



Original Article

The Right to Equal Access to Health in International Law

Nguyen Nhu Ha¹, Mai Phi Hoang^{2,*}

¹*Ministry of Education and Training, 35 Dai Co Viet, Bach Mai, Hanoi, Vietnam*

²*Academy of Policy and Development, Urban Area Nam An Khanh, An Thuong, Ha Noi, Vietnam*

Received 02nd July 2024

Revised 19th November 2025; Accepted 20th December 2025

Abstract: In a world striving for progress, equity, and equality, health disparities continue to persist, both in access to health-care services and health outcomes. These disparities may result in violations of fundamental human rights, including the right to life, the right to human dignity, the right to equality, and the right to freedom from discrimination. The international legal framework on health plays an important role in addressing global health-related inequalities. This article examines the right to equal access to health in international law and evaluates the difficulties and challenges that the current legal framework faces in ensuring the effective protection of this right.

Keywords: Disparity, access to health care, International Health Regulations.

* Corresponding author.

E-mail address: hoangmaiphi@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1167/vnuls.4656>

Quyền bình đẳng tiếp cận y tế trong pháp luật quốc tế

Nguyễn Như Hà¹, Mai Phi Hoàng^{2,*}

¹Bộ Giáo dục và Đào tạo, Số 35 Đại Cồ Việt, Bạch Mai, Hà Nội, Việt Nam

²Học viện Chính sách và Phát triển, Khu đô thị Nam An Khánh, An Thượng, Hà Nội, Việt Nam

Nhận ngày 02 tháng 7 năm 2024

Chỉnh sửa ngày 19 tháng 10 năm 2025; Chấp nhận đăng ngày 20 tháng 12 năm 2025

Tóm tắt: Trong một thế giới đang hướng tới sự tiến bộ, công bằng và bình đẳng, những vấn đề liên quan bất bình đẳng về sức khỏe, cả về việc tiếp cận dịch vụ y tế và kết quả sức khỏe, vẫn tồn tại. Bất bình đẳng trong chăm sóc sức khỏe kéo theo những vi phạm các quyền cơ bản của con người, bao gồm quyền được sống, quyền được tôn trọng nhân phẩm, quyền bình đẳng, không bị phân biệt đối xử. Khuôn khổ pháp luật quốc tế về sức khỏe đóng vai trò quan trọng trong việc giảm thiểu những bất bình đẳng liên quan đến y tế toàn cầu. Bài viết nghiên cứu quyền bình đẳng tiếp cận y tế trong pháp luật quốc tế đồng thời đánh giá những khó khăn, thách thức mà khuôn khổ chung đang phải đối mặt trong nỗ lực đảm bảo quyền này.

Từ khóa: Bất bình đẳng, tiếp cận y tế, Bộ Quy tắc Y tế quốc tế.

1. Mở đầu

Bất bình đẳng toàn cầu, đặc biệt trong lĩnh vực sức khỏe, từ lâu đã được thừa nhận là một trong những thách thức nghiêm trọng nhất đối với phát triển bền vững và bảo đảm quyền con người. Liên hợp quốc thừa nhận rằng bất bình đẳng toàn cầu là một vấn đề lớn và cần hành động để hạn chế tình trạng này. Thật vậy, giảm thiểu bất bình đẳng giữa các quốc gia và đảm bảo cuộc sống khỏe mạnh và tăng cường phúc lợi cho mọi người ở mọi lứa tuổi là hai trong những mục tiêu quan trọng của Liên hợp quốc và được đề cập cụ thể tại Mục tiêu Phát triển bền vững số 3 và số 10 [1]. Đặc biệt, bình đẳng y tế toàn cầu, từ lâu, đã là mục tiêu theo đuổi của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khi thông qua chiến lược “Sức khỏe cho tất cả mọi người” (Health For All) với mục tiêu hàng đầu là mỗi người đều có cơ hội như nhau để được khỏe mạnh, không phân biệt hoàn cảnh hay bối cảnh [2]. Vấn đề “quyền bình

đẳng tiếp cận y tế” được nhận diện như một quyền con người được pháp luật quốc tế bảo vệ, đồng thời làm rõ vai trò, giới hạn và những thách thức đặt ra đối với hệ thống pháp luật quốc tế trong việc bảo đảm thực thi quyền này. Tuy nhiên, sự xuất hiện của các cuộc khủng hoảng y tế toàn cầu gần đây, điển hình là đại dịch COVID-19, đã phơi bày một cách rõ rệt sự yếu kém và thiếu tính nhất quán trong cơ chế phối hợp quốc tế. Sự chênh lệch nghiêm trọng trong tiếp cận vaccine và nguồn lực y tế đã chứng minh rằng việc bảo đảm quyền này vẫn còn nhiều khoảng trống pháp lý nghiêm trọng. Điều 12 của Công ước quốc tế về các quyền kinh tế, xã hội và văn hóa (ICESCR), làm rõ bản chất và nghĩa vụ cốt lõi (core obligations) của quốc gia thành viên, đồng thời đánh giá vai trò kỹ thuật của Bộ Quy tắc y tế quốc tế (IHR 2005). Mặc dù khung pháp lý quốc tế về quyền con người đã thiết lập các nghĩa vụ pháp lý rõ ràng về quyền sức khỏe, nhưng sự thiếu vắng các cơ chế giám sát, chế tài

* Tác giả liên hệ.

Địa chỉ email: hoangmaiphi@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1167/vnuls.4677>

và trách nhiệm giải trình mạnh mẽ, mang tính ràng buộc pháp lý, trong khuôn khổ IHR 2005 đã làm suy yếu nghiêm trọng việc thực hiện các nghĩa vụ cốt lõi này, qua đó duy trì và làm gia tăng bất bình đẳng trong tiếp cận y tế toàn cầu.

2. Từ bất bình đẳng sức khỏe đến quyền bình đẳng tiếp cận y tế

Bất bình đẳng thể hiện sự chênh lệch giữa con người với con người. Trong tác phẩm “Discours sur l’origine et les fondements de l’inégalité parmi les hommes” (tạm dịch: Diễn ngôn về nguồn gốc và cơ sở của sự bất bình đẳng giữa con người và con người), Jean-Jacques Rousseau phân loại sự bất bình đẳng thành làm 2 loại : Bất bình đẳng tự nhiên liên quan đến các yếu tố về tuổi tác, thể chất, sức mạnh hoặc trí lực, và bất bình đẳng về đạo đức hay chính trị do con người thiết lập thông qua quy ước xã hội và bao gồm những đặc quyền như giàu có hơn, nổi tiếng hơn, quyền lực cao hơn những người khác và có thể sử dụng những đặc quyền này để ép buộc người khác phải phục tùng [3]. Theo Rousseau, bất bình đẳng tự nhiên là không thể tránh được do những chênh lệch mang tính bẩm sinh gắn với bản chất con người, trong khi bất bình đẳng về đạo đức hay về chính trị được tạo ra từ quy ước xã hội, mang tính quy ước, không phải từ tự nhiên thì có thể tránh và cần phải tránh.

WHO định nghĩa sức khỏe là *trạng thái thoải mái toàn diện về thể chất, tinh thần và xã hội chứ không phải chỉ là tình trạng không có bệnh hay thương tật* [4]. Định nghĩa này thừa nhận sức khỏe không chỉ liên quan đến việc thoát khỏi bệnh tật hay thương tật về thể chất mà còn bao gồm cả trạng thái toàn diện về sức khỏe tinh thần và tương tác xã hội của mỗi người. Để đạt được trạng thái sức khỏe toàn diện này, cần xem xét cả các yếu tố như khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thỏa đáng, tiếp cận các nguồn nước sạch, thông tin và giáo dục về sức khỏe, điều kiện lao động an toàn, và môi trường sống

trong lành, vì chúng đều là các yếu tố quyết định về sức khỏe mỗi cá nhân.

Từ đây có thể hiểu bất bình đẳng về sức khỏe là sự khác biệt giữa các nhóm người về tình trạng sức khỏe bẩm sinh và cả khả năng, mức độ tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, xuất phát từ sự phân hóa xã hội và sự thống trị của nhóm giàu có và quyền lực. Những khác biệt thuộc về tự nhiên, bẩm sinh là không thể tránh nhưng những bất bình đẳng liên quan đến tiếp cận phương tiện chăm sóc sức khỏe thì có thể tránh và nên tránh. Điều này làm gia tăng khoảng cách về trạng thái sức khỏe (health outcome) giữa các nhóm khác nhau trong xã hội, giảm chất lượng cuộc sống và ảnh hưởng đến quyền con người của nhóm người có thu nhập, địa vị xã hội thấp hơn, do đó, bị hạn chế hoặc thậm chí không có khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế chất lượng tốt để điều trị và phòng ngừa bệnh tật.

Bất bình đẳng, cụ thể là bất bình đẳng trong y tế toàn cầu là một vấn đề phức tạp, đa diện, bao hàm nhiều nguyên nhân và biểu hiện khác nhau. Tuyên ngôn về Chăm sóc sức khỏe ban đầu Alma Ata khẳng định: *“Sự bất bình đẳng rõ rệt về tình trạng sức khỏe của người dân giữa các nước phát triển và đang phát triển, cũng như giữa những người dân trong cùng một nước là không thể chấp nhận được cả về chính trị, xã hội và kinh tế, do đó, phải được xem là mối quan tâm chung cho tất cả các nước”*¹.

Tuy nhiên, bất chấp những nỗ lực mạnh mẽ của quốc tế trên nhiều phương diện nhằm theo đuổi mục tiêu giảm thiểu bất bình đẳng giữa các quốc gia, bất bình đẳng vẫn duy trì và thậm chí có xu hướng trầm trọng thêm. Theo một báo cáo của Liên hợp quốc được công bố vào năm 2020, hơn 70% dân số thế giới phải đối mặt với tình trạng bất bình đẳng ngày càng nghiêm trọng. Trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, một khảo sát của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), có đến gần một nửa dân số thế giới không được tiếp cận các dịch vụ y tế thiết yếu khi cần thiết [5]. Một nghiên cứu về y tế công cộng khác của WHO cũng chỉ ra rằng sự bất bình đẳng về sức khỏe

¹ Mục II Tuyên ngôn Alma Ata năm 1978 về Chăm sóc sức khỏe ban đầu.

trong và giữa các quốc gia đang gia tăng và nhiều quốc gia vẫn đang phải tiếp tục vật lộn với những tác động tiêu cực đến sức khỏe do suy thoái môi trường, biến đổi khí hậu, đô thị hóa, chiến tranh, xung đột [6, 7]. Cuộc khủng hoảng y tế công cộng Covid-19 nổi tiếp các thách thức đặt ra đối với hệ thống y tế toàn cầu, bao gồm cả khía cạnh pháp lý. Trong vòng vài tuần, virus Corona SARS-CoV-2 đã lan rộng khắp thế giới, làm xói mòn những nỗ lực xây dựng một thế giới tương lai ít bất bình đẳng hơn [8] khi phơi bày rõ hơn sự chênh lệch về trình độ kinh tế, công nghệ, mức độ tiếp cận và nắm giữ thông tin giữa các nước phát triển và đang phát triển, giữa nước có thu nhập cao và nước có thu nhập trung bình-thấp, qua đó cho thấy rõ hơn sự mong manh của trật tự pháp lý quốc tế. Quốc gia giàu có nhanh chóng tích trữ vaccine trong khi nhiều nước đang phát triển phải chờ đợi nguồn cung từ cơ chế COVAX. Tình trạng “chủ nghĩa dân tộc vaccine” khiến hàng triệu người ở các nước thu nhập thấp không được tiêm ngừa kịp thời. Theo Frank Dobson, cựu Bộ trưởng Bộ Y tế và Chăm sóc xã hội, Vương quốc Anh, “bất bình đẳng về sức khỏe là sự bất bình đẳng tồi tệ nhất trong tất cả. Không có sự bất bình đẳng nào nghiêm trọng hơn việc biết rằng bản thân sẽ chết sớm hơn vì nghèo” [9]. Hay nói cách khác, nghèo đói và điều kiện sống thiếu thốn khiến sức khỏe con người suy yếu nhanh hơn và chết sớm hơn. Quyền bình đẳng trong tiếp cận y tế được đặt ra với tư cách là cơ sở để các quốc gia thực hiện nghĩa vụ của mình trong việc hạn chế sự bất bình đẳng sức khỏe và tiếp cận y tế của người dân. Bởi vậy, pháp luật quốc tế được kỳ vọng là một trong những công cụ đắc lực cho việc tạo dựng khuôn khổ chung giữa các quốc gia, là cơ chế thúc đẩy nỗ lực để giảm nhẹ tình trạng bất bình đẳng trong y tế toàn cầu nhằm đem lại hy vọng về mục tiêu kiến tạo thế giới tương lai công bằng và hạnh phúc hơn là có khả năng đạt được, dù chưa biết viễn cảnh đó còn bao xa.

Khái niệm bất bình đẳng về sức khỏe (health inequality/health disparity) được hiểu là những khác biệt có hệ thống, không công bằng và có thể tránh được về tình trạng sức khỏe giữa các nhóm dân cư khác nhau - theo thu nhập, giới tính, dân

tộc, vị trí địa lý, trình độ học vấn hoặc tình trạng xã hội. Những khác biệt này có thể thể hiện qua kết quả sức khỏe (health outcomes), như tuổi thọ, tỷ lệ tử vong mẹ, tử vong trẻ sơ sinh, tỷ lệ mắc bệnh truyền nhiễm hoặc bệnh không lây nhiễm.

Trong khi đó, bất bình đẳng trong tiếp cận y tế (inequality in access to health care) là một khía cạnh cụ thể và thiết yếu trong tổng thể bất bình đẳng về sức khỏe. Nó tập trung vào khả năng con người được tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc y tế thiết yếu một cách công bằng và không bị phân biệt đối xử, bao gồm cả yếu tố sẵn có (availability), khả năng chi trả (affordability), khả năng tiếp cận về mặt địa lý (accessibility), sự chấp nhận về văn hóa - xã hội (acceptability) và chất lượng dịch vụ (quality). Nói cách khác, bất bình đẳng tiếp cận y tế là nguyên nhân trực tiếp hoặc trung gian dẫn đến các bất bình đẳng về kết quả sức khỏe. Hai phạm trù này không đối lập mà nằm trong một mối quan hệ nhân quả, tương tác: Bất bình đẳng trong tiếp cận y tế chính là một trong những nguyên nhân trực tiếp và quan trọng nhất dẫn đến Bất bình đẳng về sức khỏe, đồng thời là biểu hiện pháp lý rõ ràng nhất của sự thất bại trong việc bảo đảm quyền con người. Cụ thể, khi các rào cản về tài chính, địa lý, hoặc phân biệt đối xử ngăn cản một nhóm dân cư sử dụng dịch vụ y tế, bệnh tật sẽ không được điều trị kịp thời hoặc phải đối mặt với chất lượng kém, từ đó trực tiếp dẫn đến kết quả sức khỏe tồi tệ hơn (tỷ lệ tử vong và bệnh tật cao hơn). Về mặt pháp lý, quyền bình đẳng tiếp cận y tế tập trung vào nghĩa vụ của quốc gia nhằm xóa bỏ các rào cản cơ hội này. Nói cách khác, việc phân tích bất bình đẳng trong tiếp cận y tế cho phép chúng ta chuyển vấn đề từ một mục tiêu xã hội (giảm bất bình đẳng sức khỏe) thành một vấn đề pháp lý có thể bị khiếu kiện (vi phạm quyền tiếp cận).

Bất bình đẳng, đặc biệt trong lĩnh vực y tế, là một vấn đề mang tính toàn cầu, ảnh hưởng sâu rộng đến chất lượng cuộc sống và quyền con người. Sự chênh lệch trong khả năng tiếp cận dịch vụ y tế không chỉ phản ánh khoảng cách giàu nghèo giữa các quốc gia mà còn tồn tại ngay trong nội bộ từng quốc gia, đặt ra những thách thức lớn đối với việc thực thi các cam kết về nhân quyền ở cả cấp độ quốc gia và quốc tế. Trong bối

cảnh thế giới ngày càng phức tạp và biến động, bất bình đẳng về sức khỏe trở nên đa chiều, đòi hỏi các biện pháp can thiệp kịp thời và toàn diện.

Bất bình đẳng trong tiếp cận y tế có thể được phân tích trên hai cấp độ chính:

Thứ nhất, bất bình đẳng giữa các quốc gia. Sự khác biệt về tiềm lực kinh tế, chính trị, văn hóa, vị trí địa lý, hệ thống y tế và các điều kiện môi trường dẫn đến mức độ tiếp cận dịch vụ y tế không đồng đều giữa các quốc gia. Các nước phát triển với hệ thống y tế hiện đại có khả năng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tiên tiến, trong khi nhiều quốc gia thu nhập thấp vẫn phải đối mặt với tình trạng thiếu hụt cơ sở hạ tầng y tế, nhân lực và thuốc men.

Thứ hai, bất bình đẳng trong nội bộ mỗi quốc gia. Ngay cả trong những quốc gia có hệ thống y tế phát triển, sự tiếp cận dịch vụ y tế vẫn không đồng đều giữa các nhóm dân cư. Những nhóm yếu thế, bao gồm phụ nữ, trẻ em, người khuyết tật, người di cư, người nghèo, dân tộc thiểu số và cộng đồng LGBT+, thường gặp phải những rào cản đáng kể, từ chi phí y tế cao, hạn chế về pháp lý, sự kỳ thị xã hội cho đến khó khăn trong việc tiếp cận thông tin và dịch vụ y tế phù hợp.

Những bất bình đẳng này không chỉ là vấn đề y tế mà còn là thách thức đối với hệ thống pháp lý và chính sách xã hội, đòi hỏi các quốc gia và cộng đồng quốc tế có những giải pháp mạnh mẽ nhằm đảm bảo quyền tiếp cận y tế công bằng cho mọi người. Khác với khái niệm bất bình đẳng về sức khỏe như một hiện tượng xã hội, quyền bình đẳng tiếp cận y tế được xem xét dưới góc độ là quyền cơ bản của con người thể hiện khả năng tiếp cận và hưởng các sản phẩm y tế. Theo quan điểm của WHO và các tổ chức quốc tế, quyền bình đẳng tiếp cận y tế không chỉ đơn thuần là việc có khả năng sử dụng dịch vụ y tế mà còn phải đảm bảo các yếu tố: (1) Tính sẵn có; (2) Khả năng tiếp cận được; (3) Chất lượng được bảo đảm và (4) Không bị phân biệt đối xử. Có thể thấy quyền bình đẳng tiếp cận y tế không chỉ là quyền chăm sóc sức khỏe mà còn bao hàm quyền được sống trong một môi trường hỗ trợ sức khỏe một cách toàn diện. Như vậy, *quyền bình đẳng tiếp cận y tế được hiểu là quyền của mọi cá nhân,*

không phân biệt địa vị kinh tế, xã hội, giới tính, sắc tộc hay quốc tịch, được tiếp cận một cách công bằng với các dịch vụ y tế cần thiết để bảo vệ và nâng cao sức khỏe. Quyền này không chỉ bao gồm việc được điều trị khi mắc bệnh mà còn bao hàm các yếu tố quyết định đến sức khỏe như điều kiện sống, môi trường làm việc, nước sạch, dinh dưỡng, và giáo dục về y tế.

3. Quy định pháp luật quốc tế trong nỗ lực đảm bảo quyền bình đẳng tiếp cận y tế

Sức khỏe là một nhu cầu thiết yếu của con người và cần được bảo vệ bằng pháp luật quốc tế. Trong bối cảnh toàn cầu hóa, khi biên giới giữa các quốc gia trở nên mờ nhạt, việc di chuyển hàng hóa, dịch vụ và con người đã tạo điều kiện cho nhiều mầm bệnh phát tán, lây lan nhanh chóng, điều này còn được trợ lực thêm bởi những mối nguy từ biến đổi khí hậu, ô nhiễm môi trường và nạn đói nghèo. Tính liên kết giữa các quốc gia trong thời kỳ toàn cầu hóa khiến cho không một quốc gia nào, cho dù là cường quốc, có thể tự bảo vệ khỏi các rủi ro về sức khỏe xuyên biên giới. Vì vậy, việc hợp tác quốc tế trở nên cực kỳ cần thiết để chia sẻ kiến thức, kinh nghiệm, tài nguyên và công nghệ [10].

Những tổ chức quốc tế như Tổ chức Y tế thế giới (WHO), Quỹ Toàn cầu Phòng, Chống AIDS, lao và sốt rét (the Global Fund), Liên minh toàn cầu về Vaccine và Tiêm chủng (GAVI), Tổ chức Sáng kiến xóa bỏ bại liệt toàn cầu (GPEI)... đã chứng minh việc hợp tác quốc tế có thể thúc đẩy sự tiến bộ trong nghiên cứu khoa học, phát triển vắc xin, cải thiện chất lượng dịch vụ y tế và bảo vệ quyền con người. Hợp tác quốc tế trong lĩnh vực y tế không chỉ mang lại lợi ích cho các cá nhân, mà còn góp phần xây dựng một thế giới an toàn, bền vững và công bằng hơn.

Luật Y tế quốc tế đã ra đời dựa trên sự công nhận về quyền được bảo vệ sức khỏe trong các văn kiện quốc tế về quyền con người và sự cần thiết của hợp tác quốc tế trong lĩnh vực này. Nhiệm vụ của nó là thúc đẩy an ninh y tế toàn cầu, bảo vệ sức khỏe của các cá nhân trên toàn

thế giới bất kể quốc tịch, chủng tộc, tôn giáo, giới tính, địa vị xã hội [11]. Điều này bao gồm giải quyết các vấn đề liên quan đến sự xuất hiện và lây lan của các loại bệnh truyền nhiễm, sự gia tăng của các bệnh không lây nhiễm, sức khỏe môi trường, tình trạng khẩn cấp y tế và sự bất bình đẳng trong tiếp cận thuốc và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thiết yếu [12], đồng thời hạn chế những can thiệp không đáng có vào giao thương, vận chuyển quốc tế.

Luật Y tế quốc tế đặc biệt quan tâm đến việc giám sát bất bình đẳng trong tiếp cận các dịch vụ y tế giữa các quốc gia. Cần nhớ rằng Tuyên ngôn Quốc tế Nhân quyền năm 1948 khẳng định “*Mọi người sinh ra đều bình đẳng về phẩm cách và quyền lợi*” và nguyên tắc “không phân biệt đối xử” này được nhấn mạnh trong nhiều văn kiện quốc tế khác. Với cơ sở pháp lý này, quyền tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng tốt là quyền cơ bản của mọi người. Điều này một lần nữa được khẳng định thông qua Điều 2 Công ước quốc tế về các quyền kinh tế, xã hội và văn hóa (ICESCR) khi quy định rằng “*các quyền được nêu trong Công ước này sẽ được thực hiện không có bất kỳ sự phân biệt đối xử nào ...*”.

Những yêu cầu về bình đẳng trong chăm sóc y tế toàn cầu được dựa trên pháp luật quốc tế về quyền con người. Bình đẳng trong chăm sóc y tế là một phần của quyền được bảo vệ, chăm sóc sức khỏe được quy định tại điều 12 ICESCR, theo đó mọi người có “*... quyền được hưởng một tiêu chuẩn sức khỏe về thể chất và tinh thần ở mức cao nhất có thể*”. Hiến chương của WHO tái khẳng định rằng “*việc được hưởng tiêu chuẩn sức khỏe cao nhất có thể đạt được là một trong những quyền cơ bản của mỗi con người, không phân biệt chủng tộc, tôn giáo, niềm tin chính trị, điều kiện kinh tế hay xã hội*”. Theo Bình luận chung số 14 của Ủy ban ICESCR, quyền này đòi hỏi các quốc gia phải bảo đảm khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế, thuốc men, điều kiện vệ sinh và các yếu tố quyết định sức khỏe như nước sạch và dinh dưỡng. Điều này không chỉ yêu cầu các quốc gia tránh phân biệt đối xử mà còn đặt ra nghĩa vụ chủ động trong việc cải thiện hệ thống y tế để bảo vệ nhóm dễ tổn thương.

Quyền được hưởng tiêu chuẩn sức khỏe cao

nhất có thể đạt được là khuôn khổ pháp lý quốc tế quan trọng nhất liên quan đến sức khỏe, buộc các quốc gia phải có nghĩa vụ tôn trọng, bảo vệ và bảo đảm thực hiện vì sức khỏe đã được thừa nhận rộng rãi là một quyền cơ bản của mỗi người, không phải là đặc quyền của một nhóm người. Mỗi cá nhân đều có quyền tận hưởng mức độ bảo vệ và chăm sóc sức khỏe thể chất và tinh thần tốt nhất có thể. Điều này cũng làm nổi bật tầm quan trọng của bình đẳng về khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế, thuốc, phương tiện chăm sóc sức khỏe thiết yếu của mỗi người. Bình đẳng trong bảo vệ và chăm sóc sức khỏe là cơ sở cho quyền được tiếp cận dịch vụ, sản phẩm y tế thích đáng để đạt được trạng thái sức khỏe tốt nhất có thể cho mọi người, mà không bị phân biệt đối xử dựa trên nguồn gốc dân tộc, tôn giáo, giới tính, xu hướng tính dục, tình trạng kinh tế - xã hội hay bất kỳ lý do nào khác. Công ước về Xóa bỏ mọi hình thức phân biệt đối xử với phụ nữ (CEDAW) đặc biệt nhấn mạnh quyền tiếp cận y tế của phụ nữ, nhất là trong chăm sóc sức khỏe sinh sản (Điều 12). Các nghiên cứu cho thấy rằng phụ nữ thường gặp nhiều rào cản hơn trong hệ thống y tế, từ định kiến giới trong chẩn đoán và điều trị đến sự bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ thai sản an toàn. Công ước về Quyền trẻ em (CRC) quy định tại Điều 24 rằng trẻ em có quyền được chăm sóc y tế đầy đủ và có biện pháp phòng ngừa bệnh tật hiệu quả. Trẻ em, đặc biệt là trẻ em ở khu vực nghèo, vùng xung đột hoặc trong các cộng đồng dân tộc thiểu số, thường đối mặt với tỷ lệ tử vong cao hơn do thiếu dịch vụ y tế cơ bản. Công ước về quyền của người khuyết tật (CRPD) khẳng định quyền tiếp cận y tế bình đẳng của người khuyết tật tại Điều 25, yêu cầu các quốc gia thành viên loại bỏ rào cản đối với dịch vụ y tế, đảm bảo cơ sở hạ tầng y tế thân thiện với người khuyết tật và không để họ bị phân biệt đối xử. Điều này cho thấy pháp luật quốc tế không chỉ đặt ra các tiêu chuẩn chung về quyền tiếp cận y tế mà còn đưa ra các quy định riêng biệt để bảo vệ các nhóm yếu thế.

WHO đóng vai trò trung tâm trong việc thúc đẩy sức khỏe trên toàn thế giới thông qua việc áp dụng nhiều công cụ pháp lý để bảo vệ sức khỏe toàn cầu, cung cấp hỗ trợ kỹ thuật cho các nước

đang phát triển và giám sát các vấn đề sức khỏe toàn cầu.

Lo ngại trước những mối đe dọa về y tế công cộng quy mô xuyên quốc gia như dịch suy hô hấp cấp nặng SARS và cúm gia cầm vào năm 2003 sẽ lặp lại, WHO đã thực hiện việc sửa đổi Bộ Quy tắc y tế quốc tế vào năm 2005 (IHR 2005) và có hiệu lực vào tháng 6 năm 2007. Đây được coi là một trong những công cụ pháp lý quan trọng nhất trong lĩnh vực y tế toàn cầu của WHO. IHR 2005 thiết lập các quy tắc nhằm ngăn ngừa, chống lại, kiểm soát và cung cấp các kịch bản phản ứng về y tế công cộng đối với sự lây lan của bệnh tật trên phạm vi quốc tế theo những cách tương xứng với rủi ro mà dịch bệnh có thể gây ra và tránh những can thiệp không cần thiết vào vận chuyển và thương mại quốc tế [12]. Bộ Quy tắc này đòi hỏi các quốc gia thành viên tăng cường năng lực giám sát, trao đổi thông tin y tế một cách cởi mở và kịp thời [12]. Nó cũng khuyến nghị cho các quốc gia thành viên các phương án, tiêu chuẩn phản ứng cần áp dụng nhanh chóng và hài hòa trong trường hợp xảy ra sự cố y tế tại quốc gia của họ [12], nhằm hạn chế tối đa ảnh hưởng đến việc di chuyển của người và hàng hóa trong và xuyên biên giới [12]. IHR 2005 có tính ràng buộc pháp lý với 196 quốc gia thành viên đã tham gia ký kết và cũng là công cụ quan trọng phục vụ mục tiêu giám sát bất bình đẳng trong y tế toàn cầu, bằng cách yêu cầu các quốc gia thành viên có nghĩa vụ hợp tác, hỗ trợ lẫn nhau, đặc biệt là hỗ trợ các nước đang phát triển để tăng cường hệ thống y tế và cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của họ, nhằm đảm bảo rằng mọi quốc gia đều được trang bị khả năng cơ bản bảo vệ sức khỏe cộng đồng trong lãnh thổ của họ [12].

Ngoài ra, Luật Y tế quốc tế còn liên kết với các lĩnh vực khác trong luật quốc tế. Nhiều quy định, tiêu chuẩn pháp lý liên quan đến sức khỏe có thể được tìm thấy trong các ngành luật quốc tế khác. Luật Môi trường quốc tế thiết lập các nguyên tắc, quy định trong vấn đề quản lý, kiểm soát các chất độc hại và bảo vệ môi trường và

cung cấp các giải pháp pháp lý cho những tác động tiêu cực của biến đổi khí hậu, đặc biệt là tác động không cân đối và không đồng đều đến những người ít chịu trách nhiệm nhất về việc gây ra biến đổi khí hậu [13]. Luật Nhân đạo quốc tế gồm các quy định áp dụng trong các cuộc xung đột vũ trang nhằm đảm bảo quyền tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho dân thường bị ảnh hưởng. Luật của Tổ chức Thương mại Thế giới (WTO) cũng cho phép các quốc gia thành viên áp dụng “các biện pháp cần thiết để bảo vệ cuộc sống và sức khỏe của con người...”², tạo ra sự linh hoạt cho Hiệp định về các khía cạnh liên quan tới thương mại của quyền sở hữu trí tuệ (TRIPS) giải quyết vấn đề liên quan đến độc quyền dược phẩm, nói rộng khả năng tiếp cận thuốc cho tất cả mọi người, đặc biệt là ở các nước đang phát triển và chậm phát triển³.

4. Thách thức đặt ra đối với pháp luật quốc tế trong đảm bảo quyền bình đẳng tiếp cận y tế

Mặc dù Luật Y tế quốc tế có mục tiêu thúc đẩy sức khỏe toàn cầu, được xây dựng trên những nguyên tắc về quyền được chăm sóc và bảo vệ sức khỏe của từng cá nhân, tính đoàn kết, hợp tác quốc tế và bình đẳng, không phân biệt đối xử, thực tế là bất bình đẳng về sức khỏe giữa các quốc gia vẫn tồn tại một cách dai dẳng. Bất bình đẳng này thể hiện qua gánh nặng về bệnh tật và tỷ lệ tử vong, được duy trì một cách bất cân xứng giữa các nhóm dân cư trên toàn thế giới. Nhiều yếu tố gây ra sự chênh lệch này, trong đó bao gồm cả những bất cập của khung pháp lý quốc tế. Quyền bình đẳng tiếp cận y tế là quyền cá nhân được quy định trong luật nhân quyền (cụ thể là ở trong ICESCR), vậy nên việc bảo đảm quyền này trong thực tế lại chịu tác động sâu sắc từ cơ chế hợp tác liên quốc gia và các công cụ quản lý sức khỏe toàn cầu như IHR 2005. Về bản chất, sự thiếu hiệu quả của các cơ chế như IHR 2005 và sự thiếu hợp tác giữa các quốc gia không chỉ đơn thuần là vấn đề về quản lý hành chính, mà là nguyên nhân trực tiếp làm

² Điều XX (b), Hiệp định chung về thuế quan và thương mại - GATT.

³ Tuyên bố Doha về TRIPS và Sức khỏe cộng đồng.

xói mòn khả năng của các quốc gia trong việc thực hiện nghĩa vụ bảo vệ (protect) và thực hiện (fulfil) quyền sức khỏe của chính công dân họ.

4.1. Cơ chế tuyên bố Tình trạng khẩn cấp toàn cầu về sức khỏe cộng đồng thiếu nhất quán

Tuyên bố Tình trạng khẩn cấp toàn cầu về sức khỏe cộng đồng (PHEIC) là một cơ chế thuộc thẩm quyền của WHO, dựa trên quy định của IHR 2005 để cảnh báo cho các quốc gia về một mối đe dọa về sức khỏe cộng đồng có quy mô quốc tế, yêu cầu tăng cường phòng bị, chuẩn bị ứng phó và hỗ trợ các quốc gia đang chịu ảnh hưởng. Mặc dù IHR 2005 đặt ra 2 tiêu chí để xác định PHEIC là *sự kiện bất thường có thể gây ra rủi ro cho sức khỏe cộng đồng của nhiều quốc gia thông qua khả năng lây lan trên phạm vi quốc tế và có thể cần thiết yêu cầu sự phối hợp ứng phó quốc tế*, nhưng, quá trình đưa ra quyết định PHEIC của WHO không phải lúc nào cũng nhất quán hoặc thời gian hợp lý [12]. Ví dụ trong trường hợp dịch Ebola, bắt đầu ở Guinea vào đầu năm 2014, rồi nhanh chóng lan sang Liberia, Sierra Leone và Nigeria, với tỷ lệ tử vong lên đến hơn 50%, đã gây ra hơn 28,600 ca nhiễm và hơn 11,300 ca tử vong [14], nhưng phải mất đến hơn 7 tháng kể từ ngày có cảnh báo y tế chính thức tại quốc gia đầu tiên bị ảnh hưởng bởi dịch bệnh, khi dịch đã lan qua nhiều quốc gia, châu lục thì WHO mới đưa ra Tuyên bố Tình trạng khẩn cấp toàn cầu về sức khỏe cộng đồng (PHEIC) và đưa ra lộ trình ứng phó cho các bên tham gia hỗ trợ các quốc gia bị ảnh hưởng bởi dịch [12]. Thế nhưng, nếu quay ngược lại trước đó mấy năm, vào năm 2009, khi đại dịch (Pandemic⁴) đầu tiên được tuyên bố của thế kỷ 21 bùng phát, cảnh báo “đại dịch” được đưa ra quá sớm và thiếu tương xứng với mức độ nghiêm trọng của nó cũng đã làm dấy lên nhiều hoang mang, chỉ trích. Đại dịch cúm H1N1 năm 2009 gây ra hậu quả thấp hơn nhiều so với kịch bản được dự đoán trước đó khi số ca bệnh nặng và tử vong còn thấp hơn cúm mùa hằng năm ở Hoa Kỳ [15], chứ chưa cần so sánh với những thiệt hại về người do COVID-19,

dịch bệnh khiến WHO phải dùng đến thuật ngữ “đại dịch” một lần nữa, gây ra. WHO đã bị chỉ trích nặng nề vì đã phóng đại mức độ nghiêm trọng của dịch bệnh, dẫn đến lãng phí hàng tỷ USD cho một đại dịch cúm không hề xảy ra. Hệ thống y tế yếu kém khiến bệnh nhân ở các quốc gia như Guinea, Liberia, Sierra Leone khó tiếp cận điều trị hơn so với nếu dịch xảy ra ở một nước phát triển.

Ví dụ thứ hai là trường hợp những ca nhiễm Hội chứng hô hấp Trung Đông, được gọi tắt là MERS, được ghi nhận đầu tiên tại Arap Saudi vào năm 2012, sau đó nhanh chóng lây lan sang 27 quốc gia khác, khiến 858 người tử vong trong số 2.494 ca nhiễm. Căn bệnh truyền nhiễm mới nổi này có tỷ lệ tử vong lên tới 43% [16] và đã ghi nhận sự lây lan quốc tế, dẫn đến rủi ro sức khỏe cộng đồng ở nhiều quốc gia khác, nhưng sau nhiều cuộc họp, WHO đã không đưa ra bất kỳ tuyên bố PHEIC nào để kêu gọi sự phối hợp quốc tế với lý do các tiêu chí cấu thành PHEIC chưa được đáp ứng [17].

Vào ngày 31 tháng 12 năm 2019, Trung Quốc đã thông báo cho WHO về những ca bệnh viêm phổi có nguyên nhân chưa xác định [18]. Gần 3 tuần sau, khi diễn biến của dịch đã tác động đến nhiều quốc gia khác, WHO mới triệu tập cuộc họp của Ủy ban Khẩn cấp vào ngày 22-23/01/2020 và kết luận còn quá sớm để tuyên bố PHEIC vì nguồn lây và mức độ lây truyền từ người sang người vẫn chưa rõ ràng vào thời điểm đó [19]. Khi đã có 7711 ca dương tính với virus được xác nhận ở Trung Quốc và thêm 83 trường hợp được báo cáo ở 18 quốc gia khác, WHO đã “đồng ý rằng đợt bùng phát dịch bệnh này hiện đã đáp ứng các tiêu chí cho một Tình trạng khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng có quy mô toàn cầu” và cảm thấy rằng “cần có nỗ lực phối hợp toàn cầu để tăng cường sự chuẩn bị ở các khu vực cần hỗ trợ trên thế giới” vào ngày 30 tháng 01 năm 2020 [20].

Việc tuyên bố PHEIC có vai trò thiết yếu trong việc huy động sự chú ý toàn cầu, kích hoạt hỗ trợ tài chính - kỹ thuật và thúc đẩy hành động

⁴ Đại dịch là một thuật ngữ không có giá trị pháp lý như PHEIC, được dùng để nhấn mạnh thêm mức độ

tàn phá nghiêm trọng mà dịch bệnh gây ra cho cộng đồng quốc tế.

sớm của các quốc gia nhằm kiểm soát dịch bệnh. Tuy nhiên, thực tiễn cho thấy quá trình ra quyết định này thiếu nhất quán, chậm trễ hoặc bị chi phối bởi cân nhắc chính trị. Ví dụ, trong đại dịch Ebola năm 2014 và COVID-19 năm 2020, WHO bị chỉ trích vì phản ứng muộn màng, dẫn đến bỏ lỡ “giai đoạn vàng” để ứng phó kịp thời. Sự chậm trễ hoặc thiếu minh bạch trong tuyên bố PHEIC trực tiếp tác động đến quyền tiếp cận y tế bình đẳng, đặc biệt tại các quốc gia thu nhập thấp. Các quốc gia này phụ thuộc lớn vào hỗ trợ từ quốc tế – bao gồm thông tin dịch tễ, vật tư y tế, nhân lực y tế và vaccine. Khi cảnh báo toàn cầu không được kích hoạt đúng lúc, các quốc gia dễ bị tổn thương không thể tranh thủ nguồn lực quốc tế hoặc triển khai các biện pháp phòng ngừa cần thiết, dẫn đến tình trạng lây lan nhanh hơn, khả năng kiểm soát dịch kém hơn và gia tăng bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ y tế cơ bản.

Tuyên bố PHEIC của WHO đóng vai trò quan trọng trong việc tập trung sự quan tâm và huy động nguồn lực quốc tế để ứng phó với các mối đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe cộng đồng. Tuy nhiên, qua các ví dụ được trình bày, có thể thấy rằng quá trình quyết định công bố PHEIC của WHO không luôn duy trì tính nhất quán hoặc thời gian đúng đắn. Không phải mọi tình huống y tế cộng đồng đáp ứng đủ hai tiêu chí của PHEIC theo IHR 2005 thì sẽ được WHO xác định là PHEIC. Điều này khiến một số quốc gia, lo sợ trước sự phức tạp của tình hình, áp đặt một cách đơn phương các biện pháp cấm du lịch và đóng cửa biên giới. Những hành động đơn phương này không được phối hợp với khuyến nghị của WHO và đã gây khó khăn cho việc vận chuyển người và hàng hóa, đặc biệt là việc cung cấp hỗ trợ nhân đạo đến các quốc gia có hạn chế về nguồn lực và năng lực y tế, không được chuẩn bị đầy đủ để đối phó với sự gia tăng bất ngờ của đợt bùng phát dịch bệnh. Trong bối cảnh bất ổn toàn cầu, sự thiếu nhất quán khi tuyên bố tình trạng khẩn cấp toàn cầu về sức khỏe gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến hiệu quả ngăn chặn và khắc phục hậu quả khi dịch bệnh bùng phát. Các quốc gia đang phát triển thường có xu hướng loay hoay chờ đợi phản ứng hay động thái của các quốc gia gia phát triển. Điều này dẫn đến

những hậu quả nghiêm trọng, kể đến như: sự chậm trễ thực hiện các biện pháp theo khuyến nghị của WHO; sự bùng phát của dịch bệnh vượt ngoài tầm kiểm soát của quốc gia gây ảnh hưởng quốc tế; sự khó khăn trong hoạt động hỗ trợ quốc tế ngăn chặn và kiểm soát dịch bệnh bùng phát; sự khủng hoảng quốc gia về nguồn lực y tế bao gồm cả nhân lực và vật lực.

Sự chậm trễ trong việc chia sẻ thông tin dịch tễ hoặc quyết định tuyên bố PHEIC, cùng với các hành vi theo chủ nghĩa dân tộc (tích trữ vaccine, đặt hạn chế xuất khẩu thiết bị y tế) trong các cuộc khủng hoảng, đã tác động trực tiếp và nghiêm trọng đến quyền cá nhân. Cụ thể, những thất bại ở cấp độ liên quốc gia này làm xói mòn nghĩa vụ bảo vệ và thực hiện quyền sức khỏe của các quốc gia thành viên theo ICESCR. Một mặt, sự thiếu minh bạch hoặc chậm trễ thông báo về nguy cơ y tế xuyên biên giới sẽ làm giảm khả năng của các quốc gia khác trong việc áp dụng các biện pháp dự phòng cần thiết, khiến công dân của họ phải đối mặt với nguy cơ lây nhiễm và bệnh tật tăng cao (vi phạm nghĩa vụ bảo vệ quyền được an toàn về sức khỏe của cá nhân). Mặt khác, các hành vi dân tộc chủ nghĩa đã làm gián đoạn chuỗi cung ứng toàn cầu, dẫn đến tình trạng khan hiếm nguồn lực y tế tại các nước nghèo, điều này trực tiếp cản trở khả năng của các quốc gia này trong việc thiết lập hệ thống chăm sóc sức khỏe có thể tiếp cận được, từ đó vi phạm nghĩa vụ bảo đảm quyền bình đẳng tiếp cận y tế của mỗi cá nhân. Như vậy, những yếu kém trong cơ chế hợp tác toàn cầu chính là rào cản lớn nhất đối với việc bảo đảm quyền sức khỏe cá nhân theo pháp luật quốc tế.

4.2. Năng lực không đồng đều giữa các quốc gia

IHR 2005 yêu cầu mỗi quốc gia thành viên thiết lập một cơ quan Đầu mối Quốc gia về IHR (National IHR Focal Point) và đảm bảo WHO có thể tiếp cận thông tin minh bạch trong mọi tình huống khẩn cấp liên quan đến y tế [12]. Ngoài ra, IHR 2005 cũng quy định rằng mỗi quốc gia thành viên có nghĩa vụ phát triển và duy trì năng lực theo dõi, đánh giá sớm các sự kiện y tế công cộng có nguy cơ cao, báo cáo cho Đầu mối Quốc

gia về IHR về những sự kiện có tiềm năng trở thành PHEIC trong thời hạn 24 giờ, và sẵn sàng ứng phó với các rủi ro và trường hợp khẩn cấp về y tế⁵.

Có thể thấy IHR 2005 nhấn mạnh tầm quan trọng của việc ngăn chặn, kiểm soát các mối đe dọa sức khỏe cộng đồng từ sớm, ngay tại nơi được coi là nguồn gốc bùng phát của nó. IHR 2005 cũng cung cấp một công cụ ra quyết định, ở Phụ lục 2, để hỗ trợ cơ quan y tế của các quốc gia thành viên đánh giá rủi ro tùy theo bối cảnh của sự kiện. Đây là một phương pháp tiếp cận linh hoạt hơn phiên bản đầu tiên của IHR 1969, chỉ tập trung vào 6 loại bệnh truyền nhiễm⁶. Tuy nhiên, nó phụ thuộc nhiều vào năng lực nội tại của từng quốc gia thành viên để phát hiện, đánh giá, báo cáo và ứng phó nhanh chóng các sự kiện y tế công cộng. Năng lực mà IHR 2005 yêu cầu phải được đảm bảo ở mỗi quốc gia thành viên là không đồng đều. Không phải quốc gia nào trên thế giới cũng có đủ năng lực, nguồn lực và cơ sở hạ tầng y tế để theo dõi, nhanh chóng phát hiện chính xác bản chất của các ca nhiễm bệnh mới và thậm chí không có khả năng định hình các kịch bản ứng phó, quản lý rủi ro để báo cáo cho WHO. Báo cáo toàn cầu về năng lực thu thập và hệ thống dữ liệu y tế 2020 của WHO chỉ ra rằng chỉ có 50% quốc gia có thu nhập trung bình có thể duy trì năng lực khảo sát dân số và rủi ro sức khỏe cộng đồng, ngay cả ở những nước có thu nhập cao thì tỷ lệ này cũng mới đạt 66%. Tỷ lệ các quốc gia có khả năng sử dụng dữ liệu và

thông tin thu thập được để đưa ra chính sách và hành động liên quan đến sức khỏe cộng đồng thậm chí còn thấp hơn, khi chỉ có 19% nước có thu nhập trung bình và 15% các nước có thu nhập thấp có khả năng này [21]. Điều này gây ra sự không cân đối về năng lực giám sát, ứng phó và gánh nặng bệnh tật vì, như đã nói ở trên, các điểm nóng về dịch bệnh mới nổi lần tái nổi thường tập trung ở vùng nhiệt đới hay các khu vực có thu nhập trung bình-thấp trở xuống, trong khi, năng lực và cơ sở hạ tầng cho y tế công cộng như nhân lực y tế, hệ thống dữ liệu, phòng thí nghiệm chất lượng cao lại tập trung ở các nước thu nhập cao nhiều hơn.

Sự chênh lệch về năng lực cốt lõi này là nguyên nhân cốt lõi làm gia tăng bất bình đẳng trong tiếp cận y tế cá nhân thông qua cơ chế kép, tác động trực tiếp lên nghĩa vụ quốc gia về quyền con người. Thứ nhất, nó cấu thành sự vi phạm nghĩa vụ bảo vệ (protect) quyền sức khỏe cá nhân: Năng lực phát hiện sớm và báo cáo kịp thời bị hạn chế ở một số quốc gia đồng nghĩa với việc gia tăng nguy cơ bùng phát và lây lan dịch bệnh. Điều này trực tiếp làm xói mòn khả năng của các quốc gia khác trong việc bảo vệ công dân của mình khỏi các mối đe dọa xuyên biên giới, khiến cá nhân phải đối mặt với rủi ro sức khỏe lớn hơn, từ đó ảnh hưởng đến quyền được an toàn về sức khỏe. Thứ hai, nó tạo ra sự bất bình đẳng trong tiếp cận y tế một cách có hệ thống và sâu sắc: Các quốc gia có năng lực y tế công cộng yếu kém khó có thể thiết lập và duy trì các hệ thống phân

⁵ Điều 6, IHR 2005: Nghĩa vụ thông báo

1. Mỗi Quốc gia thành viên phải đánh giá các sự kiện xảy ra trong lãnh thổ của mình bằng cách sử dụng công cụ quyết định đính kèm tại Phụ lục 2. Bằng các phương tiện liên lạc hiệu quả nhất hiện có, thông qua Cơ quan Đầu mối Quốc gia về IHR, và trong vòng 24 giờ kể từ khi có đánh giá thông tin y tế công cộng, mỗi Quốc gia thành viên phải thông báo cho WHO về tất cả các sự kiện có thể cấu Tình trạng khẩn cấp toàn cầu về sức khỏe cộng đồng trong lãnh thổ của mình theo công cụ ra quyết định, cũng như bất kỳ biện pháp y tế nào sẽ được áp dụng để ứng phó với những sự kiện đó. Nếu thông báo mà WHO nhận được liên quan đến năng lực của Cơ quan Năng lực Nguyên tử Quốc tế (IAEA), WHO sẽ thông báo ngay cho IAEA.

2. Sau thông báo, Quốc gia thành viên phải tiếp tục trao đổi với WHO thông tin y tế công cộng hiện có một cách kịp thời, chính xác và đầy đủ chi tiết về sự kiện được thông báo, nếu có thể, bao gồm định nghĩa ca bệnh, kết quả xét nghiệm, nguồn và loại rủi ro, số ca bệnh và số ca tử vong, các điều kiện ảnh hưởng đến sự lây lan của bệnh và các biện pháp y tế được áp dụng; và báo cáo, nếu cần thiết, những khó khăn gặp phải và hỗ trợ cần thiết để ứng phó với tình trạng khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng tiềm ẩn đang được quốc tế quan tâm.

⁶ IHR 1969 ban đầu chỉ nhằm theo dõi và kiểm soát 6 loại bệnh truyền nhiễm nghiêm trọng có nguy cơ tái nổi cao là bệnh tả, dịch hạch, sốt vàng da, đậu mùa, sốt hồi quy, sốt phát ban.

phối dịch vụ dự phòng và điều trị hiệu quả trong bối cảnh khủng hoảng. Điều này dẫn đến sự chênh lệch rõ rệt về khả năng tiếp cận vaccine, thuốc men và chăm sóc chuyên sâu giữa các cá nhân ở các nước có thu nhập khác nhau. Sự thiếu san sẻ nguồn lực và hỗ trợ năng lực đồng đều ở cấp độ quốc tế được coi là sự thất bại trong việc thực hiện đầy đủ nghĩa vụ thực hiện (fulfil) quyền sức khỏe toàn cầu, chuyển sự khác biệt về kinh tế thành sự bất bình đẳng về quyền sống và quyền tiếp cận dịch vụ y tế cho từng cá nhân, đặc biệt là các nhóm dễ bị tổn thương.

4.3. Thiếu cơ chế bảo đảm thực hiện nghĩa vụ

IHR 2005 bảo vệ quyền sức khỏe của mỗi người và củng cố an ninh y tế toàn cầu trước những mối đe dọa về sức khỏe cộng đồng bằng cách cung cấp một khuôn khổ chung xác định quyền và nghĩa vụ của các quốc gia trong việc giám sát, báo cáo, phối hợp ứng phó với các sự kiện sức khỏe cộng đồng có nguy cơ trở thành PHEIC. Mặc dù IHR 2005 là một trong số ít các công cụ pháp lý về sức khỏe có tính ràng buộc đối với các quốc gia thành viên, việc tuân thủ và thực hiện nghĩa vụ này vẫn phụ thuộc vào sự thiện chí và trách nhiệm của từng quốc gia.

Trên thực tế, không phải quốc gia nào cũng sẵn sàng tuân thủ các nghĩa vụ y tế quốc tế trong thời kỳ dịch bệnh. Một số quốc gia có thể vì thiếu năng lực và nguồn lực để thực hiện các biện pháp cần thiết theo khuyến nghị của WHO, nhưng một số khác có thể vì nhiều lý do chính trị hoặc kinh tế mà che giấu hoặc hạ mức độ nghiêm trọng của tình hình. Nguyên tắc chủ quyền quốc gia là một yếu tố quan trọng trong vấn đề này, khi mà quốc gia có quyền quyết định phản ứng của họ trước các cuộc khủng hoảng sức khỏe cộng đồng. WHO có thẩm quyền đưa ra cảnh báo, khuyến nghị và hướng dẫn, nhưng không có quyền bắt buộc các quốc gia phải tuân theo.

Quay trở lại ví dụ về Hội chứng hô hấp Trung Đông (MERS), một trong những vấn đề gây tác động đáng kể tới phản ứng ban đầu đối với MERS là thiếu thông tin rõ ràng và minh bạch. Arab Saudi bị nghi ngờ giấu diếm thông tin, trong giai đoạn đầu khi dấu vết của mầm bệnh

mới xuất hiện, có thể do lo ngại về tác động đến thương mại, du lịch [22]. Ba tháng sau khi ghi nhận ca nhiễm MERS đầu tiên ở Arab Saudi, một hành khách trở về Vương quốc Anh từ đây đã được Cục Y tế Công cộng Anh xác nhận nhiễm MERS. Nếu Vương quốc Anh thực hiện đầy đủ nghĩa vụ báo cáo theo Điều 6, IHR 2005 thì WHO đã có thể có những phản ứng sớm, tuy nhiên, việc chia sẻ thông tin minh bạch đã bị quốc gia này trì hoãn [23]. Việc thiếu thiện chí tuân thủ nghĩa vụ chia sẻ thông tin một cách rõ ràng, kịp thời này có thể cản trở đánh giá tình hình của các chuyên gia WHO và trì hoãn việc đưa ra cảnh báo quốc tế và làm chậm trễ quá trình chuẩn bị và ứng phó hiệu quả với những đợt bùng phát bệnh truyền nhiễm của các quốc gia khác.

Ngoài ra, một số quốc gia đơn phương áp đặt các quy định không căn cứ vào bằng chứng khoa học hay khuyến nghị của WHO. Trong đợt bùng phát bệnh Ebola nghiêm trọng xảy ra ở Tây Phi từ năm 2014 - 2016, Hoa Kỳ đã áp đặt một loạt hạn chế đối với việc nhập cảnh và xuất cảnh từ các quốc gia bị ảnh hưởng bởi dịch Ebola ở Tây Phi do lo ngại rằng dịch bệnh sẽ lây lan sang Hoa Kỳ. Các hạn chế này đã ngăn cản các nhân viên y tế và cứu trợ nhân đạo đến các quốc gia bị ảnh hưởng bởi dịch bệnh, khiến việc triển khai các biện pháp hỗ trợ các quốc gia chịu ảnh hưởng nặng bởi dịch bệnh ở Tây Phi, cũng như việc xây dựng các trung tâm điều trị và phân phối vắc-xin bị trì hoãn [24].

Hơn nữa, cũng cần lưu ý trường hợp một số quốc gia đã không tuân thủ các khuyến nghị của WHO về các biện pháp phòng ngừa và kiểm soát lây nhiễm, bao gồm việc đeo khẩu trang, duy trì giãn cách xã hội và hạn chế tụ tập đông người. Trong khủng hoảng sức khỏe cộng đồng do đại dịch COVID-19 gây ra, chính phủ Brazil đã bị chỉ trích vì phản ứng chậm trễ và rời rạc khi ứng phó với tình hình dịch bệnh tại quốc gia này. Họ thậm chí đã khuyến khích và sử dụng các phương pháp điều trị thiếu căn cứ khoa học như hydroxychloroquine, điều này đã lan truyền thông tin sai lệch và đặt nghi ngờ lên các biện pháp y tế công cộng mà WHO đề xuất. Những quyết định và biện pháp này đã không giúp kiểm

soát sự lây lan của vi rút mà còn khiến các trường hợp nhiễm bệnh và tử vong tăng cao một cách đáng báo động, điều mà nhiều quốc gia khác đã hạn chế được [25].

Bên cạnh đó, nghĩa vụ hợp tác quốc tế giữa các quốc gia đối với bảo đảm quyền con người đặc biệt quy định tại Điều 1.3 Hiến chương Liên hợp quốc “*Hợp tác quốc tế giải quyết các vấn đề quốc tế*”. Tuy nhiên, thực tế cho thấy, đối với vấn đề khó khăn trong bảo đảm quyền tiếp cận y tế trong nội tại quốc gia gặp thách thức khi *vấn đề quốc tế* mang tính toàn cầu. Theo ICESCR, các quốc gia cần thực hiện mọi hành động cần thiết trong khả năng của mình để đạt được sự hiện thực hóa đầy đủ các quyền được bảo vệ (Điều 2 và 23), điều đó đồng nghĩa với việc các quốc gia phải làm như vậy bằng năng lực ngân sách của mình, đồng thời với sự hỗ trợ kỹ thuật và hợp tác quốc tế. Các quốc gia lâm vào tình trạng khẩn cấp về sức khỏe, đặc biệt là đối với các dịch bệnh truyền nhiễm thường trầm trọng trong quá trình thực hiện nghĩa vụ hợp tác với các quốc gia khác. Vai trò của hợp tác quốc tế trong việc bảo đảm quyền con người đã được Cury Cao ủy Nhân quyền Liên hợp quốc nhấn mạnh khi đề cập đến việc bảo vệ quyền sức khỏe, rằng: *Các quốc gia thành viên cần nhận thức vai trò thiết yếu của hợp tác quốc tế và tuân thủ cam kết thực hiện các hành động chung và riêng biệt để hiện thực hóa đầy đủ quyền sức khỏe, có tính đến sự bất bình đẳng lớn về tình trạng sức khỏe của người dân, đặc biệt là giữa các nước phát triển và đang phát triển*⁷.

Một điểm yếu nghiêm trọng của Luật Y tế quốc tế (IHR) là thiếu cơ chế thực thi hiệu quả đối với nghĩa vụ của các quốc gia. Trong khi IHR yêu cầu các quốc gia chia sẻ thông tin kịp thời, hợp tác và tuân thủ khuyến nghị của WHO, thì việc tuân thủ vẫn mang tính tự nguyện, không có chế tài rõ ràng nếu vi phạm. Thực tiễn trong đại dịch COVID-19 cho thấy nhiều quốc gia che giấu hoặc công bố muộn dữ liệu dịch tễ, gây khó khăn cho nỗ lực kiểm soát dịch toàn cầu, đặc biệt làm tổn thương các quốc gia khác vốn chưa có

đủ năng lực cảnh báo sớm. Tương tự, việc áp đặt biện pháp hạn chế đi lại hoặc xuất khẩu đơn phương, không theo khuyến nghị của WHO, đã gây gián đoạn nghiêm trọng chuỗi cung ứng y tế toàn cầu, đặc biệt ảnh hưởng đến các nước không có năng lực tự sản xuất vaccine hoặc thiết bị y tế. Chủ nghĩa dân tộc vaccine (vaccine nationalism) là biểu hiện rõ ràng nhất của bất bình đẳng: các quốc gia giàu gom giữ phần lớn vaccine, trong khi nhiều nước nghèo không thể tiếp cận đủ liều vaccine cần thiết, dẫn đến tỷ lệ tiêm chủng cực thấp trong thời gian dài. Các ví dụ này cho thấy, việc thiếu cơ chế bảo đảm thực thi nghĩa vụ trong IHR đã tạo điều kiện cho các hành vi đơn phương, thiếu hợp tác, từ đó làm trầm trọng hơn sự bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ y tế giữa các quốc gia.

Vấn đề khác cũng đáng lưu ý là thiếu các biện pháp kiểm soát và trừng phạt trong trường hợp không tuân thủ các nghĩa vụ liên quan đến sức khỏe toàn cầu. Khi PHEIC được tuyên bố, nó sẽ đặt ra một số nghĩa vụ nhất định đối với quốc gia bị ảnh hưởng và các quốc gia khác, bao gồm nghĩa vụ cung cấp thông tin minh bạch, kịp thời và hỗ trợ cho các hoạt động điều phối của WHO; thực hiện các khuyến nghị tạm thời do WHO ban hành cũng như hạn chế tối đa việc gây tổn hại đến quyền cơ bản của những người dân bị ảnh hưởng và các hoạt động giao thương trong và ngoài nước. Việc một số quốc gia bất chấp những khuyến cáo và không thực hiện đầy đủ nghĩa vụ được IHR 2005 quy định có thể trì hoãn hoặc cản trở việc phát hiện và ứng phó với PHEIC dẫn đến hệ lụy là dịch bệnh lây lan nhanh chóng, tăng nguy cơ đột biến hoặc kháng thuốc, đồng thời làm trầm trọng thêm sự bất bình đẳng về xã hội và sức khỏe. Một ví dụ rõ ràng về những bất bình đẳng này là khả năng tiếp cận vắc xin COVID-19. Theo WHO, có một “sự mất cân bằng quá mức” trong việc phân phối vắc xin trên toàn cầu khi chỉ có 10 quốc gia đã sử dụng hơn 75% tổng số vắc xin ngừa Covid-19 tính đến ngày 17 tháng 12 năm 2021, trong khi đó, hơn 130 quốc gia chưa nhận được một liều thuốc nào [39]. Khoảng

⁷ Liên Hợp Quốc, Tổng hợp các Bình luận chung và Khuyến nghị chung được thông qua bởi các Cơ quan

Giám sát Điều ước Nhân quyền: Ghi chú của Ban Thư ký (HRI/GEN/1/Rev.5, 2000), tr. 100.

một năm sau đó, 80% dân số ở các nước có thu nhập cao đã được tiêm vắc xin ngừa COVID-19, trong khi, trong khi tỷ lệ này chỉ đạt 16% ở các quốc gia có thu nhập thấp [26].

Sự thiếu vắng cơ chế chế tài rõ ràng và tính cường chế pháp lý trong IHR 2005 đã tạo ra một môi trường pháp lý cho các hành vi đơn phương, qua đó tác động trực tiếp lên quyền cá nhân theo cơ chế phân tầng. Thứ nhất, nó cấu thành sự vi phạm nghĩa vụ tôn trọng (respect) quyền sức khỏe của cá nhân: Các hành vi như che giấu thông tin dịch tễ hoặc khuyến khích sử dụng các phương pháp điều trị thiếu căn cứ khoa học (trường hợp Brazil và hydroxychloroquine) là sự can thiệp tiêu cực, trực tiếp gây nguy hiểm, làm suy yếu niềm tin và khả năng tự bảo vệ của người dân. Đây là sự vi phạm nghĩa vụ cơ bản nhất, làm tổn hại đến quyền tiếp cận thông tin y tế chính xác và quyền được an toàn. Thứ hai, nó tạo ra sự bất bình đẳng trong tiếp cận y tế bằng cách vi phạm nghĩa vụ bảo đảm quyền sức khỏe toàn cầu: Việc thiếu chế tài đối với hành vi tích trữ tài nguyên, điển hình là chủ nghĩa dân tộc vaccine, đã cho phép các quốc gia giàu có làm cạn kiệt nguồn cung y tế toàn cầu. Điều này cản trở nghiêm trọng khả năng các quốc gia thu nhập thấp mua sắm và phân phối các dịch vụ thiết yếu (vaccine, thuốc) cho công dân mình. Hậu quả là, quyền được tiếp cận kịp thời các dịch vụ y tế dự phòng và điều trị của cá nhân ở các nước nghèo đã bị từ chối một cách không công bằng, làm trầm trọng thêm sự bất bình đẳng trong việc bảo đảm quyền sống của họ. Như vậy, sự thiếu hụt cơ chế bảo đảm thực thi trong khuôn khổ IHR 2005 đã chuyển những tranh chấp và thất bại hợp tác ở cấp độ quốc tế thành sự tổn thương trực tiếp đối với quyền cá nhân, là minh chứng rõ ràng nhất cho sự đứt gãy giữa luật nhân quyền và luật sức khỏe toàn cầu.

5. Kết luận

Khuôn khổ pháp luật quốc tế về sức khỏe đóng vai trò quan trọng trong việc giảm thiểu những bất bình đẳng liên quan đến y tế toàn cầu, nhưng hiệu quả của nó vẫn còn hạn chế do sự

yếu kém của cơ chế đảm bảo thực thi ở cấp độ toàn cầu, vượt lên trên những yếu tố như thách thức trong việc thực thi, quan ngại về chủ quyền quốc gia và nguồn lực phát triển không đồng đều giữa các quốc gia. Bài viết đã làm rõ rằng mặc dù pháp luật quốc tế đã thừa nhận quyền bình đẳng tiếp cận y tế là một quyền con người cơ bản (theo ICESCR), nhưng các cơ chế pháp lý hiện hành vẫn còn những lỗ hổng lớn về khả năng cưỡng chế, giám sát và chia sẻ công bằng nguồn lực (đặc biệt trong IHR 2005). Ngoài ra, sự phân mảnh của các quy định, tiêu chuẩn liên quan đến sức khỏe toàn cầu và ảnh hưởng của các quốc gia phát triển hay cường quốc cũng có tác động không nhỏ đến việc thúc đẩy bình đẳng, công bằng trong y tế toàn cầu. Có thể thấy bất bình đẳng trong tiếp cận y tế - tức sự chênh lệch về khả năng tiếp cận dịch vụ, sản phẩm và nguồn lực y tế giữa các quốc gia hoặc nhóm dân cư - là biểu hiện trực tiếp và nghiêm trọng nhất của bất bình đẳng sức khỏe toàn cầu.

Sự thiếu thống nhất giữa luật nhân quyền và luật sức khỏe toàn cầu này đã tạo ra một cơ chế trực tiếp làm tổn thương quyền cá nhân. Cụ thể, những thách thức này bao gồm: i) Năng lực giám sát và báo cáo không đồng đều, dẫn đến sự suy yếu nghĩa vụ bảo vệ quyền sức khỏe của cá nhân trên phạm vi quốc tế; và ii) Việc thiếu cơ chế chế tài, tạo điều kiện cho các hành vi đơn phương như "chủ nghĩa dân tộc vaccine" làm cạn kiệt nguồn lực toàn cầu và vi phạm nghĩa vụ thực hiện quyền tiếp cận y tế của các quốc gia thu nhập thấp. Những thách thức này, nếu không được cải cách, sẽ tiếp tục làm sâu sắc thêm tình trạng mất cân bằng, đặc biệt trong bối cảnh khủng hoảng y tế toàn cầu.

Do đó, bảo đảm quyền bình đẳng tiếp cận y tế không chỉ đòi hỏi ý chí chính trị và hợp tác quốc tế, mà còn đòi hỏi những cải cách pháp lý căn bản để nâng cao tính hiệu lực và hiệu quả của khung pháp luật y tế toàn cầu. Để khắc phục những hạn chế này và tận dụng luật y tế quốc tế như một công cụ mạnh mẽ hơn trong việc theo đuổi bình đẳng, công bằng trong y tế toàn cầu thì cần củng cố khung pháp lý và cơ chế thực thi, tăng cường trách nhiệm giải trình và chế tài trong các quy trình ra quyết định. Hợp tác quốc tế, cả

song phương và đa phương, là điều cần thiết để tận dụng tài nguyên và chuyên môn trong công cuộc chống lại bất bình đẳng y tế. Do đó, thúc đẩy ngoại giao y tế, tăng cường hỗ trợ các quốc gia đang và chậm phát triển xây dựng năng lực y tế và ưu tiên công bằng khi đàm phán các thỏa thuận sẽ là nền tảng để cải thiện khuôn khổ pháp lý về sức khỏe. Việc cải cách này là con đường duy nhất để chuyển quyền sức khỏe từ một mục tiêu cao cả thành một quyền pháp lý có giá trị thực tiễn, đảm bảo sự thống nhất giữa an ninh y tế toàn cầu và quyền con người.

Tài liệu tham khảo

- [1] United Nations Rules for the Protection of Juveniles Deprived of Their Liberty 1990, <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/united-nations-rules-protection-juveniles-deprived-their-liberty>, (accessed on: November 9th, 2023).
- [2] United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice 1985, <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/united-nations-standard-minimum-rules-administration-juvenile>, (accessed on: November 9th, 2023).
- [3] Universal Declaration of Human Rights 1948, <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>, (accessed on: November 9th, 2023).
- [4] International Covenant on Civil and Political Rights 1966, <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>, (accessed on: January 12th, 2024).
- [5] European Convention on Human Rights 1950, <https://www.echr.coe.int/european-convention-on-human-rights>, (accessed on: January 12th, 2024).
- [6] American Convention on Human Rights 1969, <https://humanrightscommitments.ca/wp-content/uploads/2015/11/American-Convention-on-Human-Rights.pdf>, (accessed on: January 12th, 2024).
- [7] UNHRC, General Comment No. 13: Article 14 (Administration of Justice), Twenty First Session (1984), https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=8&DocTypeID=11, (accessed on: January 12th, 2024).
- [8] UNHRC, General Comment No. 32, Article 14: Right to Equality Before Courts and Tribunals and to a Fair Trial, Ninetieth Session, Geneva, 9 to 27 July 2007, https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=8&DocTypeID=11, (accessed on: January 12th, 2024).
- [9] Convention on the Rights of the Child 1989, <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>, (accessed on: January 12th, 2024).
- [10] United Nations Guidelines for the Prevention of Juvenile Delinquency (The Riyadh Guidelines) 1990, <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/united-nations-guidelines-prevention-juvenile-delinquency-riyadh>, (accessed on: November 9th, 2023).
- [11] United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice, The Beijing Rules, 1985, <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/beijingrules.pdf>, (accessed on: November 9th, 2023).
- [12] United Nations Rules for the Protection of Juveniles Deprived of Their Liberty 1990, <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/united-nations-rules-protection-juveniles-deprived-their-liberty>, (accessed on: November 9th, 2023).
- [13] Đ. V. Cường, Tội phạm là người chưa thành niên và các giải pháp hạn chế, Tạp chí Luật sư Việt Nam, <https://lsvn.vn/toi-pham-la-nguoi-chua-thanh-nien-va-cac-giai-phap-han-che1664379544.html>, (accessed on: November 9th, 2023).
- [14] T. T. Yên, Trách nhiệm hình sự đối với người chưa thành niên phạm tội trong luật hình sự Việt Nam, Luận án Tiến sĩ Luật học, Khoa Luật, Đại học Quốc gia Hà Nội, Hà Nội, 2019.
- [15] Vụ Pháp luật Hình sự - hành chính, Bộ Tư pháp, Báo cáo đánh giá luật pháp và thực tiễn thi hành pháp luật về xử lý chuyển hướng, tư pháp phục hồi đối với người chưa thành niên vi phạm pháp luật, NXB Tư pháp, Hà Nội, 2012.
- [16] Đ. M. Lượng, Quyền bào chữa của người bị buộc tội là người dưới 18 tuổi, bắt cập, hạn chế và kiến nghị hoàn thiện, Tạp chí Tòa án Nhân dân điện tử, <https://tapchitoaan.vn/quyen-bao-chua-cua-nguoi-bi-buoc-toi-la-nguoi-duoi-18-tuoi-bat-cap-han-che-va-kien-nghoan-thien>, (accessed on November 9th, 2023).
- [17] N. V. Lượng, Người đại diện của người dưới 18 tuổi bị buộc tội trong tố tụng hình sự, Tạp chí Tòa án Nhân dân điện tử, <https://tapchitoaan.vn/nguoi-dai-dien-cua-nguoi-duoi-18-tuoi-bi-buoc-toi>

- trong-to-tung-hinh-su, (accessed on: November 9th, 2023).
- [18] H. T. H. Trang, Một số hạn chế trong quy định của Bộ luật Tố tụng hình sự năm 2015 sửa đổi, bổ sung năm 2021 đối với bị cáo là người dưới 18 tuổi, Tạp chí Công Thương, Số 21, 10/2023.
- [19] N. T. Tùng, Những vướng mắc, khó khăn trong thực tiễn xét xử đối với bị cáo là người dưới 18 tuổi”, Tạp chí điện tử Luật sư Việt Nam, <https://lsvn.vn/nhung-vuong-mac-kho-khan-trong-thuc-tien-xet-xu-doi-voi-bi-cau-la-nguoi-duoi-18-tuoi.html>, (accessed on: January 12th, 2024).
- [20] N. H. Bình, Xây dựng Tòa án điện tử - một nhiệm vụ quan trọng của chiến lược cải cách tư pháp, Tạp chí Tòa án nhân dân điện tử, <https://tapchitoaan.vn/xay-dung-toa-an-dien-tu-mot-nhiem-vu-quan-trong-cua-chien-luoc-cai-cach-tu-phap5767.html>, (accessed on: January 12th, 2024).
- [21] WHO, Score for Health Data Technical Package: Global Report on Health Data Systems and Capacity, 2020, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240018709>, (accessed on: January 12th, 2023).
- [22] H. Branswell, Saudi Silence on Deadly MERS Virus Outbreak Frustrates World Health Experts, Scientific American, 2013, <https://www.scientificamerican.com/article/saudi-silence-on-deadly-mers-virus-outbreak-frustrates-world-health-experts/>, (accessed on: January 12th, 2024).
- [23] J. Youde, MERS and Global Health Governance, International Journal, Vol. 70, No. 1, pp. 119-136, <https://doi.org/10.1177/0020702014562594>, (accessed on: January 12th, 2024).
- [24] The New Humanitarian, Ebola - Peut-on Mettre l’Afrique de l’Ouest en Quarantaine, 2014?, <https://www.thenewhumanitarian.org/fr/analyses/2014/10/20/ebola-peut-mettre-l-afrique-de-l-ouest-en-quarantaine>, (accessed on: January 17th, 2024).
- [25] F. Monié, SARS-CoV-2 et Covid-19 au Brésil : une Société Face à ses Pires Démons, Les Cahiers d’Outre-Mer, No. 282, 2023, <http://journals.openedition.org/com/12673>, (accessed on: November 18th, 2023).
- [26] WHO (2023), COVAX Appelle à une Action Urgente pour Gommer les Disparités en Matière de Vaccination, <https://www.who.int/fr/news/item/20-05-2022-covax-calls-for-urgent-action-to-close-vaccine-equity-gap>, (accessed on: November 19th, 2023).