhu cầu cấp bách, trước những chênh lệch giữa đầu tư và lợi ích thực tế có được (Tổ chức Y tế thế giới 2007).

Nhân tố quyết định của Y tế

Những vấn đề chủ chốt cũng như thách thức lớn về y tế ngày càng được thể hiện rõ như các vấn đề về có tính chuyên môn, đòi hỏi phải có sự tham gia của các "chuyên gia". Đây là đề tài bàn cãi của nhiều nhà bình luận và các tổ chức xã hội dân sự, như Phong trào Y tế cho Người dân (People's Health Movement), thu hút mọi sự chú ý vào vai trò trung tâm của các cộng đồng, tổ chức phi chính phủ và Nhà nước trong việc xây dựng môi trường mà ở đó quyền được chăm sóc y tế và quyền phát triển được quảng bá và đảm bảo (People's Health Movement 2006).

Trong khi y tế được xem là có liên quan đến nhiều yếu tố quyết định, và có đồng ý kiến công nhận y tế lớn hơn chăm sóc sức khỏe rất nhiều, thì hiện tại còn thiếu các chiến lược nhằm thực hiện các cam kết và đảm bảo đủ nguồn lực

cần thiết để khắc phục những bất công trong tiếp cận các nhân tố quyết định này (Gruskin & Tarantola 2002). Điều quan trọng nhất là khả năng định hình và đánh giá như thế nào là công bằng và bất công bằng, cách nó, cách nhận định và giải quyết ra sao, để từ đó tìm nguồn lực từ đâu để giải quyết. Có thể nói rằng quyền, chính trị và quyền lực đang tịnh tiến dần vào giai đoạn trung tâm (Farmer 2004).

PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI

Phát triển con người là việc nâng cao mức độ và tiêu chuẩn phúc lợi cho cá nhân và tập thể, cả về chất và về lượng – phúc lợi gồm các thành tố góp phần mang lại khả năng tự dưỡng, tự trọng và tự do và là mục tiêu chung của mọi cá nhân, mọi nhóm người, của các quốc gia và cộng đồng quốc tế. Phát triển con người có tính chất cụ thể và có thể nhằm vào những đối tượng có mức độ phúc lợi thấp hơn người khác và không tương xứng với tiềm năng của chính họ (Thirlwall 1999). Nhiều nhân tố có vai trò trong việc quyết định năng lực của cá nhân và nhóm người trong việc tham gia vào và được hưởng lợi từ sự phát triển cũng như phúc lợi cá nhân và tập thể. Tình hình về nhân quyền là một trong nhiều nhân tố đó.

Các phương tiện để đạt được những cải thiện trong phúc lợi cá nhân và xã hội đã ra đời theo nhiều cách khác nhau qua thời gian nhờ những tiến bộ về tri thức của con người, năng lực kinh tế và hiện đại hóa về thể chế. Người ta cũng nhận thấy rõ vị thế của một cá nhân hay của một nhóm người phụ thuộc vào sự công nhận và tôn trọng của những người khác, và để thành công thì một qui trình phát triển phải tính đến triển vọng về "các quyền" (Frankovits et al, 2001).

Phát triển và Thay đổi

Theo các nhà kinh tế học từ thời Adam Smith cho đến nay, quá trình thay đổi và phát triển chưa bao giờ có tính chất thường quy, tuyến tính hay phân bố đều. Mà thực sự, quá trình này đã

trở nên gập ghềnh hơn khi có chủ nghĩa tư bản, khi đổi mới về xã hội, văn hóa và chính trị (cùng với sự suy vong của các hệ thống xã hội, kinh tế và chính trị truyền thống), tích lũy về vốn, phát triển thị trường, thay đổi về công nghệ và việc xây dựng các quốc gia liên minh tiến triển nhanh chóng ở Bắc Âu rồi lan rộng ra các khu vực khác. Quá trình phát triển có thể được nhìn nhận là một sự thay đổi định tính về các điều kiện và tăng trưởng là điều kiện tiên quyết thiết yếu để lượng hóa sự thay đổi. Joseph Schumpeter đã mô tả đặc điểm này là 'sự phá hủy có tính sáng tạo', diễn biến nhanh chóng trước tiên ở các quốc gia phát triển nhất rồi thành nhiều làn sóng không đều nhau lan rộng ra các quốc gia trên thế giới (Schumpeter 1969, 253). Các quá trình thay đổi đều đã chứng kiến sự phá hủy và thay thế của nhiều phần giá trị quan trọng đã tồn tại trước đó (như văn hóa) và những mô hình quan hệ xã hội và kinh tế, bao gồm cả các quyền có liên quan, tại các hộ gia đình, cộng đồng nông thôn, thành thị, và tại các quốc gia. Sự xuất hiện các quyền mới của cá nhân và hệ thống xã hội (trong đó có tài sản), các mối quan hệ, các hệ thống sản xuất, và các cơ cấu quản trị mới là để thay đổi việc phân bổ thu nhập cũng như các hệ thống quyền lực về kinh tế xã hội và chính trị (Xem North in Atkinson et al, 2005).

Tự do đến Tự do mới—Mô hình của Sự Phát triển

Việc xuất hiện sự chênh lệch ngày càng lớn về mức sống giữa các cá nhân cũng như giữa các quốc gia cùng với các cuộc cách mạng nông nghiệp, công nghiệp và dịch vụ tại Châu Âu đã dẫn tới việc nghiên cứu các nhân tố bên trong đã góp phần vào thành công của nước Anh, quốc gia công nghiệp hóa đầu tiên, nhằm tìm ra khả năng phát huy thành công này ở các nước khác và mở rộng việc hội nhập về kinh tế, xã hội và chính trị giữa các quốc gia (Cohn 2008, 8). Mô hình phát triển ra đời ở thế kỷ 18, dựa trên những tri thức của John Locke và Adam Smith, đã chú trọng vào tầm quan trọng của đối với hệ thống mới xuất hiện của việc mở rộng các mối quan hệ tài sản cá nhân nhằm tạo điều kiện

việc thực hiện chủ nghĩa tự do. Đặc điểm chính của hệ thống mới này gồm có: mưu cầu lợi ích kinh tế riêng của cá nhân, xây dựng các hệ thống tài chính vững chắc và toàn cầu; thiết lập và mở rộng các hệ thống thị trường cạnh tranh; và những hạn chế về năng lực của các chương trình và chính sách của nhà nước đối với sự phát triển thị trường thu hẹp (Cohn 2008, 73). Các mục tiêu nằm trong mô hình chính sách chủ đạo về kinh tế và (tự do) chính trị đang áp dụng ở các quốc gia giàu mạnh hơn lại được ủng hộ tại các nước đang phát triển như là giải pháp đối với các vấn đề về phát triển tại những nước này. Các mục tiêu đó đã trở thành một phần của cái gọi là phương pháp tiếp cận tự do mới về cải cách chính sách được đặc trưng bởi danh mục cải cách 10 điểm của các quốc gia đang phát triển có tên gọi là Thỏa thuận Oa-xinh-tơn (Washington Consensus) (Stiglitz 2002; Stiglitz trong Atkinson et al, 2005, 16; Williamson 1990).⁷ Mục đích của Thỏa thuận này thông qua việc áp dụng các chính sách như qui định cắt giảm, qui định về thuế, về chi tiêu công (Rodrik trong Atkinson 2005, 212), là tăng cường ảnh hưởng của việc kêu gọi bãi bỏ một số qui định và mở cửa các nền kinh tế trong nước ở những quốc gia đang phát triển ra thế giới, mở rộng trao đổi thị trường và phân phối một cách hiệu quả nhất nếu có thể các nguồn lực và, nhờ đó, tối đa hóa các mức phúc lợi cá nhân ở mọi mức thu nhập tài chính.

Thất bại của Thỏa thuận Oa-xinh-tơn

Những ý tưởng trong Thỏa thuận Oa-xinh-tơn (Washington Consensus) cũng như ở các văn bản trước Thỏa thuận đã bị chỉ trích là căn cứ trên những giả định quá đơn giản còn nhiều hạn chế, thể hiện sự thiếu cân nhắc về những đóng góp thực tế đối với quá trình phát triển. Những tuyên bố trong Thỏa thuận Oa-xinh-tơn cho rằng sự mở rộng các quyền tài sản, nhóm quyền duy nhất được đề cập đến là đủ cho sự phát triển đã bị chỉ trích. Như Sen đã chỉ rõ, *những quyền tự do* trong những ý tưởng như thể tự thân chúng còn chưa đủ để có được sự phát triển thực chất, vì phát triển vốn là một

quá trình thiết lập các điều kiện bao quát hơn cho phép con người phát triển *những năng lực* cá nhân vì sự phát triển của mỗi con người (Sen 1999). Hay nói cách khác, việc chỉ theo đuổi các quyền về tài sản không thôi thì chưa đủ để đạt được nhiều mục tiêu của tăng trưởng đa ngành *một cách cân đối* để có thể phát triển sâu và rộng (see Thirlwall 1999, 323). Để đạt được yêu cầu này, đòi hỏi phải mở rộng ra thêm nhiều quyền hơn chứ không chỉ đảm bảo đáp ứng về tài sản. Về cơ bản, mô hình tự do mới đã thất bại trong việc hiểu thấu vai trò quan trọng của các thể chế, được định nghĩa là các giá trị và qui tắc không chính thức trong hành vi quản lý nhà nước, (xem North 1990; North trong Atkinson A et al, 2005, 1) hoặc là vai trò quan trọng của thể chế với tư cách là những tổ chức chính thức mà thông qua đó năng lực thay đổi của các cá nhân và cộng đồng (xem Jutting 2003; và Rodrik trong Atkinson 2005, 209). Theo tổng hợp của Sachs, Thỏa thuận Oa-xinh-tơn (Washington Consensus) chủ yếu chú trọng vào việc thực hiện các quyền lợi (và những lý tưởng có liên quan) của các cường quốc phát triển dựa trên những quốc gia đang phát triển mà chưa giải quyết được *chênh lệch* ngày càng lớn về mức sống giữa các nước phát triển và các nước đang phát triển nơi có tỉ lệ đói nghèo cao (Sachs 2005).

Khắc phục "Chênh lệch" về Phát triển

Các chiến dịch trong ba thế kỷ qua nhằm giải phóng cá nhân và cộng đồng khỏi các hệ thống kiểm soát chính thức độc đoán như ở chế độ phong kiến và chế độ nô lệ đã trở thành nền móng cho công cuộc kiến tạo tình trạng tốt hơn về tâm lý, phúc lợi y tế, xã hội và vật chất đồng thời mở ra tiềm năng phát triển hơn nữa. (Grayling 2007; Ishay 2004). Các nghiên cứu về phát triển cho thấy quá trình này là năng động, đặc trưng bởi những khác biệt giữa các cá nhân, các nhóm người và đặc biệt là giữa các quốc gia. Quá trình này kêu gọi sự thiết lập các quyền con người cơ bản,

cải thiện năng lực con người, như sức khỏe, xây dựng thể chế và các hệ thống sản xuất tạo tiềm lực cho phát triển. Khía cạnh này cũng đã được thảo luận rõ ở phần trước về Thỏa thuận Oa-sinh-tơn.

Vấn đề *chênh lệch* về phát triển giữa các nền kinh tế công nghiệp đi trước và các quốc gia khác do Sachs nêu ra (năm 2005) không có gì mới. Đã từ lâu, người ta đã công nhận tầm quan trọng của việc phải tìm ra những yêu cầu phát triển cụ thể cần thiết cho các quốc gia *còn tụt hậu* khắc phục *chênh lệch* về phát triển và theo kịp đà phát triển (Myrdal 1975, 65). Bên cạnh bài toán về *chênh lệch* về phát triển, thì còn có nhiều câu hỏi khác có tính dài hạn hơn, như vai trò của các nhân tố lịch sử khác, chẳng hạn như ảnh hưởng liên tục của việc kế thừa thuộc địa và *sự lệ thuộc* của các quốc gia đang phát triển vào các quốc gia phát triển về công nghệ, vốn và thị trường (tham khảo minh họa Acemogolu et al, 2001, về chủ nghĩa thực dân). Phát triển còn phụ thuộc vào việc thực hiện tập hợp nhiều mục tiêu phức hợp khác, thay đổi các qui trình cũng như xây dựng hệ thống thể chế, và hiện nay, đã có nhiều ghi nhận về thực tế là có thể có nhiều con đường khác nhau để đi tới phát triển (tham khảo, ví dụ như, Chang 2003; Rodrik in Atkinson 2005; Sengupta et al, 2005). Nếu việc lựa chọn một con đường phát triển cụ thể là một bài toán, thì hiển nhiên, tầm quan trọng của phát triển ngày càng được công nhận như một mục tiêu chung, mà điều này cũng được phản ánh theo cách tương tự trong đàm luận về nhân quyền được mở rộng phạm vi ra nhiều loại quyền khác nhau trong đó có quyền phát triển.

III. Các mối quan hệ tương hỗ giữa Y tế, Phát triển và Nhân quyền

Khuôn khổ lý thuyết

Tương quan giữa nhân quyền, y tế và phát triển có thể được minh họa bằng những mối liên hệ qua lại trong từng cặp hai lĩnh vực. Mục đích ở đây không chỉ để đạt được sự công nhận cao nhất có thể đối với từng lĩnh vực quyền, y tế và phát triển mà còn để tối đa hóa những đồng vận giữa chúng, mang lại những lợi ích tổng thể lớn hơn rất nhiều so với phép cộng tất cả những lợi ích riêng lẻ ở từng lĩnh vực lại với nhau. Việc nhận ra mối quan hệ tương hỗ và các đồng vận giữa các lĩnh vực này không có nghĩa là *mọi* chính sách hay biện pháp hành động ở *bất cứ* lĩnh vực nào giữa ba lĩnh vực này đều có tác động tích cực đến hai lĩnh vực còn lại: bởi một chương trình phát triển chưa qua thử nghiệm có thể tác động tiêu cực đến sức khỏe hoặc môi trường; việc bảo vệ quyền được chăm sóc y tế mà không quan tâm gì đến các quyền con người khác có thể trở thành có hại đối với một số cá nhân hay cộng đồng; và đầu tư không hợp lý vào một loại hình can thiệp về y tế có mục tiêu hẹp cũng có thể tạm thời hạn chế tiến bộ trong nhiều lĩnh vực y tế khác. Tiền đề cơ bản của khuôn khổ này là các chính sách và chương trình tối ưu phải đồng thời xem xét những suy biến liên quan đến y tế, phát triển hay nhân quyền, trong khi vẫn tối đa hóa lợi ích chung và giảm thiểu những hạn chế và bất lợi tiềm tàng.

Sức khỏe và Phát triển

Sức khỏe là tiền đề quan trọng đồng thời là đầu ra mong đợi của phát triển và tiến bộ con người. Sức khỏe là '...cấu thành trực tiếp của trạng thái khỏe mạnh của một con người, cho phép người đó thực hiện chức năng của một tác nhân, đó là, theo đuổi những mục tiêu và dự án khác nhau trong cuộc sống mà người đó có lý do để quý trọng' (Anand 2004). Sức khỏe cũng là một đơn vị đo lường khái quát nhất của trạng thái khỏe mạnh; sức khỏe được lợi từ các dịch vụ chuyên môn và thường được coi là điều kiện cần thiết để thỏa mãn các nguyện vọng khác (Tổ chức Y tế thế giới 2002a)⁸. Có thể coi sức khỏe là "một mốc đầu,

một cách đánh giá mức độ hiệu quả của xã hội trong việc mang lại trạng thái khỏe mạnh của con người' (Marmot 2004).

Cách đây mười lăm năm, Ngân hàng thế giới đã ghi nhận sự phụ thuộc qua lại giữa tiến bộ về sức khỏe với phát triển kinh tế (Ngân hàng Thế giới 1993). Đây không phải là một phát hiện có tính cách mạng, đặc biệt là đối với giới chuyên môn trong lĩnh vực y tế và phát triển tại Châu Phi, nơi đã rung lên những hồi chuông cảnh tỉnh về nạn dịch HIV. Song theo *Báo cáo phát triển thế giới (World Development Report) năm 1993* cũng đã đánh dấu một bước ngoặt trong chính sách cho vay của Ngân hàng Thế giới, và phong trào xóa đói giảm nghèo mới trên toàn cầu liên tục nhấn mạnh tầm quan trọng của sức khỏe trong công cuộc chống đói nghèo. Phải mãi đến năm 2001, thì cộng đồng quốc tế, thông qua Ủy ban của Tổ chức Thế giới về Kinh tế vĩ mô và Sức khỏe mới đề rõ không những đói nghèo dẫn đến tình trạng sức khỏe kém, mà tình trạng sức khỏe kém cũng là yếu tố nguy cơ của đói nghèo (Tổ chức Y tế thế giới 2001). Tám Mục tiêu phát triển Thiên niên kỷ (MDGs) được tất cả các quốc gia và những tổ chức hàng đầu trên thế giới ủng hộ (UNDP 2005) – trong đó có đặt ra mục tiêu cho năm 2015, bên cạnh nhiều mục tiêu khác, là giảm một nửa tình trạng đói nghèo cực độ, chặn đứng sự lây lan của nạn dịch HIV/AIDS và cải thiện y tế và giáo dục. Có thể nói rằng, tất cả các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ⁹ đều có liên quan đến sức khỏe, thông qua việc bao hàm trực tiếp những kết quả về sức khỏe và những dịch vụ cần thiết (ví dụ như qua nỗ lực giảm tỉ lệ tử vong ở trẻ và và tử vong mẹ trong khi sinh, giảm HIV, bệnh sốt rét, và các bệnh khác), hay bằng việc nhấn mạnh những nguyên tắc trọng tâm đối với chính sách y tế công cộng (ví dụ công bằng về giới), hoặc kêu gọi việc xây dựng các chính sách giải quyết các điều kiện cơ bản phục vụ tiến bộ về y tế (ví dụ như giáo dục, bền vững của môi trường, quan hệ đối tác toàn cầu) (Dodd & Cassels 2006).

Tám mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ có nêu bật một số những chỉ số quan trọng của y tế cần được lưu tâm, song bản thân các mục tiêu này lại chưa nhạy bén trước vấn đề phân bố những chỉ số đó trong phạm vi các quốc gia do hướng các dịch vụ của các quốc gia này vào những mục tiêu dễ đạt mà không mấy quan tâm đến những mục tiêu ít quan trọng hoặc kém quyền lực nhất (Gwatkin 2005). Việc chú ý đến quá trình, bao gồm việc cung cấp thông tin, cải thiện điều kiện tiếp cận, tăng cường năng lực giải trình và sự nhạy bén đối với những vấn đề đáng quan tâm về văn hóa và giới có thể là quá mức khi chỉ đơn giản hướng các nỗ lực vào việc tăng số lượng người được phục vụ hay số lượng các hoạt động đã thực hiện. Cần quan tâm nhiều hơn đến các nghiên cứu làm nổi bật hơn nữa những đối tượng có ít khả năng tiếp cận nhất đến các dịch vụ, cũng như khả năng của người sử dụng dịch vụ để giúp định hướng các dịch vụ đó, tương tự, cũng cần quan tâm nhiều hơn nữa đến các nghiên cứu tìm hiểu về tác động ngoài dự kiến của chính những sáng kiến phát triển qui mô lớn đối với cá nhân, cộng đồng và các hệ thống tại những nước còn hạn chế về nguồn lực.

Y tế và Nhân quyền

Vốn được coi là một nguyện vọng của thế giới, khái niệm về sức khỏe là tình trạng hoàn toàn thoải mái cả về thể chất, tinh thần và xã hội hàm ý về sự phụ thuộc của y tế cũng như đóng góp của y tế vào việc thực hiện tất cả các nhân quyền. Cũng từ quan điểm đó, thụ hưởng một tình trạng sức khỏe thể chất và tinh thần tốt nhất có thể là một quyền cơ bản của mỗi cá nhân (UN CESCR Nhận xét chung số 14 của Ủy ban Liên Hiệp quốc về Quyền Kinh tế, Xã hội và Văn hóa). Từ góc độ tiêu chuẩn toàn cầu, thì y tế và nhân quyền có mối quan hệ khăng khít với nhau thể hiện ở nhiều công ước và tuyên ngôn quốc tế, được hỗ trợ bởi các cơ chế theo dõi và giải trình (mà tính hiệu quả của chúng cũng cần xem xét) từ cả hai lĩnh vực.

Mỗi lĩnh vực sức khỏe và nhân quyền đều có những vị trí đặc biệt trong đàm luận công, tranh cãi chính trị, chính sách và phương tiện thông tin của nhà nước, và cả hai đều là những nguyện vọng cao nhất của con người. Hiếm khi thấy có một chương trình nghị sự chính trị nào được đưa ra mà không đề cập đến công lý, an ninh, sức khỏe, nhà ở, giáo dục và các cơ hội việc làm. Những nguyện vọng này thường không được dựng lên dưới tên gọi là nhân quyền song thực tế chúng đều nằm trong các công ước về nhân quyền, và thường được chuyển thành hiến pháp và pháp luật cho thấy có sự hỗ trợ về chính sách và pháp luật đối với những nỗ lực trong các lĩnh vực này. Do vậy, việc lồng ghép mối quan hệ giữa sức khỏe và nhân quyền vào chính sách y tế công cộng là sự hưởng ứng đối với các nhu cầu của con người, của các nhà làm chính sách và các nhà lãnh đạo chính trị để đạt được những kết quả thỏa mãn được nguyện vọng của công chúng. Sự hưởng ứng này cũng tạo một cơ hội giúp giải mã về quan hệ tương hỗ của nhân quyền với các thành tố quyết định của sức khỏe và tiến bộ xã hội, nhờ cho phép đo lường tiến độ đạt các mục tiêu này, cũng như định hướng chính sách và các chương trình hành động.

Việc lồng ghép các chiến lược y tế công cộng trong nhân quyền có thể làm giàu thêm những khái niệm và phương pháp đạt được các mục tiêu về sức khỏe, bằng cách lôi cuốn sự chú ý vào bối cảnh pháp luật và chính sách là môi trường diễn ra những can thiệp về y tế, đồng thời lồng ghép các nguyên tắc về quyền như không phân biệt đối xử, và sự tham gia của các cộng đồng bị ảnh hưởng trong quá trình thiết kế, theo dõi và đánh giá các chương trình và can thiệp y tế (Gruskin et al, 2007). Việc áp dụng nhân quyền vào công việc y tế công cộng là bao gồm các phương pháp tiếp cận và qui trình cũng như những ứng dụng nhân quyền hướng tới tối đa hóa lợi ích của y tế công cộng. (Gruskin & Tarantola 2001). Nó không chỉ xác định trước cách thức thực hiện,

mà còn chỉ ra những kết quả sau đó sẽ là gì. Ví dụ như, sử dụng các tiêu chuẩn về nhân quyền với trọng tâm là các hệ thống y tế đòi hỏi phải lưu ý đến tính sẵn có, tính dễ tiếp cận, tính hợp lý, chất lượng và các kết quả trong nhiều nhóm dân số khác nhau (UN CESCR Nhận xét chung số 14 của Ủy ban của Liên Hiệp quốc về Quyền Kinh tế, Xã hội và Văn hóa). Ngoài ra, việc áp dụng các nguyên tắc nhân quyền đòi hỏi phải đặt ra mốc và mục tiêu, phải đảm bảo tính minh bạch và áp dụng trách nhiệm giải trình đối với các quyết định và kết quả cuối cùng của những quyết định đó (Gruskin et al, 2007).

Phát triển và Nhân quyền

Hầu hết các cơ quan chính quyền đều thống nhất rằng thực hiện phát triển có nghĩa là thực hiện thay đổi định tính các điều kiện môi trường, xã hội, kinh tế hay chính trị (thay đổi đó không hẳn sẽ tạo ra tăng trưởng kinh tế như theo cách đánh giá truyền thống) giúp cải thiện phúc lợi cho các cá nhân, cộng đồng và quốc gia (Remenyi in Kingsbury et al, 2004, 22; Sen 1999, 1; Stiglitz in Atkinson et al, 2005, 17). Phúc lợi có thể đo lường riêng và chung theo nhiều cách khác nhau, thường thì có tính trừu tượng: như tình trạng (ví dụ, đo lường bằng tình trạng thu nhập hoặc sức khỏe), năng lực (ví dụ như vốn con người dưới hình thức tri thức và kỹ năng), sự tham gia (ví dụ, tiếp cận của cá nhân đến việc làm và năng lực tham gia thể chế, tổ chức) và khả năng (ví dụ, sự hiện diện của con đường đi đến phát triển trong tương lai). Tất cả những hình thức đo lường này đều có quan hệ khăng khít với nhân quyền – chẳng hạn như, để người nghèo tham gia và hưởng lợi từ phát triển - như bằng chứng cho thấy từ mối quan hệ khăng khít giữa các Mục tiêu phát triển Thiên niên kỷ với nhân quyền (Alston 2005). Kiến thức cụ thể về phát triển cũng là cần thiết, ví dụ, kiến thức về sự tồn tại, hình thức và vai trò của các thể chế khác nhau khi tham gia quá trình phát triển, thể chế về xã hội, kinh tế và chính trị. Cũng cần quan tâm đến những

đặc trưng của nhiều xã hội khác nhau về lịch sử, văn hóa, công nghệ và thể chế, đồng thời khả năng và yêu cầu chuyển tải những đặc trưng này thành những biện pháp ứng phó khác nhau của "địa phương" đối với các quá trình phát triển của khu vực hay của thế giới, và thành những chiến lược phát triển.

IV. Lồng ghép các lĩnh vực

Nhân quyền, sức khỏe và phát triển đan xen nhau theo nhiều cách mà vì những mục đích khác nhau có thể phân loại mối tương quan theo 3 cấp: bối cảnh quốc gia và quốc tế là môi trường xây dựng chính sách, kết quả của chính sách và các qui trình xây dựng, áp dụng và theo dõi chính sách.

Bối cảnh

Có một sự phân biệt giữa chính sách phát triển có ảnh hưởng đến sức khỏe (hầu hết chính sách là như vậy) và chính sách y tế công cộng (xuất phát từ hoặc dựa trên sáng kiến của các cơ quan y tế công cộng). Các chính sách phát triển ảnh hưởng đến sức khỏe - như chính sách về giới, thương mại, tài sản trí tuệ, môi trường, di cư, giáo dục, nhà ở hay lao động - đều phụ thuộc vào luật của một quốc gia và công ước hay hiệp định quốc tế vốn hay coi nhẹ những hậu quả tiềm tàng đối với sức khỏe - do bỏ qua hay thậm chí vi phạm (Kemmer 2001). Các chính sách công nên có mục tiêu tối ưu hóa tác dụng hiệp đồng giữa y tế, phát triển và nhân quyền, dựa trên tiền đề là chất lượng tối ưu cho y tế công cộng và chính sách phát triển chỉ đạt được khi đã đạt được kết quả cao nhất có thể về y tế, những viễn cảnh vĩ đại nhất về phát triển kinh tế và xã hội và thực hiện nhân quyền một cách đầy đủ nhất. Điều này đòi hỏi phải có những phối hợp chặt chẽ giữa các bộ y tế công, những người tham gia công tác phát triển kinh

tế và xã hội, những nhà thực hành nhân quyền và các cộng đồng có liên quan.

Được xây dựng và quản lý bởi Nhà nước chính sách công luôn vận hành trong bối cảnh nghĩa vụ của nhà nước theo các công ước quốc tế về nhân quyền và luật của quốc gia. Trọng tâm của những nghĩa vụ này chính là sự tôn trọng, bảo vệ và thực hiện đầy đủ tất cả các quyền con người trong đó có quyền được tham gia vào công việc của công, quyền được đối xử bình đẳng, không bị phân biệt đối xử, và quyền về nhân phẩm. Khi thực thi các nghĩa vụ quốc tế của nhà nước hay áp dụng tiêu chuẩn quốc tế trong các công ước hay công cụ nào khác thuộc các lĩnh vực có nhiều thay đổi khác nhau như thương mại quốc tế hay biến đổi khí hậu (ví dụ, theo Nghị định thư Kyoto 2005, các công cụ được áp dụng bởi Tổ chức Y tế thế giới, tổ chức Thương mại thế giới hay tổ chức quốc tế khác), Nhà nước cần có cách thức thực hiện tránh xảy ra xung đột giữa các tiêu chuẩn khác nhau và phải có lợi cho các bên. Ví dụ, khi trở thành thành viên của Tổ chức Thương mại thế giới có nghĩa là các thành viên trong tổ chức này sẽ là một Bên tham gia Thỏa thuận về các khía cạnh có liên quan đến thương mại của các Quyền về Sở hữu Tài sản trí tuệ (TRIPS). Những ràng buộc của TRIPS đối với các quốc gia đang phát triển về vấn đề bảo vệ tài sản trí tuệ, cụ thể là các công ty dược phẩm, vẫn còn mới mẻ vào cuối thập niên 90, trong khi liệu pháp điều trị căn bệnh HIV/AIDS đã và đang được đưa ra thị trường quốc tế. Các phong trào của xã hội dân sự và một số tổ chức quốc tế đã làm dấy lên một chiến dịch nhằm khắc phục những ràng buộc do TRIPS qui định đối với việc sản xuất hay nhập khẩu thuốc biệt dược của các quốc gia đang phát triển, là những nước cần những loại thuốc này nhất. (t Hoen 2002). Tuy nhiên, phải đến năm 2002, Tổ chức Y tế Thế giới và Tổ chức Thương mại Thế giới mới cùng xây dựng một văn kiện về các Thỏa thuận của Tổ chức Thương mại thế giới và Y tế công cộng (Tổ chức Thương mại

thế giới & Tổ chức Y tế Thế giới 2002). Ở hầu hết các quốc gia đang phát triển, các Bộ Y tế trước đó còn không được tham vấn, cũng không có vai trò đánh giá, hay có chăng lại đánh giá thấp về những tác động có thể xảy ra đối với sức khỏe khi gia nhập Tổ chức Thương mại thế giới. Dù có là vì lý do coi nhẹ hay thiếu năng lực, thì nhiều quốc gia đã tự đặt mình vào cái thế coi trọng một số lợi ích trong khi lại làm tổn hại nhiều lợi ích khác, nếu không thiết lập những qui trình cởi mở, minh bạch và có sự tham gia của các bên thì có thể xảy ra cả những thất bại hi hữu nữa.

Quá trình

Quyền của con người đối với thông tin, hội họp và tham gia trong các vấn đề của công có hàm ý chỉ sự tham gia của cộng đồng vào các quyết định có ảnh hưởng đến họ, trong số nhiều hoạt động thực thi khác. Như đã nêu rõ ở phần trên, lịch sử về sức khỏe và nhân quyền cho thấy vai trò tham gia của các đại diện cộng đồng trong cơ quan ra quyết định góp phần tăng cường chất lượng và tác động của các biện pháp y tế công cộng. Tương tự, kinh nghiệm, thành công và những thất bại trong phát triển cho thấy một thực tế rằng có thể đạt được thành công khi con người được xem là chủ thể và không đơn giản chỉ là khách thể của phát triển (Sanoff 2000). Trong hai thập kỷ qua, được khuyến khích bởi phong trào ứng phó với vấn đề HIV, nhiều tổ chức phi chính phủ đã đóng vai trò quan trọng trong việc thu hút sự chú ý đến các chính sách bất lợi hay có khả năng gây bất lợi cho sức khỏe (ví dụ như cấm vận tiếp cận y tế, từ chối giáo dục về giới tính cho giới trẻ, thiếu tiếp cận các biện pháp giảm thiểu tác hại cho người sử dụng chất ma túy) (Akukwe 1998). Xã hội dân sự cũng đóng vai trò như một công cụ trong lĩnh vực phát triển, ví dụ như họ giúp thu hút sự quan tâm tới các cộng đồng thứ yếu và các quốc gia có thu nhập thấp, tình trạng xuống cấp của môi trường, tình trạng đưa các thực phẩm không có lợi cho sức khỏe ra thị trường và bất bình đẳng toàn cầu trong thương mại,

nông nghiệp và tiếp cận công nghệ (Howell & Pearce 2002). Tuy nhiên, điều quan trọng là cần xác định ai có thể nói lên tiếng nói chính đáng đại diện cho các cộng đồng liên quan.

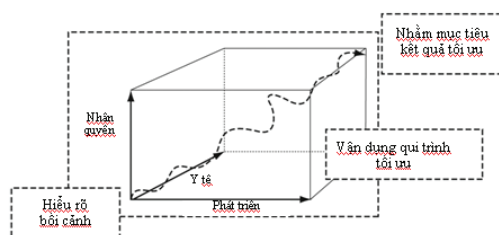
Quá trình lồng ghép y tế, nhân quyền và phát triển trong các nỗ lực về chính sách, và chương trình vượt lên trên việc tham gia và tính minh bạch. Bởi quá trình này đòi hỏi phải chứng thực được rằng các quyết định cũng như chính sách ưu tiên hiện hành đều tuân thủ theo các chỉ tiêu và tiêu chuẩn của nhân quyền, bao gồm song không hạn chế ở các bằng chứng của việc đảm bảo chống phân biệt đối xử (ví dụ như, về giới và các nhóm người dễ bị tổn thương) và trách nhiệm giải trình.

Đầu ra và Tác động

Các chính sách Nhân quyền, y tế và phát triển nhấn mạnh tầm quan trọng của kết quả và tác động, đơn giản được đo lường bằng việc giảm tỉ lệ tử vong, tỉ lệ bệnh tật và tình trạng ốm đau, theo thuật ngữ y tế công cộng, và bằng sự nâng cao chất lượng cuộc sống, và các công cụ đo lường kinh tế cho phép đánh giá "giá trị hiệu quả của đồng tiền", theo thuật ngữ phát triển (Hyder & Morrow 2006). Khía cạnh đo lường kết quả bao gồm việc hoàn thành đầy đủ các quyền con người lại ít được nói đến. Ví dụ như, người ta có thể tìm hiểu tính hiệu quả của các chính sách thúc đẩy giáo dục giới tính trong nhà trường phổ thông thông qua đơn vị đo lường là sự giảm tình trạng có thai ở tuổi vị thành niên hoặc tỉ lệ mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục, quyền được cung cấp thông tin của học sinh, sinh viên thực hiện như thế nào, chính sách có ảnh hưởng như thế nào đến nhu cầu về các vấn đề khác có liên quan đến sức khỏe, thông tin về bảo vệ cuộc sống, và cách nào trang bị cho giới trẻ điều kiện tiếp cận những thông tin này để họ được thụ hưởng đầy đủ các lợi ích của phát triển kinh tế và xã hội. Tương tự, khi đánh giá các ảnh hưởng của chính sách ưu tiên chương trình chủng ngừa cho trẻ, người ta không chỉ muốn biết công tác chủng ngừa cải

thiện sức khỏe con người như thế nào, từ khi sơ sinh cho đến khi trưởng thành, mà còn muốn biết các quyền khác của trẻ như quyền được khôn lớn và phát triển, quyền được học hành nhờ cải thiện việc đi đến trường và học tập tại trường, được tính đến như thế nào (Behrman 1996; Leslie & Jamison 1990).

Việc lồng ghép y tế, phát triển và nhân quyền với nhau có nghĩa là kiểm tra bối cảnh chức năng của các lĩnh vực này, để tìm hiểu xác định các cơ hội để xây dựng chính sách và chương trình có ý nghĩa, và phát hiện và giải quyết những căng thẳng và những ảnh hưởng tiêu cực trong sự tác động qua lại giữa các lĩnh vực này. Quá trình phát triển, thực hiện và giám sát các chương trình và chính sách đòi hỏi phải được dựa trên những kiến thức và hoạt động thực tế tốt nhất liên quan đến cả ba lĩnh vực này. Lý tưởng nhất là nó có thể đưa ra một tầm nhìn cho sự phát triển của con người trong tương lai khi các chính sách và chương trình đạt được những thành quả cao nhất, và tác động được đo lường và lý giải cho cả ba lĩnh vực y tế, phát triển và nhân quyền (Hình 2).



HÌNH 2. TÌM HIỂU SỰ ĐỒNG VẬN TỐI ƯU GIỮA Y TẾ, PHÁT TRIỂN VÀ NHÂN QUYỀN: BỐI CẢNH, QUI TRÌNH VÀ KẾT QUẢ

Việc giám sát quá trình và đo lường kết quả và tác động theo hướng triển vọng lồng ghép y tế, phát triển và nhân quyền là nói đến những chỉ số đo lường chưa được xây dựng một cách đầy đủ và cũng chưa qua thử nghiệm. Một trong những hạn chế là việc đo lường cấp quốc gia, tổng thể sẽ không nhạy bén được với những đặc thù địa phương ngay trong phạm vi một quốc gia, ví dụ như chênh lệch là hệ quả của nạn phân biệt đối xử. Bởi vì y tế và

phát triển ngày càng ăn sâu vào nhân quyền và các nguyên tắc đúng đắn của phát triển và y tế công cộng, cho nên đã xuất hiện những khái niệm về 'Cách tiếp cận Phát triển dựa trên quyền' (UNDP 1998) và 'Cách tiếp cận Y tế dựa trên quyền' (Tổ chức Y tế thế giới 2002b). Mặc dù không được đi sâu chi tiết trong bài này, việc đề cập đến các khái niệm là rất cần thiết bởi vai trò khởi nguồn của chúng cho nhiều tư duy và nỗ lực liên quan đến phương pháp lồng kết những đóng góp của từng lĩnh vực cho công tác xây dựng, theo dõi và đánh giá chiến lược.

Các phương pháp tiếp cận dựa trên quyền đối với Chính sách, Chương trình Y tế và Phát triển

Ngay từ đầu với tên gọi là 'các phương pháp tiếp cận dựa trên nhân quyền cho công tác lập chương trình phát triển' do Chương trình Phát triển Liên Hiệp Quốc xây dựng vào giữa thập niên 90 (UNDP 1998), các phương pháp tiếp cận dựa trên quyền đã được áp dụng với một số nhóm dân số cụ thể (ví dụ như trẻ em, phụ nữ, di dân, người tị nạn, người bản xứ), nhu cầu cơ bản (ví dụ như nhu cầu thực phẩm, nước, an ninh, giáo dục, công lý), các vấn đề y tế (như sức khỏe tình dục và sinh sản, HIV, sử dụng thuốc), các nguồn sinh kế (ví dụ như sở hữu đất, phát triển đồng ruộng, đánh bắt cá), và công việc của nhiều bên khác nhau tham gia vào các hoạt động phát triển (ví dụ Hệ thống của Liên hiệp quốc, các Chính phủ, các Tổ chức phi chính phủ, khối doanh nghiệp). Thậm chí khi sức khỏe hiện diện ở tất cả các phạm trù này, vừa được coi là điều kiện tiên quyết lại vừa được coi là một kết quả quan trọng của phát triển, thì giữa các ngành, quốc gia và tổ chức cũng có những nhận biết khác nhau về thế nào là một phương pháp tiếp cận dựa trên quyền của nhiều nỗ lực y tế.

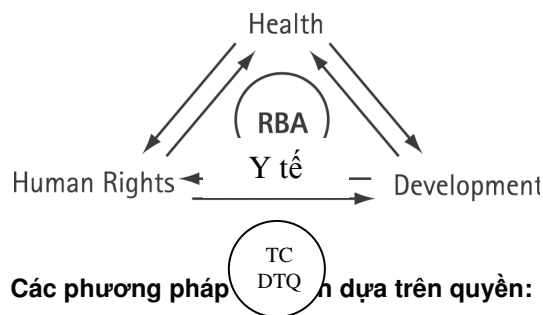
Năm 2003, hệ thống của Liên Hiệp quốc đã đưa ra tài liệu "Thống nhất chung" (UN 2003) để giúp định nghĩa nguyên tắc cốt lõi của phương pháp tiếp cận dựa trên quyền cho mọi

ngành. Nói ngắn gọn, định nghĩa này gợi ý những cách hiểu sau: mọi chương trình đều cần chủ động thúc đẩy nhân quyền quốc tế; tất cả các nỗ lực phát triển, ở mọi cấp độ chương trình, phải được định hướng theo các tiêu chuẩn và nguyên tắc của nhân quyền trong các luật quốc tế về nhân quyền; và mọi nỗ lực phát triển đều nhằm xây dựng năng lực "người mang trách nhiệm" để có thể thực hiện các nghĩa vụ và/hoặc xây dựng năng lực đòi hỏi về quyền cho "người mang quyền".

Bản Thống nhất Chung đề cập rõ việc thực hiện các chính sách và chương trình y tế khi đưa ra một cách hiểu chung cho dù ý nghĩa của các chương trình và chính sách, trên thực tế, chưa hẳn đã được mọi người hiểu đúng, ngay cả trong cùng một lĩnh vực y tế. Một nghiên cứu rà soát về các chương trình y tế công cộng với tên gọi là chương trình "dựa trên quyền" do nhiều thành phần trong hệ thống Liên hiệp quốc cũng như các đối tác của họ có chỉ ra được một số lĩnh vực có liên quan đến diện mạo của việc thực hiện một phương pháp tiếp cận y tế dựa vào quyền là như thế nào (Tổ chức Y tế Thế giới 2005). Một phương pháp tiếp cận y tế dựa trên quyền ngay từ đầu đã đề cập cụ thể đến các quyền con người, không sáng tạo ra thêm nội dung các quyền và không đề cập đến sự hợp lý của các quyền trước đây mà nhấn mạnh việc xây dựng năng lực và không sử dụng các tiêu chuẩn của nhân quyền theo cách chỉ để gọi tên những vi phạm sau khi các vi phạm đó xảy ra mà là để phòng ngừa ngay từ đầu các vi phạm, phương pháp này dựa trên việc thực hiện một hay vài khái niệm về quyền cơ bản, bao gồm khái niệm về không phân biệt đối xử, tham gia, trách nhiệm giải trình và minh bạch.

Trên thực tiễn, việc kết hợp cả y tế, phát triển và nhân quyền sẽ cho ra đời một khuôn khổ xây dựng và đánh giá công tác đánh giá khảo sát, thiết kế, thực hiện, theo dõi và đánh giá tiến độ, thành công hay thất bại của một chính

sách hay chương trình theo các mốc tương ứng cho tất cả các lĩnh vực (Hình 3). Như vậy thì lợi ích cụ thể sẽ không chỉ là để đánh giá mà còn để dự báo những tác động qua lại có thể có của chính sách và chương trình xây dựng trong một lĩnh vực này đối với lĩnh vực khác thông qua qui trình đánh giá.



Các phương pháp tiếp cận dựa trên quyền:
 Nhân quyền dựa trên các tiêu chuẩn và Phát triển nhân quyền

- Công nhận người mang quyền và người mang trách nhiệm
- Chú trọng các nhóm người bị phân biệt đối xử và thứ yếu
- Có mục tiêu thực hiện tất cả nhân quyền theo cách tiến bộ
- Ghi nhận tầm quan trọng ngang bằng của kết quả và quá trình phát triển
- Giữ vững các nguyên tắc: *quyền không thể tách rời và có quan hệ tương hỗ với nhau, nguyên tắc chống phân biệt đối xử, có sự tham gia và Trách nhiệm giải trình*

HÌNH 3. CÁC PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN DỰA TRÊN QUYỀN

V. Dự báo tác động của các chính sách và chương trình: Tiến tới Đánh giá tác động Y tế, Phát triển và Nhân quyền

Những mối quan hệ giữa y tế, nhân quyền và phát triển nêu trên cho thấy việc lồng ghép các

vấn đề nhân quyền và phát triển trong đánh giá tác động của y tế (HIA) có thể cho ra một qui trình có cấu trúc và minh bạch nhằm lồng ghép những hiểu biết về các nhân tố quyết định có tính xã hội của y tế trong quá trình phát triển chính sách công lành mạnh. Đánh giá tác động y tế là:

Phối hợp các thủ tục, biện pháp và công cụ để theo dõi đánh giá những ảnh hưởng tiềm tàng của một chính sách, chương trình hay dự án đối với tình trạng sức khỏe của người dân, và sự phân bố ảnh hưởng trong dân số (Trung tâm Chính sách Y tế Châu Âu - European Centre for Health Policy 1999, 4)

Đánh giá tác động y tế đã được thực hiện khá rộng rãi ở nhiều nước trong hai thập kỷ vừa qua như một công cụ thực tế giúp chuyển chính sách công lành mạnh thành hành động (Banken 2001). Cũng trong giai đoạn này, đã có nhiều nỗ lực xây dựng phương pháp và công cụ Đánh giá Tác động Nhân quyền (HRIA). Đánh giá Tác động Nhân quyền là:

Một qui trình có tính hệ thống có nhiệm vụ đảm bảo việc lồng ghép những khía cạnh nhân quyền vào quá trình ra quyết định xuyên suốt các công tác lập chính sách, thực hiện chính sách, qui trình kiểm tra và điều chỉnh. Qui trình này gồm một hệ thống theo dõi và đánh giá liên tục các kết quả của nhiều biện pháp chính sách trong việc thực hiện nhân quyền thực sự. (Radstaake & Bronkhorst 2002, 5)

Đánh giá Tác động Nhân quyền đã được xây dựng chủ yếu làm công cụ đánh giá các chính sách vĩ mô của chính phủ, như chính sách đối ngoại, và đánh giá hoạt động của các tập đoàn kinh doanh xuyên quốc gia cũng như các cơ quan đa phương.

Cho đến nay, Đánh giá Tác động Y tế đã phát triển chủ yếu với trọng tâm "nội bộ" và địa phương còn Đánh giá Tác động Nhân quyền

chủ yếu chú trọng vào chính sách và các dự án "bên ngoài". Trong khi giải quyết nhiều cấp hoạt động thể chế khác nhau, trọng tâm của cả Đánh giá tác động Nhân quyền và Đánh giá tác động Y tế đều có một sự phân tích minh bạch và có hệ thống làm cơ sở xây dựng chiến lược, ra quyết định chính sách, xác định dự án, theo dõi và đánh giá. Đầu ra chính ở cả hai loại đánh giá tác động này đều là 'các khuyến nghị dựa trên bằng chứng phục vụ cung cấp thông tin cho quá trình ra quyết định' (Taylor & Quigley 2002, 2).

Năm 1994, Gostin và Mann đã đề xướng một phương pháp đánh giá về nhân quyền cho chính sách y tế nhằm xác định cân bằng tối ưu giữa các mục tiêu y tế và việc tuân thủ các nguyên tắc và tiêu chuẩn nhân quyền (Gostin & Mann 1994). Song còn một tiềm năng cần khai thác ở cả hai lĩnh vực đó là việc bổ sung trọng tâm nhân quyền cho Đánh giá tác động y tế giúp tăng cường đánh giá các chính sách, chương trình và dự án trong nội bộ. Nhiều tác giả khác cũng đã gợi ý rằng nhân quyền, kể cả quyền được chăm sóc y tế, và các quyền khác có liên quan như quyền được học hành, quyền được biết thông tin, quyền riêng tư, và quyền được có điều kiện sống và làm việc đầy đủ, có thể cung cấp các khái niệm và nguyên lý cho ngành y tế để giải quyết những điều kiện mà nó hạn chế việc đạt được các mục tiêu sức khỏe tối ưu cho người dân (Gruskin & Tarantola 2001). O'Keefe và Scott-Samuel (2002) và sau này là Hunt và McNaughton (2006), đã đề xuất việc liên kết nhân quyền với Đánh giá tác động y tế. Sau này, ông Hunt, chuyên gia viết báo cáo đặc biệt của Liên hiệp quốc về Quyền được chăm sóc y tế, đã giới thiệu trước Đại Hội đồng Liên hiệp quốc một đánh giá tác động về Quyền được chăm sóc y tế với chức năng là một công cụ để tăng cường các chính sách quốc gia và quốc tế (UN 2007). Điểm chung của các qui trình cốt lõi, sự ủng hộ rộng khắp đối với Đánh giá tác động y tế và việc sử dụng Đánh giá tác động y tế trong việc "gia tăng giá trị" cho các qui trình

ra quyết định (Wismar et al, 2006) cho thấy rằng Đánh giá Tác động y tế dựa trên nhân quyền có thể thúc đẩy phát triển chính sách lành mạnh về đối ngoại và toàn cầu (Scott-Samuel & O'Keefe 2007). Đánh giá tác động y tế có giá trị cung cấp những qui trình được công nhận để đánh giá giá trị bằng chứng, mang lại tính chính xác cho các giá trị và giả định và đảm bảo tính minh bạch trong việc ra quyết định.

Hướng tới Đánh giá Tác động Y tế, Phát triển và Nhân quyền

Bài viết này lấy những đề xuất trên làm cơ sở song cũng đề cập đến một phạm vi lớn hơn. Đề xuất của bài này là đánh giá tác động của các chính sách và chương trình phát triển (xã hội, kinh tế, và cơ cấu) cần được thực hiện theo những tác động dự báo đối với sức khỏe và các nhân quyền được lựa chọn khác. Về lý thuyết, hầu hết các trường hợp đầu tư lớn hơn vào y tế sẽ góp phần thực hiện được nhiều quyền khác hơn, trong đó có quyền bình đẳng, quyền được giáo dục và quyền có công ăn việc làm. Tuy vậy, trên thực tế, quyết định lựa chọn giữa hai hay nhiều phương án chính sách có thể được định hướng bởi những kết quả dự kiến có thể đạt được trong lĩnh vực y tế hay lĩnh vực khác của phát triển, do đó sẽ thiên về quyết định đầu tư hỗn hợp cả cho y tế và giáo dục. Cũng tương tự như vậy, một chính sách phát triển có thể được đánh giá từ tác động riêng lẻ của nó lên từng lĩnh vực phát triển hoặc hay y tế hoặc từ một góc độ lớn hơn về tác động của nó đối với phát triển, y tế và các quyền con người khác. Gợi ý của bài viết là phương pháp tiếp cận này có nhiều khả năng chỉ ra được những áp lực có thể do việc đầu tư có chọn lọc vào một lĩnh vực nào đó trong khi việc đầu tư vào nhiều lĩnh vực một lúc có thể mang lại tiến bộ y tế cùng với các quyền con người khác một cách hiệu quả hơn. Điều này hoàn toàn phù hợp với nhận định của Đánh giá tác động y tế cho rằng sức khỏe của người dân được quyết định bởi nhiều nhân tố ảnh hưởng về kinh tế, xã hội, tâm lý,

và môi trường, thường được gọi chung là các nhân tố quyết định về xã hội của sức khỏe (Dahlgren & Whitehead 1991), và là cơ sở để Đánh giá Tác động Y tế, Phát triển và Nhân quyền (HDHR IA). Việc lồng ghép những khía cạnh này trong Đánh giá Tác động Y tế, Phát triển và Nhân quyền sẽ khuyến khích việc xem xét bao quát hơn những tác động đối với trạng thái sức khỏe mà các cấu trúc kinh tế vĩ mô, chính trị, xã hội và môi trường mang lại (gọi là những nhân tố quyết định có tính vĩ mô của sức khỏe).

Đánh giá tác động nhân quyền và Đánh giá tác động Y tế đều có những mảng trùng lặp rõ rệt cả về qui trình và hiểu biết về căn nguyên của sức khỏe. Nếu lồng ghép hai đánh giá với nhau sẽ cho phép tận dụng cả Đánh giá tác động nhân quyền và Đánh giá tác động Y tế. Ở cấp độ toàn cầu, Đánh giá tác động Y tế, Phát triển và Nhân quyền có thể được phát huy bằng việc dựa trên tính được chấp nhận rộng rãi của Đánh giá tác động y tế và của nhân quyền để cải thiện việc phát triển chính sách toàn cầu hiệu quả. Tương tự, ở cấp địa phương, Đánh giá tác động y tế có thể được phát huy bằng cách sử dụng nhân quyền và phát triển làm khuôn khổ cho việc áp dụng các điều kiện ở cấp vĩ mô trong đánh giá hướng tới cải thiện việc phát triển chính sách công một cách lành mạnh. Tuy nhiên, để thực hiện việc phát huy tiềm năng này ở cả cấp địa phương và cấp toàn cầu thì năng lực, các phương pháp và công cụ mới cũng cần phải được phát triển.

VI. Kết luận: Tiến bộ thông qua thực hành & Nghiên cứu

Xét riêng từng lĩnh vực thì y tế, phát triển và nhân quyền đều có vị trí hàng đầu trong các tranh luận về chính trị và chính sách. Điều này được thể hiện trong các phong trào của xã hội dân sự trên khắp thế giới cũng như trong các

tuyên bố chính trị báo trước tương lai bình đẳng toàn cầu, giảm nghèo, quản trị nền dân chủ được cải thiện, bảo vệ sức khỏe và an ninh cho người dân, tất cả đều nằm trong bối cảnh có nhiều thay đổi về chính trị địa lý, toàn cầu hóa kinh tế và những biến đổi về môi trường. Các khuynh hướng này đã và đang xuất hiện như là tri thức và thực tiễn trong mỗi lĩnh vực và đã có nhiều tiến bộ hầu như hoàn toàn độc lập, cùng với việc ghi nhận những cầu nối giữa chúng. Bài viết này là nỗ lực đầu tiên đưa y tế, phát triển và nhân quyền lại với nhau, xây dựng cơ cấu mối quan hệ của ba lĩnh vực này xoay quanh một khuôn khổ khái niệm dẫn dắt đến một sự phân tích về các quan hệ tương hỗ của chúng.

Điều quan trọng là, bài viết này đã đề xướng ra một phương pháp tiếp cận lồng ghép y tế, phát triển và nhân quyền vào công tác xây dựng và thực hiện các chính sách, chương trình và công tác giám sát các chương trình, chính sách này. Xuất phát từ kinh nghiệm đúc kết qua một thập kỷ qua trong việc áp dụng các phương pháp đánh giá tác động một cách có chọn lọc vào y tế, nhân quyền và phát triển, một phương pháp tiếp cận mới được đề xuất để lồng ghép cả ba lĩnh vực. Để mở rộng và hài hòa hóa việc vận dụng các phương pháp đánh giá tác động, có một số vấn đề đáng quan tâm như sau. Vấn đề thứ nhất là bằng chứng theo chủ nghĩa kinh nghiệm cho thấy các đánh giá tác động có xu hướng cho ra các kết quả có chất lượng nếu những đánh giá này có trọng tâm và cung cấp thông tin cho các quyết định một cách nhanh chóng. Nếu quá tham vọng với các đánh giá tác động bằng cách mở rộng phạm vi của các đánh giá có thể làm ảnh hưởng đến tính kịp thời và chất lượng của chúng. Vấn đề thứ hai là các mối quan hệ giữa y tế, phát triển và nhân quyền chưa được hiểu thấu đáo. Hy vọng chung của chúng ta là thiếu sót về kiến thức này sẽ được bù đắp bằng kinh nghiệm đúc rút từ việc thực hành các phương pháp tiếp cận dựa trên quyền đối với y tế và phát triển và đánh giá tác

động, và rằng điều này sẽ hướng dẫn và chỉ đạo cho các chính sách và chương trình nhằm tối đa hóa tác dụng hiệp đồng hướng tới tương lai. Nhu cầu nghiên cứu trong lĩnh vực y tế và nhân quyền đang rất cấp bách, sâu rộng và đa dạng. Có thể nhóm lại các nhu cầu này trong 4 khu vực phạm vi chính được nêu sau đây.

Xây dựng Cơ sở Bằng chứng

Khu vực phạm vi ưu tiên này chú trọng vào việc thúc đẩy những tiến bộ trong các lĩnh vực nghiên cứu về y tế, phát triển và nhân quyền để tăng cường hơn nữa cơ sở bằng chứng cho rằng phương pháp tiếp cận y tế và phát triển dựa trên nhân quyền là vừa đạt hiệu quả và vừa cần thiết. Những chủ đề nghiên cứu tiềm năng có thể bao gồm chủ đề về tuân thủ các nguyên tắc nhân quyền có thể tăng cường y tế như thế nào và ở phương diện gì, chủ đề xây dựng tài liệu và phân tích các cách và phương diện của những tác động do thờ ơ hoặc vi phạm nhân quyền đối với y tế và phát triển.

Cải tiến Quản lý nhà nước

Quản lý nhà nước có hiệu quả đối với y tế, phát triển và nhân quyền bao gồm việc các tổ chức công tạo điều kiện phân phối các dịch vụ một cách công bằng, đảm bảo tính riêng tư và tính bảo mật, cho phép thực hiện quyền được cung cấp thông tin, đề cao nhân phẩm, và tạo ra các cơ chế trách nhiệm giải trình hiệu quả. Nghiên cứu trong lĩnh vực này có thể chú trọng vào việc thúc đẩy cải tiến quản lý của các tổ chức công về các nguyên tắc y tế, nhân quyền và phát triển. Chủ đề nghiên cứu tiềm năng có thể bao gồm phân tích các lý do chính trị, xã hội, văn hóa và lý do khác cho tình trạng thiếu cam kết của chính phủ đối với các vấn đề y tế, phát triển và nhân quyền; tìm hiểu các cách và khía cạnh lồng ghép hay kết hợp nhân quyền trong các chính sách, chiến lược và biện pháp y tế và phát triển của các tổ chức quốc tế, tổ chức chính phủ, tổ chức phi chính

phủ và tổ chức tư nhân; và xác định những thông lệ tốt về y tế, phát triển và nhân quyền cũng như làm thế nào để vận dụng những thông lệ đó trong việc qui định các ưu tiên và phân bổ nguồn lực của quốc gia hay của tổ chức.

Chú vào những nhóm dân chúng dễ bị tổn thương

Việc giải quyết vấn đề phân biệt đối xử, bất bình đẳng và sự bất công trong tiếp cận dịch vụ và các hệ thống cũng là một thành phần quan trọng của phương pháp tiếp cận y tế và phát triển dựa trên nhân quyền. Những lĩnh vực nghiên cứu này có thể khám phá nguyên nhân của nạn phân biệt đối xử, mức độ và sự thể hiện của nạn phân biệt đối xử về giới, tuổi, chủng tộc và dân tộc, định hướng giới tính, tình hình sức khỏe hay các yếu tố kinh tế, văn hóa xã hội, chính trị và các yếu tố dân sự khác như tình trạng di dân hoặc tị nạn ở hầu hết các xã hội, đặc biệt là trong bối cảnh của các dịch vụ y tế, xã hội và các chương trình phát triển. Cần nghiên cứu về cách làm thế nào để có thể tạo điều kiện tiếp cận các quyền lợi này một cách công bằng và được tôn trọng.

Việc Hòa hòa giữa các Dự án quốc tế và quốc gia về Y tế và Phát triển

Ngày nay có nhiều thành phần tham gia trong các sáng kiến quốc tế về y tế và phát triển dưới những cái tên như “quan hệ đối tác”, “Dự án”, “Quỹ”, “Hiệp hội” hay “Chương trình” mục tiêu. Năm giữa con số 70 và 100, những dự án này đều có trọng tâm về y tế trong khi các viện trợ hỗ trợ phát triển chính thức hằng năm cho y tế đã tăng gấp đôi từ 6 tỉ đôla Mỹ năm 2000 lên 12 tỉ đôla Mỹ năm 2005 (Theo thảo luận chuyên đề của Liên hiệp quốc - năm) (United Nations Thematic Debate: 2008 đoạn 10). Tại cuộc thảo luận chuyên đề của Đại Hội đồng Liên hiệp quốc, người ta đã công nhận rằng công tác xây dựng năng lực, tôn trọng các cam kết tài chính của chính phủ các nước và các đối tác phát triển của mình nhằm khắc

phục những thiếu sót còn tồn tại, điều chỉnh những rời rạc và thiếu nhất quán trong nỗ lực của quốc tế nhằm đạt được Tám mục tiêu Phát triển thiên niên kỷ và việc tăng khả năng dự báo cung về tài chính đối ngoại cho các nước có ý nghĩa quan trọng và cần thiết để có thể “đi đúng hướng tiến tới đạt được Tám Mục tiêu phát triển Thiên niên kỷ trước năm 2015” (Ibid: các đoạn 13-18). Sự tham gia của ngày càng đông đảo nhiều thành phần vào bối cảnh hỗ trợ quốc tế về y tế làm nảy sinh những câu hỏi không chỉ về việc hài hòa hóa các trợ giúp do các bên cung cấp mà còn về thiện ý và năng lực duy trì nghĩa vụ của họ theo đúng nguyên tắc quốc tế về nhân quyền, đặc biệt là khi quan hệ đối tác trong hỗ trợ có sự tham gia của các tổ chức quốc tế có nhiệm vụ duy trì những tiêu chí và tiêu chuẩn nhân quyền trong công việc của họ. (Hallgath & Tarantola 2008). Việc theo dõi sát sao hơn nữa đối với các bên tham gia hỗ trợ, kết hợp với nghiên cứu về làm thế nào có thể tăng cường đồng vận của y tế, phát triển và nhân quyền trong hỗ trợ quốc tế, cần cung cấp bằng chứng cần thiết giúp định hướng chính sách và loại bỏ những trở ngại đối với thực hành tốt nhất trong ba lĩnh vực này.

Toàn cầu hóa và Hàng hóa công toàn cầu (Globalisation and Global Public Goods)

Những chính sách và biện pháp hành động xuyên quốc gia bắt nguồn từ nhiều quan tâm của chính phủ hay của khối tư nhân đều tạo ra cả rủi ro lẫn cơ hội cho việc tăng cường tiến bộ trong y tế, phát triển và nhân quyền. Đối với nhiều thành phần dân số, đặc biệt là những người dân ở các nước có thu nhập thấp và thu nhập trung bình, thì quỹ đạo toàn cầu hiện nay về y tế lại không đi theo hướng tiến tới công bằng, bền vững hay tồn vong của loài người. Tác động của toàn cầu hóa kinh tế đối với sức khỏe và nhân quyền, cũng như cách giải quyết những vấn đề về y tế toàn cầu dưới các khuôn mẫu như công bằng xã hội (Daniels 2002), đạo đức trong nghiên cứu y sinh học (Gruskin

& Daniels 2008), chủ nghĩa nhân đạo (Brauman 2000), thuyết vị lợi (Hayry 2002), hay khái niệm về Hàng hóa công toàn cầu (Global Public Goods) (Smith et al, 2003; Kaul et al, 2003) cần được khai thác sâu hơn tiến tới đảm bảo công bằng lớn hơn trong y tế và phát triển. Giao diện giữa những khuôn mẫu này, giá trị mà chúng mang lại và những hạn chế của các khuôn mẫu đó cũng đòi hỏi phải có nghiên cứu sâu hơn.

Các nhu cầu nghiên cứu trên đây sẽ được đáp ứng một cách tốt nhất bằng việc phối hợp các biện pháp thường được sử dụng trong nhiều lĩnh vực, trong đó có những phương pháp đã được áp dụng trong phân tích chính sách, pháp luật, chiến lược và kinh tế cũng như trong nghiên cứu về dịch tễ học, hành vi, nhân chủng học và xã hội.

Lời cảm ơn

Nhóm tác giả xin trân trọng cảm ơn các thành viên Ban chỉ đạo Sáng kiến về Y tế và Nhân quyền, Trường Đại học University of New South Wales (UNSW IHHR) vì những đóng góp của các thành viên này

trong việc xây dựng các khái niệm trình bày trong bài viết này. Tên và đơn vị của các thành viên này được giới thiệu trên website của UNSW IHHR website tại www.ihhr.unsw.edu.au. Nhóm tác giả cũng xin bày tỏ lòng cảm ơn tới các ông/bà Emily Waller, Moa Sandstrom, Kristina Vine, Lidia Crkvenec và Guenter A Plum vì đã giúp nghiên cứu tìm tòi, quản lý và biên soạn cho ra bài viết này. Chúng tôi cũng xin cảm ơn các ông Christine Forster và Alan Morris, biên tập viên Tạp chí của Úc về Nhân quyền (Journal of Human Rights), đã cho chúng tôi cơ hội được đóng góp một phiên bản tóm tắt của bài viết này cho tạp chí - và đã duyệt xuất bản vào tháng Tháng 4 năm 2008 – và chúng tôi xin cảm ơn những nhà phê bình giấu tên đã đóng góp những ý kiến gợi ý vô cùng quý giá để chuyển thể bản tóm tắt thành bản hoàn chỉnh trước khi xuất bản. Chúng tôi cũng xin trân trọng cảm ơn những người đã thổi nguồn cảm hứng cho bài viết này bằng kinh nghiệm cuộc sống của mình và xin cảm ơn các bạn học sinh, sinh viên đã khuyến khích chúng tôi học hỏi được từ chính những câu hỏi và gợi ý của các bạn.

Tài liệu tham khảo

TÀI LIỆU PHÁP LUẬT QUỐC TẾ

Declaration on the Right to Development GA Res 41/128 (1986)

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW), 3 September 1981, 1249 UNTS 13

Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), 13 December 2006, GA Res 61/106

Convention on the Rights of the Child (CRC), 2 September 1990, 1577 UNTS 3

International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (CERD), 4 January 1969, 66 UNTS 195

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR), 3 January 1976, 993 UNTS 3

International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR), 23 March 1976, 999 UNTS 171

Ottawa Charter for Health Promotion, 21 November 1986, WHO/HPR/HEP/95.1

Universal Declaration of Human Rights (UDHR), GA Res 217A (III), UN Doc A/810 (1948)

United Nation Economic and Social Council, Committee on Economic, Social and Cultural Rights *General Comment No 14: The Highest Attainable Standard of Health*, UN CESCR, 22nd session, E/C.12/2000/4 (25 April – 12 May 2000)

United Nation Committee on Economic, Social and Cultural Rights *General comment No 3: The Nature of States Parties Obligations (Art. 2, par. 1)*, 1990

Vienna Declaration and Programme of Action, A/CONF.157/23 (1993)

TÀI LIỆU THAM KHẢO KHÁC

Acemogolu D, Johnson S and Robinson J (2001) 'The colonial origins of comparative development: An empirical investigation' 91 (5) *American Economic Review* pp 1369-1401

Acheson D (1988) *Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function* HMSO, London

- Aggleton P and Parker R (2005) *HIV-Related Stigma, Discrimination and Human Rights Violations: Case Studies of Successful Programmes* UNAIDS Best Practice Collection, UNAIDS, Geneva pp 17-67
- Akukwe C (1998) 'The growing influence of nongovernmental organisations (NGOs) in international health: Challenges and opportunities' 118 (2) *Journal of the Royal Society of Health* pp 107-115
- Alston P (2005) 'Ships passing in the night: The current state of the human rights and development debate seen through the lens of the Millennium Development Goals' 27 (3) *Human Rights Quarterly* pp 755-829
- Anand S (2004) 'The concerns for equity in health' in S Anand, F Peter and A Sen (eds) *Public Health and Ethics* (1st edn) Oxford University Press, Oxford pp 17-18
- Atkinson A, Basu K, Bhagwati J, North D, Rodrik D, Stewart F, Stiglitz J and Williamson J (2005) *Wider Perspectives on Global Development* Palgrave Macmillan/United Nations University, Houndmills
- Banken R (2001) *Strategies for Institutionalising HIA, Health Impact Assessment Discussion Papers Number 1* World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen
- Baum F (2007) 'Cracking the nut of health equity: top down and bottom up pressure for action on the social determinates of health' 14 (2) *Promotion and Education* pp 90-95
- Baum F and Harris L (2006) 'Equity and the social determinants of health' 17 (3) *Health Promotion Journal of Australia* pp 163-165
- Baxi U (2002) *The Future of Human Rights* (2nd Edn) Oxford University Press
- Behrman JR (1996) 'The impact of health and nutrition on education' 11 (1) *The World Bank Research Observer* pp 23-37
- Benedek W, De Feyter K and Marrella F (eds) (2008) *Economic Globalisation and Human Rights* EIU Studies on Human Rights and Democratization, Cambridge University Press, Cambridge
- Black RE, Morris SS and Bryce J (2003) 'Where and why are 10 million children dying every year?' 61 *The Lancet* pp 2226-2234
- Boutayeb A (2006) 'The double burden of communicable and non-communicable diseases in developing countries' 100 (3) *March Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* pp 191-199
- Buse K and Walt G (2000a) 'Global public-private partnerships: Part I – a new development in health?' 78 (4) *Bulletin of the World Health Organisation* pp 549-561
- Buse K and Walt G (2000b) 'Global public-private partnerships: Part II – what are the health issues for global governance?' 78 (5) *Bulletin of the World Health Organisation* pp 699-709
- Brauman R (2000) *L'action humanitaire* Flammarion
- Camp Keith L (2002) 'Judicial independence and human rights protection around the world' 85 (4) *Judicature* pp 195-200
- Centre for the Study of Human Rights (2005) *25+ Human Rights Documents* Columbia University, New York
- Chang YH (ed) (2003) *Rethinking Development Economics* Anthem Press, London
- Cohen J (2006) 'The new world of global health' 311.5758 *Science* pp 162-167
- Cohn T (2008) *Global Political Economy* (4th edn) Pearson Longman, New York
- Dahlgren G and Whitehead M (1991) *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health* Institute of Futures Studies, Stockholm
- Daniels N (2002) 'Justice, health, and health care' in R Rhodes, MP Battin and A Silvers (eds), *Medicine and Social Justice: Essays on the Distribution of Health Care* Oxford University Press, Oxford pp 6-23
- Dodd R and Cassels A (2006) 'Health, development and the Millennium Development Goals' 100 (5 and 6) *Annals of Tropical Medicine and Parasitology* pp 379-387
- Smith RD, Beaglehole R, Woodward D and Drager N (2003) 'Global public goods for health: From theory to policy' in RD Smith, R Beaglehole, D Woodward and N Drager (eds), *Global Public Goods for Health. Health Economic and Public Health Perspectives* Oxford University Press, 269-280
- Eide A (1995) 'Economic, social and cultural rights as human rights' in A Eide, C Krause and E Rosas (eds) *Economic, Social and Cultural Rights: A Textbook* Martinus Nijhoff, Dordrecht pp 81-124
- European Centre for Health Policy (1999) *Gothenburg Consensus Paper on Health Impact Assessment: Main Concepts and Suggested Approach* World Health Organization Regional Office for Europe, Brussels
- Farmer P (2004), *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor* California Series in Public Anthropology (4)
- Frank J and Mustard J (1994) 'The determinants of health from a historical perspective' 123 (4) *Daedalus* pp 1-19
- Frankovits A, Earle P and Sidoti E (2001) *The Rights Way to Development: Policy and Practice* Human Rights Council of Australia, North Sydney
- Freedman LP, Graham WJ, Brazier E, Smith JM and Ensor T (2007) 'Practical lessons from global safe motherhood initiatives: Time for a new focus on implementation' 370 (9595) *The Lancet* pp 1383-1391
- Garrett L (2007) 'The Challenge of Global Health' 86(1) *Foreign Affairs* pp 14-38
- Gostin L and Mann J (1994) 'Towards the development of a human rights impact assessment for the formulation and evaluation of public health policies' 1 (1) *Health and Human Rights* pp 58-80.
- Grayling AJ (2007) *Towards the Light: The Story of the Struggles for Liberty and Rights that Made the Modern West* Bloomsbury, London
- Gruskin S and Tarantola D (2002) 'Health and human rights' in R Detels, J McEwen, R Beaglehole, and H Tanaka (eds), *The Oxford Textbook of Public Health* (4th edn) Oxford University Press, Oxford pp 311-336
- Gruskin S, Mills EJ, and Tarantola D (2007) 'History, principles,

- and practice of health and human rights' 370 *The Lancet* pp 449-455
- Gruskin S and Daniels N (2008) 'Justice and human rights: Priority setting and fair deliberative process' *American Journal of Human Rights* [in press, accepted 29 December 2007]
- Gwatkin DR (2005) 'How much would poor people gain from faster progress towards the Millennium Development Goals for health?' 365 *The Lancet* pp 813-817
- Hallgath L and Tarantola D, A rights-based approach to the assessment of global health initiatives. *Australian Journal of Human Rights* [in press, accepted Feb 2008].
- Hayry M (2002) 'Utilitarian approaches to justice in health care' in R Rhodes, MP Battin and A Silvers (eds), *Medicine and Social Justice: Essays on the Distribution of Health Care* Oxford University Press, Oxford pp 53-64
- Howell J and Pearce J (2002) *Civil Society and Development: A critical exploration* L. Rienner Publishers, Colorado
- Hunt P and MacNaughton G (2006) Impact Assessments, Poverty and Human Rights: A Case Study Using the Right to the Highest Attainable Standard of Health UNESCO, Paris, pp 1-65
- Hunt P (2008) *Promotion and Protection of all Human Rights, Civil, Political, Economic, Social and Cultural Rights, Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, Seventh Session Human Rights Council, A/HRC/7/11, 31 January
- Hyder AA and Morrow RH (2006) 'Measures of health and disease in populations' in MH Merson, RE Black and AJ Mills (eds) *International Public Health: Diseases, Programs, Systems and Policies* (2nd edn) Sudbury, Massachusetts
- Ishay M (2004) *The History of Human Rights: From Ancient Times to the Globalization Era* University of California Press
- Jutting S (2003) *Institutions and Development: A Critical Review* OECD Development Centre, Working Paper No. 210, Paris
- Kaul I, Conceicao P, Goulven KL and Mendoza RU (eds) (2003) *Providing Global Public Goods: Managing Globalization* Oxford University Press, New York
- Kemm J (2001) 'Health Impact Assessment: a tool for healthy public policy' 16 (1) *Health Promotion International* pp 79-85
- Kingsbury D, Remenyi J, McKay J and Hunt J (2004) *Key Issues in Development* Palgrave Macmillan, Houndmills
- Kinney E (2001) 'The international human right to health: What does this mean for our nation and world?' 34 *Indiana Law Review* pp 1457-1475
- Kirchmeir F (2006) 'The right to development – where do we stand? State of the debate on the right to development' 23 *Dialogue on Globalization Occasional Papers*, Friedrich-Ebert-Stiftung Geneva pp 11-14
- Lauren P (1998) *The Evolution of International Human Rights: Visions Seen* University of Pennsylvania Press, Philadelphia
- Leary V (1994) 'The right to health' 1 (1) *Health and Human Rights* pp 24-56
- Leger LS (2007) 'Declarations, charters and statements – Their role in health promotion' 22 (3) *Health Promotion International* pp 179-181
- Leslie J and Jamison DT (1990) 'Health and nutrition considerations in education planning: 1 educational consequences of health problems among school-age children' 12 (3) *Food and Nutrition Bulletin* pp 204-214
- Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT and Murray CJL (2006) 'Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data' 367 *The Lancet* pp 1747-1757
- 'Maastricht Guidelines on Violations of Economic, Social and Cultural Rights' (1997) 20 *Human Rights Quarterly* pp 691-705
- Mann J, Gostin L, Gruskin S, Brennan T, Lazzarini Z and Fineberg H (1994) 'Health and human rights' 1 (1) *Health and Human Rights* pp 6-23
- Mann J and Tarantola D (eds) (1996) *AIDS in the World II, Global Dimensions, Social Roots and Response* Oxford University Press, Oxford and New York, pp 427-476
- Marks SP (2005) 'Human rights in development: The significance for health' in S Gruskin, MA Grodin, GJ Annas and SP Marks (eds) *Perspectives on Health and Human Rights* Routledge, New York and London pp 95-116
- Marmot M (2004) 'Social causes of social inequity in health' in S Anand, F Peter, and A Sen *Public Health, Ethics and Equity* (3rd edn) Oxford University Press, Oxford pp 37-62
- Martens J (2003) *The Future of Multilateralism after Monterrey and Johannesburg. Dialogue or Globalization* 10 Occasional Papers, Friedrich Ebert Stiftung, Berlin
- Myrdal G (1975) *Against the Stream: Critical Essays in Economics* Vintage Books, New York
- North D (1990) *Institutions, Institutional Change and Economic Performance* Cambridge University Press, Cambridge
- O'Keefe E and Scott-Samuel A (2002) 'Human rights and wrongs: Could Health Impact Assessment help?' 30 *Journal of Law, Medicine and Ethics* pp 734-738
- Okie S (2006) 'Global health: The Gates-Buffett effect' 355 (11) *New England Journal of Medicine* pp 1084-1088
- People's Health Movement (2006) *The People's Health Movement A People's Campaign for Health for All - Now!* [Online] Available: <http://www.phmovement.org/en/node/189> [2008, March 20]
- Petchesky RP (2003) *Global Prescriptions: Gendering Health and Human Rights* Zed Books, London and New York
- Radstaake M and Bronkhorst D (2002) *Matching Practice with Principles: Human Rights Impact Assessment: EU Opportunities* Humanist Committee on Human Rights, Utrecht
- Richter J (2004) 'Public-private partnerships for health: a trend with no alternatives?' 47 (2) *Development* pp 43-48
- Rodrik D, Subramanian A and Trebbi F (2002) *Institutions*

- Rule: *The Primacy of Institutions over Integration and Geography. Working Paper No. 9305* National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA
- Sachs J (2005) *The End of Poverty: How We Can Make It Happen in Our Lifetime* Penguin, London
- Sanoff H (2000) *Community Participation Methods in Design and Planning* John Wiley & Sons Inc, Canada
- Schumpeter J (1969) *The Theory of Economic Development* Oxford University Press, Oxford
- Scott-Samuel A and O'Keefe E (2007) 'Health impact assessment, human rights and global public policy: A critical appraisal' 85 *Bulletin of the World Health Organization* pp 212-217
- Sen A (1999) *Development as Freedom* Oxford University Press, Oxford
- Sengupta A (2002) 'On the theory and practice of the right to development' 24 *Human Rights Quarterly* pp 837-889.
- Sengupta, A Negi A and Basu M (eds) (2005) *Reflections on the Right to Development* Centre for Development and Human Rights and Sage Publications, New Delhi
- Smith R, Beaglehole R, Woodward D and Drager N (eds) (2003) *Global Public Goods for Health: Health Economics and Public Health Perspective* Oxford University Press, Oxford
- Steiner H and Alston P (2000) *International Human Rights in Context: Law Politics and Morals* Oxford University Press, New York
- Stiglitz, J (2002) *Globalisation and its Discontents* Allen Lane
- Tarantola D (2008) 'A perspective on the history of health and human rights: From the cold war to the gold war' 29 *Journal of Public Health Policy* pp 42-53
- Taylor L and Quigley R (2002) *Health Impact Assessment: A Review of Reviews* National Health Service Health Development Agency, London
- The World Bank (1993) *The World Development Report: Investing in Health* The World Bank and Oxford University Press pp 156-170
- Thirlwall A (1999) *Growth and Development* (6th edn) Macmillan, Houndmills
- 't Hoen E (2002) 'TRIPS, pharmaceutical patents, and access to essential medicines: A long way from Seattle to Doha' 3 (1) *Chicago Journal of International Law* pp 27-46
- Tomuschat C (2003) *Human Rights, Between Idealism and Realism* Oxford University Press, New York
- United Nations (2003) *The Human Rights Based Approach to Development Cooperation Towards a Common Understanding Among UN Agencies*, [Online] Available: http://www.hreoc.gov.au/social_justice/conference/engaging_communities/un_common_understanding_rba.pdf Accessed [2008, May 1]
- United Nations General Assembly Thematic Debate, "Recognizing the achievements, addressing the challenges of getting back on track to achieve the MDGs by 2015, Background Paper, Tuesday 1 April 2008, New York
- United Nations General Assembly (2007) Sixty-second session, *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health* A/62/214, United Nations, New York pp 33-44
- United Nation Development Program (1998) *Integrating Human Rights with Sustainable Human Development. A UNDP Policy Document* UNDP, New York
- United Nations Development Programme (2005) *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals* Earthscan, London
- Williamson J (1990) 'What Washington means by policy reform' in J Williamson (ed) *Latin American Adjustment: How Much Has Happened* Institute for International Economics, Washington pp 5-20
- Wise M and Nutbeam D (2007) 'Enabling health systems transformation: what progress has been made in re-orienting health services?' *Supp 2 Promotion & Education* pp 23-27
- Wismar M, Blau J, Ernst K, Elliott E, Golby A, van Herten L, Lavin T, Stricka M, and Williams G (2006) 'Implementing and institutionalizing health impact assessment in Europe' in T Ståhl, M Wismar, E Ollila, E Lahtinen, and K Leppo (eds) *Health in All Policies: Prospects and Potentials* Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki pp 231-252
- World Health Organization (1948) *Constitution of the World Health Organization*, 7 April 1948, Amendments adopted by Res WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 and WHA51.23
- World Health Organization (1995) *The World Health Report: Bridging the Gaps* Geneva
- World Health Organization (1999) *The World Health Report: Making a Difference* Geneva
- World Health Organization (2001) *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health* Geneva
- World Health Organization (2002a) *Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health Report by the Director-General* Fifty-fifth World Health Assembly A55/5, 23 April, Geneva
- World Health Organization (2002b) *25 Questions and Answers on Health and Human Rights* Health and Human Rights Publication Series Issue No1, Geneva
- World Health Organization (2003) *The World Health Report: Shaping the Future* Geneva
- World Health Organization (2005) *Human Rights, Health and Poverty Reduction Strategies* Health and Human Rights No 5 WHO/ETH/HDP/05.1, Geneva
- World Health Organization (2007) *Health Systems: Report by the Secretariat* 120th Session 8 January 2007, Provisional agenda item 4.7, EB120/38, Geneva
- World Trade Organization and World Health Organization (2002) *WTO Agreements and Public Health. A joint study by the WHO and the WTO Secretariat* WTO and WHO, Geneva
- Zwi AB, Garfield R and Loretta A (2002) 'Collective violence' in EG Krug, LL Dahlberg, JA Mercy, AB

-
- ⁷ Mười điểm trong Thỏa thuận Oa-sinh-ton là: (1) trật tự chính sách tài khóa; (2) Định hướng lại cho chi tiêu công chuyển từ trợ cấp ("đặc biệt là những trợ cấp đại trà") sang hình thức cung cấp phạm vi rộng các dịch vụ khuyến khích tăng trưởng, khuyến khích người nghèo như giáo dục ban đầu, chăm sóc sức khỏe ban đầu, và đầu tư hạ tầng; (3) Cải cách thuế – mở rộng cơ sở thuế và áp dụng các thuế suất biên vừa phải; (4) Tỷ lệ lãi suất do thị trường quyết định và dương (nhưng hợp lý) theo đúng thuật ngữ; (5) tỉ giá hối đoái cạnh tranh; (6) Tự do hóa thương mại – tự do hóa nhập khẩu, đặc biệt nhấn mạnh giảm thiểu những giới hạn định lượng (như cấp phép, v.v...); mọi hình thức bảo hộ thương mại đều phải qui định bằng thuế quan thấp và tương đối đồng bộ; (7) Tự do hóa đầu tư trực tiếp của nước ngoài trong nước; (8) Tư nhân hóa các doanh nghiệp nhà nước; (9) Bãi bỏ qui định – bãi bỏ các qui định gây trở ngại việc gia nhập thị trường hoặc hạn chế cạnh tranh, ngoại trừ những qui định được cho là trên cơ sở an toàn, bảo vệ môi trường và bảo vệ người tiêu dùng, và giám sát chặt chẽ các tổ chức tài chính; và, (10) Đảm bảo an ninh bằng pháp luật đối với các quyền sở hữu tài sản trí tuệ.
- ⁸ 'Vai trò của sức khỏe trong tăng trưởng kinh tế đã bị đánh giá quá thấp. Bằng chứng Ủy ban chỉ ra cho thấy cứ 10% cải thiện về tuổi thọ là mức tăng trưởng kinh tế tăng từ 0,3 đến 0,4% mỗi năm, các nhân tố tăng trưởng khác không thay đổi' (Tổ chức y tế thế giới 2002a).
- ⁹ Tám Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ là: Diệt tận gốc đói nghèo; phổ cập giáo dục; thúc đẩy bình đẳng giới và trao quyền cho phụ nữ; giảm tỉ lệ tử vong ở trẻ; cải thiện sức khỏe bà mẹ sinh con; chiến đấu chống nạn dịch HIV/AIDS, sởi và các bệnh tật khác; đảm bảo ở bền vững của môi trường; và phát triển quan hệ đối tác toàn cầu cho phát triển (www.un.org/millenniumgoals/goals.html).