

Helse som menneskerettighet

Retten til helse er inkludert i internasjonale konvensjoner. FN overvåker den nasjonale gjennomføringen, men statenes ressurser til helsetiltak er svært ulikt fordelt. Spørsmålet om globalt medansvar for å sikre grunnelementene i retten til helse for verdens fattige har fått økende oppmerksomhet. I det siste tiåret er viktige skritt tatt for å ivareta dette ansvaret.

 Engelsk oversettelse av hele artikkelen på www.tidsskriftet.no

 Artikkelen publisert først på nett 12.9. 2011

Asbjørn Eide

asbjorn.eide@nchr.uio.no
Senter for menneskerettigheter
Universitet i Oslo

Just Haffeld

Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Ole Frithjof Norheim

Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitet i Bergen

Retten til helse som universell menneskerettighet ble første gang uttrykt i 1946 av Verdens helseforsamling da den møttes for første gang etter den annen verdenskrig. Teksten, som senere ble innarbeidet i innledningen til WHO's forfatning, lyder slik: «Retten til den høyest oppnåelige helsestandard er en av de grunnleggende rettigheter for hvert menneske uten forskjell på grunn av rase, religion, politisk overbevisning, økonomisk eller sosial posisjon» (1)

I 1966 vedtok FN de to hovedkonvensjonene om menneskerettigheter, den ene om sivile og politiske rettigheter (SP-konvensjonen) og den andre om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK-konvensjonen (for alle sentrale konvensjoner sitert i denne artikkelen, se vedlegg til (2)). ØSK-konvensjonen artikkel 12 er den sentrale når det gjelder retten til helse. De fleste stater har ratifisert denne, men ikke USA. Artikkel 12 har den samme formulering av rettigheten, «den høyest oppnåelige helsestandard», som i innledningen til WHO's forfatning».

Hvordan tolke helsekonvensjonen

Artikkel 12 innebærer selvfølgelig ikke at staten skal garantere god helse for alle. Men den krever at staten skal legge forholdene til rette for at innbyggerne skal ha best mulig helse ut fra den enkelte persons muligheter.

Konvensjonen om økonomiske, sosiale og rettigheter har langsiktige mål og inne-

holder derfor en bestemmelse (i artikkel 2.1) der det heter at statene, hver for seg og gjennom internasjonal bistand og samarbeid, skal sette alt inn på *gradvis* å sikre iverksettelsen av rettighetene i ØSK-konvensjonen *med bruk av alle tilgjengelige ressurser*.

Land med små ressurser kan naturlig nok gjøre langt mindre innsats enn de rikere landene. Alle stater er likevel forpliktet til å bygge opp et helse-system og *progressivt realisere retten til helse*. Noen gjør det, mens andre prioriterer sine ressurser på en måte som ikke kan aksepteres fra menneskerettslig ståsted. Men sanksjonene mot stater som ikke følger bestemmelsen er svake.

FN overvåker

FN har etablert en egen komité til å overvåke at statene oppfyller sine forpliktelser under ØSK-konvensjon. Overvåkingen skjer ved at statene leverer periodiske rapporter til komiteen via FNs generalsekretær. På grunnlag av statenes egen rapport og annet materiale innkaller komiteen den enkelte stat til en dialog om gjennomføringen er god nok i forhold til vedkommende stats muligheter. Dessuten har FNs menneskerettsråd utpekt en egen spesialrapportør om retten til helse, som rapporterer hvert år til Menneskerettighetsrådet og FNs hovedforsamling om problemer og fremskritt innen realiseringen av retten til helse (3).

Bestemmelsen i ØSK-artikkel 2.1 om gradvis iverksettelse av rettighetene er av noen stater blitt brukt som unnskyldning for neglisjering av deres forpliktelser. Derfor krever ØSK-komiteen at statene snarest skal fastsette delmål som ligger innenfor det mulige for vedkommende stat. Komiteen krever videre at statene utarbeider en detaljert helsestatistikk hvor det særlig fremkommer hvilke grupper som har de største helseproblemer. På det grunnlaget må de legge frem konkret angitte planer om tiltak de vil gjøre, oppdelt i realistiske faser med virkemidler og tidsrammer tydelig angitt (4, 5).

I dialogen med komiteen må statene dessuten angi hva som til enhver tid skal prioriteres innenfor rammen av de knappe ressursene som er til disposisjon. Det krever at prioriteringer blir gjort som kan være politisk vanskelige, men nødvendige fra et menneskerettslig perspektiv (1, 6, 7).

Barnekonvensjonen og kvinnekonvensjonen

Like viktig for retten til helse som ØSK-artikkel 12, er barnekonvensjonens artikkel 24, hvor statene erkjenner ansvar for å sikre barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til behandling for sykdom og rehabilitering (2). Statene har forpliktet seg til at ingen barn skal fratras sin rett til adgang til slike helsetjenester. Artikkelen inneholder detaljerte krav om tiltak fra statens side. Viktig er også konvensjonen mot kvinnediskriminering, artikkel 12 (2). Første ledd pålegger statene å avskaffe diskriminering av kvinner og sikre likestilling mellom menn og kvinner på helseområdet slik at alle har lik tilgang til helsetjenester og hjelp til familieplanlegging. Annet ledd pålegger statene å sørge for at kvinner får et hensiktsmessig, og om nødvendig gratis, tjenestetilbud i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel, samt tilfredsstillende ernæring under svangerskap og amming. I Norge er disse konvensjonene gjeldende norsk lov i kraft av Menneskerettighetsloven av 1999 (2).

Mange flere bestemmelser om retten til helse finnes i globale og regionale konvensjoner og erklæringer. Retten til helse har fått stort gjennomslag i det globale menneskerettighetsvernet.

Internasjonalt samarbeid

Statenes ansvar for sine egne innbyggeres helse kan være truet utenfra. WHO spilte for noen år siden hovedrollen i å stanse utbredelsen av sars (severe acute respiratory syndrome). Dette tilløp til pandemi startet i Kina høsten 2002. Den ble opplevd som skremmende internasjonalt på grunn av alvorlighetsgrad og sykdomsutbrudd

i flere land, hovedsakelig for personer som hadde besøkt Kina eller Hongkong. Etter et par år var epidemien gått tilbake, men skrekken fikk sterk innvirkning på det internasjonale samarbeidet i regi av WHO for å forhindre pandemier. Det viktigste resultatet var utarbeidningen av forpliktende internasjonale helsereguleringer (International Health Regulations (IHR)), som nå er et internasjonalt rettslig bindende instrument tiltrådt av praktisk talt hver eneste stat på kloden (vedtatt i 2007, nå tiltrådt av 194 stater) (8).

I WHO's begrunnelse for internasjonale helsereguleringer pekes det på at i vår globaliserte verden kan sykdommer spre seg hurtig og vidt via internasjonal reisevirksomhet og handel. En helsekrise i et land kan raskt influere på livsvilkår og økonomi i mange deler av verden. Det kan være resultatet av smittsomme sykdommer som sars, men kan også være forårsaket av kjemiske utslipp, oljesøl eller kjernefysiske nedsmeltinger med derav følgende strålingsfare.

Mange andre eksempler på at det enkelte lands vern og beskyttelse av retten til helse i økende grad forutsetter internasjonalt samarbeid kunne nevnes. Vår økonomi og samhandel gjør det i økende grad nødvendig at det er helsemessig trygt å oppholde seg i andre land.

Globaliseringens virkning går også «den andre veien». Det kommer flyktninger, asylsøkere og fremmedarbeidere til våre land, og retten til helse skal gjelde også dem. Noen bringer kanskje også sykdommer som er nærmest utryddet her. I juni 2011 hadde man i Oslo et utbrudd av meslinger hos barn som hadde besøkt legevakten. Smitten var brakt av somaliske barn og var uventet i Norge, hvor meslinger nå forekommer sjelden. Andre kan bringe med seg tuberkulosesmitte, noen ganger med multi-resistente stammer. For å oppfylle sine helseforpliktelser overfor mennesker i Norge må norske myndigheter delta i internasjonalt samarbeid for å forbedre helsesituasjonen i andre land, som å redusere forekomsten av smittsomme sykdommer.

Det internasjonale samarbeidet kan også gjelde forebygging av kroniske sykdommer som ikke er smittsomme, men som er resultat av livsførsel. Det kan skje ved samarbeid mot markedsføring og salg av tobakksprodukter, eller markedsføring rettet mot barn av uønskede mat- og drikkeprodukter som kan bidra til overvekt og feilernæring. Det er en del av hver enkelt stats forpliktelser for å sikre retten til helse at staten deltar aktivt i internasjonalt samarbeid om regulering av slike forhold.

WHO's rammekonvensjon om tobakkskontroll er den første internasjonale traktaten fremforhandlet i regi av WHO. Den ble vedtatt i 2003, trådte i kraft i 2005 og er siden blitt en av de internasjonale konvensjonene som har fått rask og bred

oppslutning. 21.6. 2011 fikk konvensjonen sin 174. ratifikasjon.

De rike lands ansvar

Som nevnt har statene ekstremt forskjellige ressurser til disposisjon for sine helsetiltak. At mange land ikke vil kunne løse sine oppgaver på egen hånd var klart da FN vedtok ØSK-konvensjonen. Derfor er det slått fast i ØSK-artikkel 2.1 at statene forplikter seg til å gjennomføre rettighetene «hver for seg og gjennom internasjonal bistand og sam-

arbeid, særlig på det økonomiske og tekniske område». Realiseringen av en rimelig bra helsestandard i fattige land krever bistand og samarbeid fra de rike lands side.

Så langt springer eksemplene nevnt ovenfor ut av landenes egeninteresse i helsevern, som i økende grad søkes sikret gjennom internasjonalt samarbeid. For eksempel har utenriksministrene i en rekke land vedtatt en erklæring basert på at global helse er et vitalt og presserende satsingsområde for utenrikspolitikken i vår tid. Initiativet ble



Illustrasjon Supernøtt Popsløyd

tatt av utenriksministrene i Norge, Brasil, Frankrike, Indonesia, Senegal, Sør-Afrika og Thailand og ble presentert i 2007 som «The Oslo Ministerial Declaration – global health: a pressing foreign policy issue in our time». Den har betydelig oppslutning.

Dette er bra, men ikke nok. Det finnes et stort problemområde som ikke har fått noen god løsning. Det gjelder de rike lands ansvar – utover egeninteressen – i å forbedre helsesituasjonen for den fattige befolkningen i lavinntektsland. Det er fortsatt slik at primæransvaret må ligge hos hjemstaten; hver enkelt stat har først og fremst ansvar for helsen for sine egne innbyggere. Men skal retten til helse være en universell rettighet, kan helsen til folk i de fattigste landene ikke være helt prisgitt egne ressurser. Mange stater mangler velfungerende institusjoner: et rettsapparat, et skattesystem, et system for omfordeling – og nasjonale helseinstitusjoner. Dessverre forekommer det i betydelig grad korrupsjon i forvaltningen av offentlige ressurser i mange land, også innenfor helsesektoren. Nasjonsbyggingen er mislykket i mange land som rives av gjentatte konflikter. Dette ødelegger mulighetene til å bygge opp helsesystemet og skaper store strømmer av internt fordrevne og flyktninger over landegrensene. Det internasjonale samfunn – i praksis de rike land – har utviklet et betydelig samarbeid om nødhjelp til internt fordrevne og flyktningene, og bidrar dermed til at retten til helse blir et universelt medansvar. Men oppgavene er flere. Rike land må ha et medansvar for å redusere den omfattende barnedødeligheten og mødre-dødeligheten, og de må bidra til å stanse epidemier.

Satsing og koordinering

Selv om store internasjonale kampanjer, som vaksinefondet GAVI og det globale fondet for bekjempelse av hiv/aids, tuberkulose og malaria, er kommet godt i gang for å fremme helsesituasjonen blant de fattigste, er arbeidet ukoordinert og lite systematisk. Mange arbeider for å utvikle en mer global styring av dette arbeidet. Et banebrytende initiativ ble tatt av Lawrence Gostin i 2007, som foreslo utarbeidingen av en rammekonvensjon for global helse (9). Initiativet vakte stor interesse og bidro til etableringen av et bredt internasjonalt nettverk kalt Joint Action and Learning Initiative, hvor styring av global helse diskuteres og utredes nærmere. Nettverket har flere norske deltakere. Gruppen presenterte sine forslag i et vedlegg til WHO's «World Health Report» 2010 (10). Ulike måter å oppfatte begrepet «global helse» på er diskutert av Ooms (11).

Det vil ta lang tid å få til løsninger som sikrer alle mennesker «den høyest oppnåelige helsestandard», slik WHO's innledning og ØSK-konvensjonen gir et løfte om. Men gjennom internasjonalt samarbeid kan vi kanskje i løpet av et par tiår oppnå at alle får sikret minimumsnivåene for helse.

WHO har tatt initiativet til å organisere et globalt helseforum, som skal ha sitt første møte i 2012. Den største oppgaven vil være å utvikle retningslinjer for å sikre at alle nyter godt av iallfall grunnelementene i den universelle retten til helse, slik disse er utformet av FNs komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (5).

Asbjørn Eide

er professor emeritus, tidligere Torgny Segerstedt professor ved Göteborg Universitet og gjesteprofessor Lund og American University, Washington, tidligere medlem av ekspertorganer om menneskerettigheter i FN og Euro-parådet, forhenværende direktør ved Senter for Menneskerettigheter, Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Just Haffeld (f. 1972)

er jurist, Master of Negotiation and Conflict Resolution fra Mebourne og sisteårs medisinstudent. Haffeld er tilknyttet O'Neill Institute of National and Global Health ved Georgetown University, der han jobber med globale helse-spørsmål.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ole Frithjof Norheim (f. 1965)

er professor i medisinsk etikk ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, og har ledet prosjektet «The ethics of priority setting in global health» (2005–11) finansiert av Norges forskningsråds pris for yngre fremragende forskere.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. World Health Organization Constitution. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>. [5.9.2011].
2. Lovdata. www.lovdata.no/all/hl-19990521-030.html [22.8.2011].
3. Hunt P, Leader S. Developing and applying the right to the highest attainable standard of health: the role of the UN Special Rapporteur (2002–2008). I: Harrington J, Stuttaford M, red. Global health and human rights. London: Routledge, 2010.
4. U.N. Committee on Economic, Social and cultural rights. General comment 3: the nature of states parties obligations (art. 2, para. 1). Genève: FNs høykommissær for menneskerettigheter, 1990. <[www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\[Symbol\]/94bdbaf59b43a424c12563ed0052b664?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/[Symbol]/94bdbaf59b43a424c12563ed0052b664?Opendocument)>.
5. U.N. Committee on Economic, Social and cultural

rights. General comment 14: the right to the highest attainable standard of health. E/C.23/2004. Genève: FNs høykommissær for menneskerettigheter, 2000. <[www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\[Symbol\]/E.C.12.2000.4.En?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/[Symbol]/E.C.12.2000.4.En?OpenDocument)>.

6. Daniels N. Just health: meeting health needs fairly. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
7. Yamin AE, Glendon S, red. Litigating health rights: can courts bring more justice to health? Cambridge, MA: Harvard University Press, 2011.
8. WHO. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241580410_eng.pdf [22.8.2011].
9. Gostin L. Meeting basic survival needs of the world's least healthy people: toward a framework convention on global health. Georgetown: O'Neill Institute for National and Global Health Law, Georgetown University, 2007. http://scholarship.law.georgetown.edu/ois_papers/1/ [5.9.2011].
10. Gostin L, Ooms G, Haffeld J et al. The joint action and learning initiative on national and global responsibilities for health. I: World Health Report, 2010, Background paper, 53. WHO: Genève, 2010.
11. Ooms G. Global health: what it has been so far, what it should be, and what it could become. Working paper No.2. Antwerpen: Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine, Department of Health, 2011.

Mottatt 7.7. 2011, første revisjon innsendt 1.8. 2011, godkjent 25.8. 2011. Medisinsk redaktør Trine B. Haugen.