



הוועדה לזכויות כלכליות,

חברתיות ותרבותיות

המושב ה-22

גינבה, 25 באפריל עד 12 במאי 2000

נושא מס' 3 על סדר היום

**סוגיות מהותיות העולות בעת יישום האמנה הבינלאומית בדבר  
זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות**

**הערה כללית מס' 14 (2000)**

**הזכות לרמת הבריאות הגבוהה ביותר שאפשר להשיגה (סעיף 12  
לאמנה הבינלאומית בדבר זכויות כלכליות חברתיות ותרבותיות)**

1. בריאות היא זכות יסוד של האדם והיא חיונית למימושן של זכויות אדם אחרות. כל אדם זכאי ליהנות מרמת הבריאות הגבוהה ביותר שאפשר להשיגה, התורמת לחיים בכבוד. ניתן לחתור למימוש הזכות לבריאות באמצעות גישות רבות המשלימות זו את זו, כגון גיבוש מדיניות בריאות או יישום תכניות בריאות המפותחות בידי ארגון הבריאות העולמי או אימוץ כלים משפטיים ספציפיים. יתר על כן, הזכות לבריאות כוללת מרכיבים מסוימים שניתן לאכוף באמצעים משפטיים.<sup>1</sup>

2. זכות האדם לבריאות מוכרת במסמכים בינלאומיים רבים. בסעיף כ"ה (1) להכרזה לכל באי עולם בדבר זכויות האדם נקבע: "כל אדם זכאי לרמת חיים נאותה לבריאותם ולרווחתם, שלו ושל בני ביתו, לרבות מזון, לבוש, שיכון, טיפול רפואי, שירותים סוציאליים כדרוש". באמנה הבינלאומית בדבר זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות נכלל הסעיף המקיף ביותר במשפט זכויות האדם הבינלאומי בנוגע לזכות לבריאות. בהתאם לסעיף 12 א' לאמנה, מדינות שהן צד לה מכירות "בזכות כל אדם ליהנות מרמת הבריאות הגופנית והנפשית הגבוהה ביותר שאפשר להשיגה", בעוד סעיף 12 ב' מפרט, באמצעות המחשה, כמה "צעדים שיינקטו בידי מדינות בעלות אמנה זו למען השג את מימושה המלא של הזכות האמורה". בנוסף, הזכות לבריאות מוכרת בין היתר בסעיף 5 (5) (iv) לאמנה בדבר ביעור כל הצורות של אפליה גזעית משנת 1965, בסעיפים 11 (1) (ו) ו-12 של האמנה בדבר ביטול

אפליה נגד נשים לצורותיה משנת 1979 ובסעיף 24 לאמנה בדבר זכויות הילד משנת 1989. כמה מסמכים אזוריים של זכויות האדם מכירים גם הם בזכות לבריאות, ובהם הצ'רטר החברתי האירופי משנת 1961, נוסח מתוקן (סעיף 11), הצ'רטר האפריקני לזכויות האדם והעמים משנת 1981 (סעיף 16) והפרוטוקול הנוסף לאמנה האמריקנית בדבר זכויות האדם בתחום הזכויות הכלכליות, החברתיות והתרבותיות משנת 1988 (סעיף 10). בדומה לכך, מועצת זכויות האדם הצהירה על הזכות לבריאות,<sup>2</sup> והיא הוזכרה גם בהצהרת וינה, בתכנית הפעולה של וינה משנת 1993 ובמסמכים בינלאומיים אחרים.<sup>3</sup>

3. הזכות לבריאות קשורה קשר הדוק למימושן של זכויות אדם אחרות, כפי שהן מופיעות במגילת הזכויות הבינלאומית, לרבות הזכות למזון, לדיור, לעבודה, לחינוך, לכבוד אנושי, לחיים, לאי-אפליה, לשוויון, האיסור על עינויים, הזכות לפרטיות, לגישה למידע, וחופש ההתאגדות, ההתכנסות והתנועה, ותלויה במימושן של זכויות אלה. זכויות וחירויות אלה ואחרות מתייחסות לרכיבים שלא ניתן להפרידם מן הזכות לבריאות.

4. בעת ניסוח סעיף 12 לאמנה, הוועדה השלישית של העצרת הכללית של האו"ם לא אימצה את ההגדרה של בריאות המופיעה במבוא לחוקת ארגון הבריאות העולמי, המפרשת את המושג בריאות כ"מצב של רווחה גופנית, נפשית וחברתית מושלמת ולא רק היעדר מחלה". אולם, ההתייחסות בסעיף 12 א' לאמנה ל"רמת הבריאות הגופנית והנפשית הגבוהה ביותר שאפשר להשיגה" אינה מוגבלת לזכות לטיפול רפואי. נהפוך הוא, תולדותיו של הנוסח והניסוח המפורש של סעיף 12 ב' מכירים בכך שהזכות לבריאות מקיפה קשת רחבה של מרכיבים חברתיים-כלכליים המקדמים תנאים שבהם אנשים יכולים לקיים חיים בריאים, וחלים על אותם הגורמים שיש להם השפעה מכרעת על הבריאות, כגון אוכל ותזונה, דיור, גישה למים בטוחים וראויים לשתייה ותברואה הולמת, תנאי עבודה בטוחים ובריאים וסביבה בריאה.

5. הוועדה מודעת לכך שעבור מיליוני בני אדם ברחבי העולם, עוד רבה הדרך להנאה מלאה מהזכות לבריאות. זאת ועוד, במקרים רבים, במיוחד עבור אנשים החיים בעוני, מטרה זו הולכת ומתרחקת. הוועדה מכירה במכשולים העצומים, מבניים ואחרים, שהם תולדה של גורמים בינלאומיים ואחרים שמעבר לשליטתן של מדינות ואשר מסכלים את מימושו המלא של סעיף 12 במדינות רבות שהן צד לאמנה.

6. מתוך כוונה לסייע למדינות שהן צד לאמנה ליישם אותה ולמלא את חובות הדיווח שלהן, הערה כללית זו מתמקדת בתוכן הנורמטיבי של סעיף 12 (חלק ו), בחובותיהן של מדינות שהן צד לאמנה (חלק ו), בהפרות (חלק ו) וביישום ברמת המדינה (חלק ו), בעוד חובותיהם של גורמים שאינם מדינות שהן צד לאמנה זכות להתייחסות בחלק v. ההערה הכללית מבוססת על ניסיונה של הוועדה בבחינת דוחות של מדינות שהן צד לאמנה במשך שנים רבות.

## (I) תוכנו הנורמטיבי של סעיף 12

7. בסעיף 12 א' מובאת הגדרה לזכות לבריאות ובסעיף 12 ב' מפורטות דוגמאות מוחשיות ולא ממצות של חובות המדינות שהן צד לאמנה.
8. אין להבין את הזכות לבריאות כזכות להיות **בכו הבריאות**. הזכות לבריאות מכילה הן חירויות והן זכאויות. החירויות כוללות את זכותו של אדם לשלוט בבריאותו ובגופו, לרבות חירות מינית וחירות בתחום הרבייה, ואת הזכות להיות חופשי מהתערבות, כגון הזכות להיות חופשי מעינויים ומטיפול רפואי וניסויים רפואיים ללא הסכמה. לעומת זאת, הזכאויות כוללות את הזכות למערכת המוקדשת להגנה על בריאות, המעניקה לאנשים הזדמנות שווה ליהנות מרמת הבריאות הגבוהה ביותר שאפשר להשיגה.
9. רעיון "רמת הבריאות הגבוהה ביותר שאפשר להשיגה" בסעיף 12 א' מביא בחשבון הן את נתוני הפתיחה הביולוגיים והחברתיים-כלכליים של הפרט והן את המשאבים העומדים לרשות המדינה. יש כמה היבטים שלא ניתן לטפל בהם אך ורק במסגרת היחסים שבין המדינה לבין הפרט; בייחוד, המדינה אינה יכולה להבטיח בריאות טובה, ואף אינה יכולה לספק הגנה מפני כל גורם אפשרי למצב בריאותי רע של אדם. לפיכך, גורמים גנטיים, רגישות אישית לבריאות לקויה ואימוץ סגנונות חיים לא בריאים או מסוכנים עלולים למלא תפקיד מפתח ביחס לבריאותו של הפרט. עקב כך, יש להבין את הזכות לבריאות כזכות ליהנות ממגוון מתקנים, מוצרים, שירותים ותנאים הנחוצים למימוש רמת הבריאות הגבוהה ביותר שאפשר להשיגה.
10. מאז אימוצן של שתי האמנות הבינלאומיות בשנת 1966 השתנה מצב הבריאות בעולם באורח דרמטי; כמו כן, חלו מאז שינויים מהותיים בתפיסה לגבי מהי בריאות, והיקף המושג התרחב. כיום מובאים בחשבון גורמים רבים יותר המשפיעים על הבריאות, כגון חלוקת משאבים והבדלים מגדריים. הגדרה רחבה יותר של בריאות מביאה בחשבון גם סוגיות הקשורות בגורמים חברתיים כגון אלימות וסכסוכים מזוינים.<sup>4</sup> זאת ועוד, מחלות שלא היו מוכרות בעבר, כגון נגיף הכשל החיסוני האנושי ותסמונת הכשל החיסוני הנרכש (HIV/אידס) ומחלות אחרות שהפכו נפוצות יותר, כגון סרטן, כמו-גם הגידול המהיר באוכלוסיית העולם, הציבו מכשולים חדשים בפני מימוש הזכות לבריאות, ויש להביאם בחשבון בעת שמפרשים את סעיף 12.
11. הוועדה מפרשת את הזכות לבריאות, כפי שהוגדרה בסעיף 12 א', כזכות כוללת, המקיפה לא רק טיפול רפואי הולם הניתן בעתו אלא גם את הגורמים שיש להם השפעה מכרעת על הבריאות, כגון גישה למים בטוחים וראויים לשתייה ולתברואה נאותה, אספקה נאותה של מזון בטוח, תזונה ודיור, תנאי תעסוקה וסביבה בריאים וגישה לחינוך ולמידע בנושאים הקשורים לבריאות, לרבות בנושא בריאות מינית ובנוגע לסוגיות בריאותיות הקשורות ברבייה. היבט חשוב נוסף הוא השתתפות האוכלוסייה בקבלתה של כל החלטה הנוגעת לבריאות ברמת הקהילה, ברמת המדינה וברמה הבינלאומית.

12. הזכות לבריאות בכל צורותיה ובכל הרמות מכילה את המרכיבים שלהלן, שהנם חיוניים וקשורים זה בזה, ואשר יישומם המדויק יהיה תלוי בתנאים השוררים במדינה הספציפית מקרב המדינות שהן צד לאמנה:

- א. **זמינות.** מתקנים, מוצרים ושירותים ציבוריים מתפקדים בתחום הבריאות והטיפול הרפואי כמו־גם תכניות בתחומים אלה, צריכים להיות זמינים בכמות מספקת בתוך המדינה מקרב המדינות שהן צד לאמנה. טבעם המדויק של המתקנים, המוצרים והשירותים ישתנה בהתאם לגורמים רבים, לרבות רמת הפיתוח של המדינה. עם זאת, הם יכללו את הגורמים שיש להם השפעה מכרעת על הבריאות, כגון מי שתייה בטוחים וראויים לשתייה ומתקני תברואה נאותים, בתי חולים, מרפאות ומבנים אחרים הקשורים בבריאות, צוותים רפואיים ומקצועיים שקיבלו הכשרה ואשר מקבלים שכר תחרותי ביחס לשוק המקומי, ותרופות חיוניות, כפי שהן מוגדרות בתכנית הפעילות של ארגון הבריאות העולמי בדבר תרופות חיוניות.<sup>5</sup>
- ב. **נגישות.** מתקני בריאות, מוצרים ושירותים<sup>6</sup> צריכים להיות נגישים ללא אפליה לכל אדם בתחומי השטח הנתון לסמכות השיפוט של המדינה. הנגישות מורכבת מארבעה ממדים חופפים:

1. אי־אפליה: מתקנים, מוצרים ושירותים בתחום הבריאות חייבים להיות נגישים לכול, ובייחוד למגזרים הפגיעים ביותר באוכלוסייה, אשר נדחקו לשוליים, הן על־פי חוק והן בפועל, ללא אפליה המבוססת על אף אחד מהטעמים האסורים.<sup>7</sup>
2. נגישות פיזית: מתקנים, מוצרים ושירותים בתחום הבריאות חייבים להיות ממוקמים פיזית במקום שאליו יכולים להגיע כל מגזרי האוכלוסייה, ובייחוד קבוצות פגיעות או קבוצות שנדחקו לשוליים, כגון מיעוטים אתניים ואוכלוסיות ילידיות, נשים, ילדים, מתבגרים, אנשים מבוגרים, אנשים עם מוגבלויות, ונשאי איידס או חולים באיידס. נגישות פירושה גם שיש גישה פיזית בטוחה לשירותי בריאות ולגורמים שיש להם השפעה מכרעת על הבריאות, כגון מים בטוחים וראויים לשתייה ומתקני תברואה הולמים, לרבות באזורים כפריים. נגישות כוללת גם גישה נאותה של אנשים עם מוגבלויות למבנים.
3. נגישות כלכלית (מחירים שווים לכל נפש): מתקנים, מוצרים ושירותים בתחום הבריאות חייבים להיות בני השגה עבור כל אדם. תשלום עבור שירותים רפואיים, כמו־גם שירותים הקשורים לגורמים שיש להם השפעה מכרעת על הבריאות, צריך להיות מבוסס על עקרון השוויון, כך שיובטח כי כל השירותים הללו, בין שהם מסופקים באורח פרטי ובין שהם מסופקים באורח ציבורי, הם בני השגה עבור כל אדם, לרבות קבוצות מעוטות יכולת. ההגנות מחייבת שלא להטיל על

משקי בית עניים יותר נטל כבד יותר של הוצאות בריאות בהשוואה למשקי בית אמידים יותר.

4. נגישות מידע: הנגישות כוללת את הזכות לבקש, לקבל ולהעביר מידע ורעיונות<sup>8</sup> בנוגע לסוגיות בתחום הבריאות. עם זאת, נגישות המידע אינה צריכה לפגוע בזכות לכך שהמידע הרפואי בנוגע לאדם יטופל תוך שמירה על סודיות.

ג. **קבילות.** כל המתקנים המוצרים והשירותים בתחום הבריאות חייבים לכבד את האתיקה הרפואית ולהיות מתאימים מבחינה תרבותית, כלומר לכבד את התרבות של פרטים, מיעוטים, עמים וקהילות, להיות רגישים לצרכים מגדריים ולצרכים הנובעים ממחזור החיים, וכן להיות מתוכננים באופן המכבד סודיות רפואית ומשפר את מצבם הבריאותי של האנשים הנוגעים בדבר.

ד. **איכות.** בנוסף להיותם קבילים תרבותית, על מתקנים, מוצרים ושירותים בתחום הבריאות להיות גם נאותים מבחינה מדעית ורפואית, ואיכותם צריכה להיות גבוהה. הדבר מחייב בין היתר כוח אדם בעל מיומנות רפואית, תרופות וציוד לבתי חולים שאושרו מדעית ושתאריך התפוגה שלהן לא עבר, מים בטוחים וראויים לשתיה ותברואה נאותה.

13. הרשימה הלא ממצה של דוגמאות בסעיף 12 ב' מספקת קווים מנחים להגדרת הפעולה שעל המדינה לנקוט. היא מעניקה דוגמאות ספציפיות גריות לאמצעים העולים מההגדרה הרחבה של הזכות לבריאות המופיעה בסעיף 12 א', ובכך ממחישה את תוכנה של זכות זו, כמודגם בפסקאות שלהלן.<sup>9</sup>

סעיף 12 ב' (1). הזכות לבריאות יולדות וילדים ולבריאות בתחום הרבייה

14. את ההוראה בדבר "הפחתה בשיעור לידות-דומה [לידות של ולד מת] ותמותת תינוקות והתפתחותו הבריאה של הילד" (סעיף 12 א' (1))<sup>10</sup> ניתן להבין כמחייבת אמצעים לשיפור בריאותם של ילדים ויולדות, שירותי בריאות בתחום המין והרבייה, לרבות גישה לתכנון המשפחה, טיפול טרום-לידה וטיפול לאחר הלידה,<sup>11</sup> שירותי חירום מילדותיים וגישה למידע, כמו גם המשאבים הדרושים כדי לפעול מכוח מידע זה.<sup>12</sup>

סעיף 12 ב' (2). הזכות לסביבה טבעית בריאה ולסביבת עבודה בריאה

15. "שיפור בכל היבטי הגהות הסביבתית והתעשייתית" (סעיף 12 ב' (2)) מורכב בין היתר מנקיטת אמצעי מנע בכל הנוגע לתאונות עבודה ולמחלות קשורת עבודה; הדרישה להבטיח אספקה נאותה של מים בטוחים וראויים לשתיה ותברואה נאותה; מניעה וצמצום של חשיפת האוכלוסייה למפגעים כגון קרינה וכימיקלים מזיקים או לגורמים סביבתיים פוגעניים אחרים המשפיעים במישרין או בעקיפין על בריאותם של בני אדם.<sup>13</sup> זאת ועוד, גהות תעשייתית מתייחסת למזעור, ככל שהדבר סביר באופן מעשי, של הגורמים לסכנות בריאות הטבועות בסביבת העבודה.<sup>14</sup> סעיף 12 ב' (2) מקיף גם דיור נאות ותנאי עבודה בטוחים והיגייניים,

אספקה נאותה של מזון ותזונה נאותה, ועידוד שלא לצורך אלכוהול באופן מזיק, ושלא להשתמש בטבק, בסמים ובחומרים מזיקים אחרים.

16. "מניעה של מחלות מידבקות, אנדמייות, תעסוקתיות ואחרות, טיפול במחלות אלה ופיקוח עליהן" (סעיף 12 ב' (3)) מחייבים לייסד תכניות מניעה וחינוך לבעיות בריאות הקשורות בהתנהגות כגון מחלות המועברות באמצעות יחסי מין, ובייחוד איידס, ואלה הפוגעות בבריאות בתחום המין והרבייה, ולקדם גורמים חברתיים לבריאות טובה, כגון בטיחות סביבתית, חינוך, פיתוח כלכלי וצדק מגדרי. הזכות לטיפול כוללת את יצירתה של מערכת לטיפול רפואי דחוף במקרים של תאונות, מגפות וסכנות בריאותיות דומות, ומתן סיוע בעת אסון וסיוע הומניטארי במצבי חירום. ההתייחסות לפיקוח על מחלות נוגעת למאמצים של מדינה, באורח עצמאי וביחד עם מדינות אחרות, בין היתר, להנגיש טכנולוגיות רלוונטיות תוך שימוש במעקב אחרי מחלות מידבקות, איסוף מידע מפולח, יישום או תגבור של תכניות חיסונים ואסטרטגיות אחרות הנוגעות לפיקוח על מחלות מידבקות ושיפורם של אמצעים אלה.

סעיף 12 ב' (4). הזכות למתקנים, מוצרים ושירותים בתחום הבריאות<sup>15</sup>

17. "יצירת תנאים נאותים אשר יבטיחו לכול שירותי בריאות וטיפול רפואי במקרה של מחלה" (סעיף 12 ב' (4)), הן גופנית והן נפשית, היא עניין הכולל מתן גישה שווה, בעיתוי הנכון, לשירותי רפואה מונעת, לריפוי, לשיקום ולחינוך לבריאות; תכניות לבדיקות סדירות לגילוי מחלות; טיפול הולם במחלות, מצבי חולי, פציעות ומוגבלויות רווחות, שעדיף להעניקו ברמה הקהילתית; מתן תרופות חיוניות; וטיפול וסיוע הולמים בתחום בריאות הנפש. היבט חשוב נוסף הוא השיפור והקידום של השתתפות האוכלוסייה במתן שירותי רפואה מונעת ומרפאת, כגון ארגון המגזר הרפואי, מערכת הביטוח ובייחוד השתתפות בהחלטות פוליטיות הנוגעות לזכות לבריאות המתקבלות הן ברמת הקהילה והן ברמת המדינה.

סעיף 12. נושאים מיוחדים בעלי תחולה רחבה

אי-אפליה וטיפול שוויוני

18. מתוקף סעיף 2 ב' וסעיף 3, האמנה אוסרת על כל אפליה בגישה לשירותי בריאות ולגורמים שיש להם השפעה מכרעת על הבריאות, כמו גם לאמצעים וזכאויות לרכישתם, מטעמי גזע, צבע, מין, לשון, דת, דעה פוליטית או אחרת, מוצא לאומי או חברתי, רכוש, ייחוס, מוגבלות גופנית או נפשית, מצב בריאותי (לרבות איידס), נטייה מינית ומעמד אזרחי, מדיני, חברתי או אחר, שנועדה או עלולה לבטל או לפגוע בהנאה השווה מהזכות לבריאות או במימושה. הוועדה מדגישה כי אמצעים רבים, כמו רוב האסטרטגיות והתכניות שנועדו לצמצם אפליה הקשורה לבריאות, ניתנים ליישום תוך השלכות מינימאליות על משאבים באמצעות אימוץ, שינוי וביטול של חקיקה או באמצעות הפצת מידע. הוועדה מזכירה את הערה כללית מס' 3, פס' 12, הקובעת כי אף כאשר קיימים אילוצים קשים בנוגע למשאבים, החברים הפגיעים בחברה חייבים להיות מוגנים על-ידי אימוץ של תכניות ייעודיות בעלות נמוכה יחסית.

19. ביחס לזכות לבריאות, יש להדגיש את הגישה השווה לטיפול רפואי ולשירותי בריאות. על מדינות מוטלת חובה מיוחדת לספק את ביטוח הבריאות ואת מתקני הבריאות הנחוצים לאלה שידם אינה משגת זאת, ולמנוע כל אפליה מטעמים האסורים ברמה הבינלאומית במתן טיפול רפואי ושירותי בריאות, בייחוד ביחס לחובות הליבה של הזכות לבריאות.<sup>16</sup> הקצאות בלתי נאותות של משאבים בתחום הבריאות עלולות להוביל לאפליה העלולה להיות נסותרת מן העין. לדוגמה, בהשקעות אין להעדיף באורח לא מידתי טיפולים מרפאים יקרים הנגישים לעתים קרובות רק לחלק קטן באוכלוסייה הנהנה מזכויות יתר, על-פני טיפול רפואי בסיסי וטיפול רפואי מונע המשרת חלק גדול בהרבה באוכלוסייה.

#### מבט מגדרי

20. הוועדה ממליצה כי מדינות ישלבו נקודת מבט מגדרית במדיניות, בתכנון, בתכניות ובמחקר שלהן בתחומים הקשורים בבריאות כדי לקדם בריאות טובה יותר הן עבור נשים והן עבור גברים. גישה מבוססת מגדר מכירה בכך שגורמים ביולוגיים וסוציו-תרבותיים ממלאים תפקיד משמעותי בהשפעה על בריאותם של גברים ונשים. פילוח על-פי מין של מידע בריאותי וחברתי-כלכלי חיוני לזיהוי ולתיקון של אי-שוויון בבריאות.

#### נשים והזכות לבריאות

21. כדי לבער אפליה נגד נשים יש צורך לפתח וליישם אסטרטגיה לאומית מקיפה לקידום זכותן של נשים לבריאות לכל אורך חייהן. אסטרטגיה כזו צריכה לכלול התערבויות שנועדו למנוע מחלות הפוגעות בנשים ולטפל בהן, כמו-גם מדיניות של מתן גישה לקשת רחבה של סוגי טיפול רפואי באיכות גבוהה ובמחיר שווה לכל נפש, לרבות שירותי בריאות מינית ובריאות בתחום הרבייה. מטרה מרכזית צריכה להיות צמצום הסיכונים הבריאותיים הנשקפים לנשים, ובייחוד צמצום שיעורי תמותת היולדות והגנה על נשים מפני אלימות במשפחה. מימוש זכותן של נשים לבריאות מחייב את הסרתם של כל החסמים הפוגעים בגישה לשירותי בריאות, לחינוך ולמידע, לרבות בכל הנוגע לבריאות המינית ולבריאות בתחום הרבייה. חשוב גם לנקוט פעולות מונעות, מקדמות ומתקנות כדי להגן על נשים מפני פגיעתם של דפוסי פעולה ונורמות תרבותיים מסורתיים השוללים מהן את זכויותיהן המלאות בתחום הרבייה.

#### ילדים ומתבגרים

22. סעיף 12 ב' (1) מבטא את הצורך לנקוט אמצעים לצמצום תמותת התינוקות ולקידום התפתחותם הבריאה של תינוקות וילדים. מסמכים בינלאומיים בתחום זכויות האדם שבאו לאחר האמנה מכירים בכך שלילדים ולמתבגרים יש זכות ליהנות מרמת הבריאות הגבוהה ביותר ומגישה למתקנים לטיפול במחלות.<sup>17</sup> האמנה לזכויות הילד מורה למדינות להבטיח גישה לשירותי בריאות חיוניים לילד ולמשפחתו, לרבות טיפול טרום-לידה וטיפול לאחר הלידה לאמהות. האמנה מקשרת בין מטרות אלה לבין הבטחת הגישה למידע ידידותי לילדים בנוגע לבריאות מונעת ולהתנהגות המקדמת בריאות ותמיכה במשפחות ובקהילות ביישום דפוסי פעולה אלה. יישום העיקרון של אי-אפליה מחייב שלילדות, כמו-גם

לילדים, תהיה גישה לתזונה נאותה, לסביבה בטוחה ולשירותי בריאות גופנית כמו-גם נפשית. יש צורך לאמץ אמצעים יעילים והולמים כדי לבטל דפוסי פעולה מסורתיים מזיקים הפוגעים בבריאותם של ילדים, ובייחוד ילדות, לרבות נישואין מוקדמים, השחתת איבר המין הנשי, והעדפת ילדים בנים בהזנה ובטיפול.<sup>18</sup> לילדים עם מוגבלויות יש להעניק הזדמנות ליהנות מחיים מספקים והגונים ולהשתתף במסגרת קהילתם.

23. על מדינות שהן צד לאמנה לספק למתבגרים סביבה בטוחה ותומכת שתבטיח להם את ההזדמנות להשתתף בקבלת החלטות המשפיעות על בריאותם, לפתח כישורי חיים, לרכוש מידע הולם, לקבל ייעוץ ולנהל דיאלוג על ההחלטות שהם מקבלים בנוגע להתנהגותם הבריאותית. מימוש זכותם של מתבגרים לבריאות תלוי בפיתוח טיפול רפואי ידירותי לנוער, המכבד סודיות ופרטיות וכולל שירותים מתאימים של בריאות מינית ובריאות בתחום הרבייה.

24. טובתם של הילדים והמתבגרים צריכה להיות השיקול העיקרי בכל מדיניות ובכל תכנית שמטרתן להבטיח את זכותם לבריאות.

#### אנשים מבוגרים

25. ביחס למימוש זכותם של אנשים מבוגרים לבריאות, הוועדה שבה ומאשרת, בהתאם לפסקאות 34 ו-35 בהערה כללית מס' 6 (1995), את חשיבותה של הגישה המשולבת, הממזגת יסודות של טיפול רפואי מונע, מרפא ומשקם. אמצעים כאלה צריכים להיות מבוססים על בדיקות תקופתיות לשני המינים; אמצעי שיקום גופניים כמו-גם נפשיים שמטרתם לשמר את תפקודם ועצמאותם של אנשים מבוגרים; והקדשת תשומת לב לחולים כרוניים וסופניים וטיפול בהם, באופן החוסך מהם כאב הניתן למניעה ומאפשר להם למות בכבוד.

#### אנשים עם מוגבלויות

26. הוועדה שבה ומאשרת את פסקה 34 להערתה הכללית מס' 5, המתייחסת לנושא אנשים עם מוגבלויות בהקשר של הזכות לבריאות גופנית ונפשית. זאת ועוד, הוועדה מדגישה את הצורך להבטיח כי לא רק מגזר הבריאות הציבורי אלא גם ספקים פרטיים של שירותי רפואה ומתקני בריאות יצייתו לעיקרון של אי-אפליה ביחס לאנשים עם מוגבלויות.

#### עמים ילידים

27. נוכח מגמות המסתמנות כעת במשפט הבינלאומי ובדפוסי פעולה בינלאומיים ולאור האמצעים שננקטו באחרונה בידי מדינות ביחס לעמים ילידים,<sup>19</sup> הוועדה סבורה שיהיה זה מועיל לזהות גורמים שיסייעו להגדיר את זכותם של עמים ילידים לבריאות כדי לאפשר למדינות שיש בהן עמים ילידים ליישם טוב יותר את הוראות סעיף 12 לאמנה. הוועדה סבורה כי לעמים ילידים עומדת הזכות לאמצעים ספציפיים לשיפור גישתם לשירותי בריאות ולטיפול רפואי. שירותי בריאות אלה צריכים להיות מתאימים מבחינה תרבותית, ולהביא בחשבון טיפול מונע, שיטות ריפוי ותרופות מסורתיות. על מדינות לספק לעמים ילידים משאבים שיאפשרו להם לעצב ולספק שירותים כאלה ולשלוט בהם כך שיוכלו



ליהנות מרמת הבריאות הגופנית והנפשית הגבוהה ביותר שאפשר להשיגה. כמו כן, הצמחים, בעלי החיים והמינרלים החיוניים המשמשים לרפואה ואשר נחוצים כדי שעמים ילידיים ייהנו מבריאות באופן מלא צריכים להיות מוגנים. הוועדה מציינת כי בקהילות ילידיות, בריאותו של היחיד קשורה לעתים מזומנות לבריאותה של החברה כמכלול ויש לה ממד קיבוצי. במובן זה, הוועדה סבורה כי לפעילויות הקשורות בפיתוח המובילות לעקירתם של עמים ילידיים משטחיהם ומסביבתם המסורתיים בניגוד לרצונם כך שנשללים מהם מקורות תזונתם ומנותקים יחסי הגומלין הסימביוטיים שלהם עם אדמותיהם יש השפעה מזיקה על בריאותם.

### מגבלות

28. סוגיות של בריאות הציבור מנוצלות לעתים בידי מדינות כעילות לצמצום מימושן של זכויות יסוד אחרות. הוועדה מבקשת להדגיש כי פסקת ההגבלה בסעיף 4 לאמנה נועדה בראש ובראשונה להגן על זכותם של יחידים ולא להתיר הטלת הגבלות בידי המדינה. עקב כך, אם מדינה שהיא צד לאמנה מגבילה למשל את תנועתם של אנשים הסובלים ממחלות מידבקות כגון איידס, או כולאת אותם, מסרבת לאפשר לרופאים לטפל באנשים שהיא סבורה כי מתנגדים לממשלה, או אינה נותנת חיסונים נגד המחלות המידבקות העיקריות בקהילה, מטעמים כגון ביטחון לאומי או שמירה על הסדר הציבורי, הרי שמוטל עליה נטל הצדקתם של אמצעים חמורים אלה ביחס לכל אחד מהיסודות המצוינים בסעיף 4. הגבלות כאלה חייבות לעלות בקנה אחד עם החוק, ובכלל זה עם הסטנדרטים הבינלאומיים בתחום זכויות האדם, להתיישב עם טבען של הזכויות המוגנות באמנה, לשרת מטרה לגיטימית שאליה חותרים ולהיות חיוניות לחלוטין לצורך קידומה של הרווחה הכללית בחברה דמוקרטית.

29. בהתאם לסעיף 5 א', הגבלות כאלה חייבות להיות מידתיות, כלומר כאשר ניתן לנקוט בכמה סוגים של הגבלות, יש לאמץ את החלופה המגבילה מעט ככל האפשר. אף כאשר הגבלות כאלה מטעמי הגנה על בריאות הציבור מותרות בעיקרו של דבר, תחולתן צריכה להיות מוגבלת בזמן ונתונה לביקורת.

### (II) חובותיהן של מדינות שהן צד לאמנה

#### חובות משפטיות כלליות

30. אף שהאמנה מתירה מימוש הדרגתי ומכירה במגבלות הנובעות ממחסור במשאבים זמינים, היא גם מטילה על מדינות שהן צד לאמנה חובות שונות שתוקפן מידי. למדינות שהן צד לאמנה יש חובות מידיות ביחס לזכות לבריאות, כמו לוודא כי הזכות ממומשת ללא אפליה מכל סוג שהוא (סעיף 2 ב') והחובה לנקוט צעדים (סעיף 2 א') לקראת מימושו המלא של סעיף 12. צעדים כאלה חייבים להיות מחושבים, ממשיים ומכוונים לקראת מימושה המלא של הזכות לבריאות.<sup>20</sup>

31. אין לפרש את מימושה ההדרגתי של הזכות לבריאות לאורך זמן כמרוקן את חובותיהן של מדינות שהן צד לאמנה מתוכנן המשמעותי. מימוש הדרגתי פירושו שעל מדינות שהן צד לאמנה חלה חובה ספציפית ומתמשכת להתקדם מהר ככל הניתן וביעילות רבה ככל האפשר לקראת מימושו המלא של סעיף 12.<sup>21</sup>

32. כמו בנוגע לכל הזכויות באמנה, קיימת הנחה מוקדמת מוצקה כי אסור לנקוט צעדי נסיגה ביחס לזכות לבריאות. אם ננקטים במכוון צעדי נסיגה, מוטל על המדינה שהיא צד לאמנה נטל ההוכחה כי הם ננקטו לאחר בחינה דקדקנית ביותר של כל החלופות וכי הם מוצדקים כראוי תוך התייחסות לאופיין המוחלט של הזכויות המעוגנות באמנה, בהקשר של הניצול המלא של מרב המשאבים הזמינים של המדינה.<sup>22</sup>

33. הזכות לבריאות, כמו כל זכויות האדם, מטילה על מדינות שהן צד לאמנה שלושה סוגי חובות, או חובות בשלוש רמות: החובות **לכבד**, **להגן ולממש**. החובה לממש מקפלת בתוכה חובות לאפשר, לספק ולקדם.<sup>23</sup> החובה **לכבד** מחייבת מדינות להימנע מהתערבות ישירה או עקיפה בהנאה מהזכות לבריאות. החובה **להגן** מחייבת מדינות לנקוט אמצעים המונעים מצדדים שלישיים להתערב בערובות המופיעות בסעיף 12. לבסוף, החובה **לממש** מטילה על מדינות לאמץ אמצעי חקיקה, מנהל, תקצוב, שיפוט, קידום ואמצעים אחרים לקראת מימושה המלא של הזכות לבריאות.

34. בייחוד, מוטלת על מדינות חובה לכבד את הזכות לבריאות בין היתר בכך שיימנעו משלילה או מהגבלה של גישה שווה של כל האנשים, לרבות אסירים או עצירים, מיעוטים, מבקשי מקלט ומהגרים בלתי חוקיים, לשירותי בריאות מניעתיים, מרפאים ותומכים; מאכיפת דפוסי פעולה מפלים כמדיניות ממשלתית; ומכפיית דפוסי פעולה מפלים הנוגעים למעמדם של נשים ולצורכי הבריאות שלהן. זאת ועוד, החובות לכבד כוללות את חובתה של המדינה להימנע מהטלת איסור על טיפול מונע, שיטות ריפוי ותרופות מסורתיות או ממניעתם, משיווק תרופות לא בטוחות ומיישום טיפול רפואי בכפייה, למעט במקרים חריגים לצורך טיפול במחלות נפש או לצורך מניעת מחלות מידבקות או שליטה בהם. על מקרים חריגים כאלה צריכים לחול תנאים ספציפיים ומגבילים, המכבדים את הגישות המיטביות ואת הסטנדרטים הבינלאומיים הרלוונטיים, לרבות "העקרונות להגנת אנשים עם מחלות נפש ולשיפור טיפול בריאות הנפש".<sup>24</sup> בנוסף, על מדינות להימנע מהגבלת הגישה לאמצעי מניעה ולאמצעים אחרים לשמירה על הבריאות המינית ועל הבריאות בתחום הרבייה, וכן להימנע מצנזור, שלילה או ייצוג מכוון שלא כהלכה של מידע הקשור לבריאות, לרבות חינוך מיני ומידע בנושא מין, כמו גם ממניעת השתתפותם של אנשים בנושאים הקשורים לבריאות. על מדינות אף להימנע מזיהום בלתי חוקי של אוויר, מים וקרקע, למשל באמצעות פסולת תעשייתית ממתקנים בבעלות המדינה, משימוש או מניסויים בנשק גרעיני, ביולוגי או כימי, במקרה שניסויים כאלה מובילים לשחרור חומרים המזיקים לבריאות האדם, ומהגבלת הגישה לשירותי בריאות כאמצעי ענישה, לדוגמה במהלך סכסוכים מזוינים תוך הפרה של המשפט ההומניטארי הבינלאומי.

35. החובות **להגן** כוללות בין היתר את חובותיה של המדינה לאמץ חקיקה או לנקוט אמצעים אחרים המבטיחים גישה שווה לשירותי בריאות ולשירותים הקשורים לבריאות המסופקים בידי גורמים שלישיים; להבטיח כי הפרטה של מגזר הבריאות לא תעמיד בסכנה את זמינותם, נגישותם, קבילותם ואיכותם של מתקנים, מוצרים ושירותים בתחום הבריאות; לשלוט בשיווקם של ציוד רפואי ותרופות בידי צדדים שלישיים; ולהבטיח כי אנשים העוסקים ברפואה ובעלי מקצועות אחרים

בתחום הבריאות יעמדו באמות המידה ההולמות של חינוך, כישורים וקוד אתי של התנהגות. מדינות מחויבות גם להבטיח כי דפוסי פעולה חברתיים או מסורתיים מזיקים אינם מפריעים לגישה לטיפול רפואי לפני הלידה או אחריה ולתכנון המשפחה; למנוע מצדדים שלישיים לכפות על נשים הליכים מסורתיים כגון השחתת איבר המין הנשי; ולנקוט אמצעים כדי להגן על כל הקבוצות הפגיעות ועל כל הקבוצות שנדחקו לשולי החברה, ובייחוד נשים, ילדים, מתבגרים ואנשים מבוגרים, נוכח ביטויים של אלימות המבוססת על מגדר. על מדינות להבטיח גם כי צדדים שלישיים לא יגבילו את גישתם של אנשים למידע ולשירותים הנוגעים לבריאות.

36. החובה **לממש** מחייבת מדינות שהן צד לאמנה בין היתר להעניק הכרה מספקת לזכות לבריאות במערכת הפוליטית ובמערכת המשפט של המדינה, מוטב באמצעות יישום של חקיקה, ולאמץ מדיניות בריאות לאומית עם תכנית מפורטת למימוש הזכות לבריאות. על מדינות להבטיח מתן טיפול רפואי, לרבות תכניות חיסון נגד המחלות המידבקות העיקריות, וכן להבטיח גישה שווה לכול לגורמים שיש להם השפעה מכרעת על הבריאות, כגון מזון בטוח מבחינה תזונתית ומים ראויים לשתיה, תברואה בסיסית ותנאי דיור ומגורים נאותים. תשתית בריאות הציבור צריכה לספק שירותי בריאות מינית ובריאות בתחום הרבייה, לרבות אמהות בטוחה, בייחוד באזורים כפריים. על מדינות להבטיח הכשרה הולמת של רופאים ושל אנשי רפואה אחרים, מצאי מספיק של בתי חולים, מרפאות ומתקנים אחרים בתחום הבריאות, וקידום הקמת מוסדות המספקים ייעוץ ושירותי בריאות הנפש, ותמיכה במוסדות אלה, תוך הקפדה נאותה על פריסה הוגנת שלהם ברחבי המדינה. חובות נוספות כוללות דאגה לקיומה של מערכת ביטוח בריאות ציבורית, פרטית או מעורבת במחיר שווה לכל נפש, קידום המחקר הרפואי והחינוך לבריאות, כמו גם מסעות הסברה, בייחוד בכל הנוגע לאיידס, לבריאות מינית ולבריאות בתחום הרבייה, לדפוסי פעולה מסורתיים, לאלימות במשפחה, לצריכה מזיקה של אלכוהול ולשימוש בסיגריות, בסמים ובחומרים מזיקים אחרים. מדינות נדרשות גם לנקוט אמצעים נגד סיכוני בריאות סביבתיים ותעסוקתיים ונגד כל סכנה אחרת הנשקפת על-פי נתונים אפידמיולוגיים. לצורך כך, עליהן לגבש וליישם מדיניות לאומית שמטרתה לצמצם ולבער את זיהום האוויר, המים והקרקע, לרבות זיהום ממתכות כבדות כגון עופרת מבנזין. זאת ועוד, מדינות שהן צד לאמנה נדרשות לגבש, ליישם ולבחון מעת לעת מדיניות לאומית עקבית למזעור הסיכון הנשקף מתאונות ומחלות תעסוקתיות, כמו גם להנהיג מדיניות לאומית עקבית בנוגע לבטיחות תעסוקתית ולשירותי בריאות.<sup>25</sup>

37. החובה **לממש (לאפשר)** מחייבת מדינות לנקוט בין היתר אמצעים פוזיטיביים שיאפשרו ליחידים ולקהילות ליהנות מהזכות לבריאות ויסייעו להם בכך. מדינות שהן צד לאמנה מחויבות גם **לממש (לספק)** זכות ספציפית הכלולה באמנה כאשר יחידים או קבוצה אינם מסוגלים, מסיבות שאינן בשליטתם, לממש זכות זו בעצמם בעזרת האמצעים העומדים לרשותם. החובה **לממש (לקדם)** את הזכות לבריאות מחייבת מדינות לנקוט פעולות היוצרות, משמרות ומשקמות את בריאותה של האוכלוסייה. חובות כאלה כוללות: (1) טיפוח הכרה בגורמים התורמים לתוצאות בריאותיות חיוביות, כגון מחקר ומתן מידע; (2) הבטחה ששירותי בריאות תואמים תרבותית וכי צוותי טיפול רפואי מקבלים הכשרה בזיהוי צרכים ספציפיים של קבוצות פגיעות או קבוצות שנדחקו לשוליים ומתן מענה

לצרכים אלה; (3) הבטחה שהמדינה ממלאת את חובותיה להפיץ מיידע הולם הנוגע לסגנון חיים בריא ולתזונה, לדפוסי פעולה מסורתיים מזיקים ולזמינותם של שירותים; (4) תמיכה באנשים בקבלת החלטות מיועדות בנוגע לבריאותם.

### חובות ברמה הבינלאומית

38. בהערתה הכללית מס' 3 הסבה הוועדה את תשומת הלב לחובתן של כל המדינות שהן צד לאמנה לנקוט צעדים, כל אחת כשלעצמה וכן באמצעות סיוע ושיתוף פעולה בינלאומיים, ובייחוד בתחום הכלכלי והטכני, לקראת מימושו המלא של הזכויות המוכרות באמנה, כגון הזכות לבריאות. ברוח סעיף 56 למגילת האומות המאוחדות, ההוראות הספציפיות של האמנה (סעיפים 12, 2 א', 22 ו-23) והצהרת אלמה-אטה בדבר טיפול רפואי ראשוני, על מדינות שהן צד לאמנה להכיר בתפקיד החיוני של שיתוף פעולה בינלאומי ולציית למחויבויותיהן לנקוט פעולות משותפות ונפרדות כדי להשיג את מימושה המלא של הזכות לבריאות. בהקשר זה, מדינות שהן צד לאמנה מופנות להצהרת אלמה-אטה, הקובעת כי האי-שוויון הבוטה השורר בתחום מעמדם הבריאותי של אנשים, ובייחוד בין מדינות מפותחות לבין מדינות מתפתחות, כמו-גם בתוך מדינות, הוא בלתי קביל מבחינה פוליטית, חברתית וכלכלית, ולפיכך זהו מקור לדאגה בכל המדינות.<sup>26</sup>

39. כדי לציית לחובותיהן הבינלאומיות ביחס לסעיף 12, על מדינות שהן צד לאמנה לכבד את ההנאה מהזכות לבריאות במדינות אחרות ולמנוע מצדדים שלישיים להפר את הזכות במדינות אחרות אם יש באפשרותן להשפיע על צדדים שלישיים אלה באמצעים משפטיים או פוליטיים בהתאם למגילת האומות המאוחדות ולמשפט הבינלאומי הרלוונטי. בכפוף לזמינותם של משאבים, על מדינות לאפשר גישה למתקנים, מוצרים ושירותים רפואיים במדינות אחרות כל אימת שהדבר ניתן ולספק את הסיוע החיוני כאשר הוא נדרש.<sup>27</sup> על מדינות שהן צד לאמנה להבטיח כי הזכות לבריאות זוכה לתשומת לב ראויה בהסכמים בינלאומיים, ולצורך כך עליהן לבחון את פיתוחם של כלים משפטיים נוספים. ביחס לחתימה על הסכמים בינלאומיים נוספים, על מדינות שהן צד לאמנה לנקוט אמצעים כדי להבטיח כי מסמכים אלה אינם משפיעים לרעה על הזכות לבריאות. בדומה לכך, מוטלת על מדינות שהן צד לאמנה החובה להבטיח כי פעולותיהן כחברות בארגונים בינלאומיים נעשות תוך התייחסות ראויה לזכות לבריאות. בהתאם לכך, על מדינות שהן צד לאמנה החברות במוסדות פיננסיים בינלאומיים, ובייחוד בקרן המטבע הבינלאומית, בבנק העולמי ובבנקים אזוריים לפיתוח, להקדיש תשומת לב רבה יותר להגנה על הזכות לבריאות באופן שישיע על מדיניות ההלוואות, על הסכמי האשראי ועל אמצעים בינלאומיים שמוסדות אלה נוקטים.

40. על מדינות שהן צד לאמנה מוטלת אחריות, כל אחת בנפרד וכולן יחד, לשתף פעולה, בהתאם למגילת האומות המאוחדות ולהחלטות הרלוונטיות של העצרת הכללית של האו"ם ושל עצרת הבריאות העולמית, במתן סיוע בעת אסון וסיוע הומניטארי בשעת חירום, לרבות סיוע לפליטים ולעקורים פנימיים. על כל מדינה לתרום למשימה זו כמיטב יכולתה. בעת מתן סיוע רפואי בינלאומי, חלוקה וניהול של משאבים, כגון מים בטוחים וראויים לשתייה, מזון ואספקה רפואית, ומתן סיוע כספי, יש להעניק עדיפות גבוהה יותר לקבוצות הרגישות ביותר

באוכלוסיה או לקבוצות שנדחקו לשוליים. זאת ועוד, היות שמחלות מסוימות מתפשטות בקלות אל מעבר לגבולותיה של מדינה, מוטלת על הקהילה הבינלאומית חובה משותפת לטפל בבעיה זו. על המדינות המפותחות כלכלית מקרב המדינות שהן צד לאמנה מוטלת חובה מיוחדת ויש להן אינטרס מיוחד לסייע בתחום זה למדינות מתפתחות עניות יותר.

41. על מדינות שהן צד לאמנה להימנע בכל עת מהטלת אמברגו או אמצעים דומים המגבילים את האספקה של תרופות וציוד רפואי הולמים למדינה אחרת. לעולם אין להשתמש בהגבלות על מוצרים מעין אלה כמכשיר להפעלת לחץ פוליטי וכלכלי. בהקשר זה, הוועדה מזכירה את עמדתה, שעליה הצהירה בהערה כללית מס' 8, בנוגע ליחסים שבין סנקציות כלכליות לבין כיבודן של זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות.

42. אף שרק מדינות הן צד לאמנה ולפיכך רק הן נושאות באחריות לציית לה, על כל הפרטים בחברה – יחידים, לרבות אנשי מקצועות הרפואה, משפחות, קהילות מקומיות, ארגונים בין-ממשלתיים ולא ממשלתיים, ארגוני החברה האזרחית, וכן המגזר העסקי הפרטי – מוטלת אחריות בנוגע למימוש הזכות לבריאות. לפיכך, על מדינות שהן צד לאמנה לספק סביבה שתאפשר לעמוד במחויבויות אלה.

#### חובות הליבה

43. בהערה כללית מס' 3 הוועדה מאשרת כי למדינות שהן צד לאמנה ישנה חובת ליבה להבטיח את סיפוקה של כל זכות המבוטאת באמנה ברמה המינימאלית, לכל הפחות, ובכלל זה הזכות לטיפול רפואי ראשוני חיוני. כאשר קוראים את הצהרת אלמה-אטה בשילוב עם מסמכים עכשוויים יותר, כגון תכנית הפעולה של הוועידה הבינלאומית לאוכלוסייה ופיתוח,<sup>28</sup> היא מספקת הדרכה מחייבת בנוגע לחובות הליבה העולות מסעיף 12. בהתאם לכך, לדעת הוועדה, חובות ליבה אלה כוללות, לכל הפחות, את החובות שלהלן:

- א. להבטיח את זכות הגישה למתקנים, מוצרים ושירותים בתחום הבריאות באורח בלתי מפלה, בייחוד עבור קבוצות פגיעות ועבור קבוצות שנדחקו לשוליים;
- ב. להבטיח גישה למזון המינימאלי החיוני, שהוא מזין באופן נאות ובטוח, כדי להבטיח לכול חירות מרעב;
- ג. להבטיח גישה למחסה, דיור ותברואה בסיסיים, ואספקה נאותה של מים בטוחים וראויים לשתיה;
- ד. לספק תרופות חיוניות, כפי שהן מוגדרות מעת לעת במסגרת תכנית הפעולה של ארגון הבריאות העולמי בנושא תרופות חיוניות;
- ה. להבטיח חלוקה הוגנת של כל המתקנים, המוצרים והשירותים בתחום הבריאות;

- ו. לאמץ וליישם אסטרטגיה ותכנית פעולה ציבורית לאומית בתחום הבריאות, על בסיס ראיות אפידימיולוגיות, שייתנו מענה לסוגיות הבריאות של כלל האוכלוסייה; יש לתכנן את האסטרטגיה ואת תכנית הפעולה ולבחון אותן אחת לתקופה על בסיס תהליכי השתתפות שקופים; עליהן לכלול שיטות, כגון מחוונים ואבני בוחן של הזכות לבריאות, שעל-פיהם ניתן לפקח באופן הדוק על ההתקדמות; במסגרת התהליך שבאמצעותו יש לתכנן את האסטרטגיה ואת תכנית הפעולה, כמרגם את התוכן שלהן, יש להקדיש תשומת לב מיוחדת לכל הקבוצות הפגיעות ולקבוצות שנדחקו לשוליים.
44. הוועדה מאשרת גם כי החובות שלהלן הן בעלות עדיפות דומה:
- א. להבטיח טיפול רפואי בתחום הרבייה, ביולדות (טרנס-לידה וכן לאחר הלידה) ובילדים;
- ב. לספק חיסונים נגד המחלות המידבקות העיקריות הקיימות בקהילה;
- ג. לנקוט אמצעים כדי למנוע מגפות ומחלות אנדמיות, לטפל בהן ולשלוט בהן;
- ד. לספק חינוך וגישה למידע בנוגע לבעיות הבריאות העיקריות בקהילה, לרבות שיטות למניעתן ולשליטה בהן;
- ה. לספק הכשרה הולמת לאנשי רפואה, לרבות חינוך בנושא בריאות וזכויות האדם.
45. למען הסר כל ספק, הוועדה מבקשת להדגיש כי על כל המדינות שהן צד לאמנה ועל גורמים אחרים שמעמדם מאפשר להם לסייע בכך, מוטלת חובה מיוחדת לפעול "בסיוע ובשיתוף פעולה בינלאומיים, במיוחד בתחומי הכלכלה והטכניקה"<sup>29</sup> כך שיתאפשר למדינות מתפתחות לממש את חובות הליבה שלהן וחובות אחרות המצוינות בפסקאות 43 ו-44 לעיל.

### (III) הפרות

46. כאשר מחילים את תוכנו הנורמטיבי של סעיף 12 (חלק I) על חובותיהן של מדינות שהן צד לאמנה (חלק II), מופעל תהליך דינמי המאפשר לזהות הפרות של הזכות לבריאות. הפסקאות שלהלן מדגימות הפרות של סעיף 12.
47. בעת שמכריעים אילו מעשים או מחדלים עולים לכדי הפרות של הזכות לבריאות, חשוב להבחין בין אי-יכולת לבין אי-נכונות של מדינה מקרב המדינות שהן צד לאמנה לציית לחובותיה על-פי סעיף 12. הדבר נובע מסעיף 12 א' העוסק ברמת הבריאות הגבוהה ביותר שאפשר להשיגה, וכן מסעיף 2 א' לאמנה, המחייב כל מדינה מקרב המדינות שהן צד לה לנקוט את הצעדים הנחוצים כדי לנצל באופן המרבי את המשאבים העומדים לרשותה. מדינה שאינה מוכנה לעשות שימוש מרבי במשאבים הזמינים לה לשם מימוש הזכות לבריאות מפרה את חובותיה על-פי סעיף 12. במקרה שבו מגבלות הנוגעות למשאבים מונעות ממדינה לציית באורח

מלא לחובות האמנה שלה, מוטל עליה נטל ההצדקה כי למרות זאת נעשה כל מאמץ להשתמש בכל המשאבים העומדים לרשותה כדי לספק, בעדיפות עליונה, את החובות שפורטו לעיל. עם זאת, יודגש כי מדינה שהיא צד לאמנה אינה יכולה, בשום נסיבות שהן, להצדיק אי-ציות שלה לחובות הליבה שנקבעו בסעיף 43 לעיל, שמהן לא ניתן להסתייג.

48. הפרות של הזכות לבריאות עלולות להתרחש באמצעות פעולה ישירה של המדינה או של ישויות אחרות שאינן נתונות לפיקוח מספיק של מדינות. אימוץ של צעדי נסיגה כלשהם שאינם עולים בקנה אחד עם חובות הליבה של הזכות לבריאות, המפורטות בסעיף 43 לעיל, מהווה הפרה של הזכות לבריאות. הפרות באמצעות מעשים כוללות ביטול או השעיה רשמיים של חקיקה הנחוצה לצורך המשך ההנאה מהזכות לבריאות או אימוץ של חקיקה או מדיניות אשר בבירור אינן עולות בקנה אחד עם חובות משפטיות מקומיות או בינלאומיות שהיו קיימות כבר קודם לכן ביחס לזכות לבריאות.

49. הפרות של הזכות לבריאות עלולות להתרחש גם באמצעות מחדלים או הימנעות של המדינה מנקיטת אמצעים חיוניים העולים מחובות משפטיות. הפרות באמצעות מחדלים כוללות אי-נקיטה של צעדים נאותים לקראת מימושה המלא של זכותו של כל אדם ליהנות מהרמה הגבוהה ביותר של בריאות גופנית ונפשית שאפשר להשיגה, אי-גיבוש מדיניות לאומית בנוגע לבטיחות ולבריאות בתעסוקה ולשירותי בריאות תעסוקתית ואי-אכיפת החוקים הרלוונטיים.

#### הפרות של החובה לכבד

50. הפרות של החובה לכבד הן פעולות, מדיניות או חוקים של המדינה העומדים בניגוד לסטנדרטים שנקבעו בסעיף 12 לאמנה ואשר סביר כי יובילו לנזק גופני, תחלואה מיותרת ותמותה הניתנת למניעה. דוגמאות לכך כוללות את מניעת הגישה של יחידים או קבוצות ספציפיים למתקנים, מוצרים ושירותים בתחום הבריאות בשל אפליה דה יורה או דה פקטו; מניעה מכוונת של מידע החיוני להגנה על הבריאות או לטיפול או הצגה מסולפת שלו; השעיה של חקיקה או אימוץ חוקים או מדיניות הפוגעים בהנאה מכל מרכיב שהוא בזכות לבריאות; וחתימת המדינה על הסכמים דו-צדדיים או רב-צדדיים עם מדינות אחרות, ארגונים בינלאומיים וישויות אחרות, כגון תאגידים רב-לאומיים בלי להביא בחשבון את חובותיה המשפטיות בנוגע לזכות לבריאות.

#### הפרות של החובה להגן

51. הפרות של החובה להגן נובעות מהימנעותה של המדינה מנקיטת כל האמצעים הנחוצים כדי להגן על אנשים הנמצאים בתוך שטח שיפוט מפני הפרות של הזכות לבריאות בידי צדדים שלישיים. קטגוריה זו כוללת מחדלים כגון אי-פיקוח על פעילויותיהם של יחידים, קבוצות או תאגידים באופן שימנע מהם להפר את זכותם של אחרים לבריאות; אי-הגנה על צרכנים ועובדים מפני דפוסי פעולה המזיקים לבריאותם, למשל מצד מעסיקים ויצרנים של תרופות ומזון; אי-הרתעה מפני ייצור, שיווק וצריכה של טבק, סמים נרקוטיים וחומרים מזיקים; אי-הגנה על נשים מפני אלימות ואי-העמדה לדין של מבצעה; אי-הרתעה מפני המשך קיומן על

פרקטיקות מסורתיות רפואיות או תרבותיות מזיקות; וכן אי-חקיקה ואי-אכיפה של חוקים למניעת זיהום מים, אוויר וקרקע בידי תעשיות כרייה או תעשיות יצרניות.

### הפרות של החובה לממש

52. הפרות של החובה לממש הן תוצאה של הימנעות מדינות שהן צד לאמנה מנקיטת כל האמצעים הנחוצים כדי להבטיח את מימוש הזכות לבריאות. דוגמאות לכך כוללות אי-אימוץ או אי-יישום של מדיניות לאומית בתחום הבריאות המיועדת להבטיח לכול את הזכות לבריאות; הוצאות בלתי מספיקות או הקצאה לא נאותה של משאבים ציבוריים המובילה לכך שיחידים או קבוצות אינם נהנים מהזכות לבריאות, ובייחוד קבוצות פגיעות או כאלה שנדחקו לשוליים; אי-פיקוח על מימוש הזכות לבריאות ברמת המדינה, למשל באמצעות זיהוי מחוונים ואבני בוחן של הזכות לבריאות; אי-נקיטת אמצעים לצמצום חלוקה לא הוגנת של מתקנים, מוצרים ושירותים בתחום הבריאות; אי-אימוץ גישה המבוססת על רגישות מגדרית לבריאות; ואי-הפחתה של שיעורי התמותה של התינוקות והאימהות.

### (IV) יישום ברמת המדינה

#### חקיקת מסגרת

53. האמצעים ההולמים והישימים ביותר למימוש הזכות לבריאות יהיו שונים באופן משמעותי ממדינה למדינה. כל מדינה רשאית להפעיל שיקול דעת בבואה להעריך אילו אמצעים הולמים יותר מכול את נסיבותיה הספציפיות. עם זאת, האמנה מטילה בבירור על כל מדינה חובה לנקוט את כל האמצעים הנחוצים כדי להבטיח לכול גישה למתקנים, מוצרים ושירותים בתחום הבריאות כדי שיוכלו ליהנות, מהר ככל האפשר, מהרמה הגבוהה ביותר של בריאות גופנית ונפשית שאפשר להשיגה. הדבר מחייב לאמץ אסטרטגיה לאומית כדי להבטיח כי הכול ייהנו מהזכות לבריאות, על סמך עקרונות זכויות האדם המגדירים את יעדיה של אסטרטגיה זו; הדבר אף מחייב לגבש מדיניות ומחוננים ואבני בוחן תואמים הנוגעים לזכות לבריאות. אסטרטגיית הבריאות של המדינה צריכה לזהות גם את המשאבים הזמינים להשגת יעדים מוגדרים וכן את הדרכים המשתלמות ביותר לנצל משאבים אלה.

54. גיבוש אסטרטגיות ותכניות פעולה לאומיות בתחום הבריאות ויישומן צריכים להיעשות בין היתר תוך כיבוד העקרונות של אי-אפליה והשתתפות האנשים. בייחוד, זכותם של יחידים וקבוצות להשתתף בתהליכי קבלת החלטות העשויות להשפיע על התפתחותם חייבת להיות מרכיב בלתי נפרד מכל מדיניות, תכנית או אסטרטגיה המפותחת כדי למלא חובות ממשלתיות הנובעות מסעיף 12. קידומה של הבריאות חייב להיות כרוך בפעולה קהילתית יעילה לקביעת סדרי עדיפויות, לקבלת החלטות, וכן לתכנון, ליישום ולהערכה של אסטרטגיות להשגת בריאות טובה יותר. ניתן להבטיח אספקה יעילה של שירותי בריאות רק כאשר המדינה מוודאת את השתתפות האנשים.



55. האסטרטגיה ותכנית הפעולה הלאומיות בתחום הבריאות צריכות להתבסס גם על עקרונות הנשיאה באחריות, השקיפות והעצמאות של הרשות השופטת, שכן ממשל טוב חיוני ליישומן היעיל של כל זכויות האדם, לרבות מימוש הזכות לבריאות. כדי ליצור אקלים התומך במימושה של הזכות, על מדינות שהן צד לאמנה לנקוט צעדים יעילים שיבטיחו כי המגזר העסקי הפרטי והחברה האזרחית מודעים לזכות לבריאות ומביאים בחשבון את חשיבותה בעת שהם עוסקים בפעילויותיהם.

56. על מדינות לשקול אפשרות לממש את האסטרטגיה הלאומית שלהן למימוש הזכות לבריאות באמצעות אימוצו של חוק מסגרת. מכוח חוק המסגרת צריכים לקום מנגנונים לאומיים לפיקוח על יישום האסטרטגיות ותכניות הפעולה בתחום הבריאות. על החוק לכלול הוראות בנוגע למטרות שיש להשיג ובנוגע למסגרת הזמן להשגתן; הדרכים שבהן ניתן להגיע לעמידה באבני הבוחן של הזכות לבריאות; שיתוף הפעולה המתוכנן עם החברה האזרחית, לרבות מומחי בריאות, המגזר הפרטי וארגונים בינלאומיים; אחריות מוסדית ליישום מדיניות לאומית ותכנית פעולה למימוש הזכות לבריאות; וכן הליכים אפשריים בנוגע למתן סיוע. בעת הפיקוח על ההתקדמות לקראת מימוש הזכות לבריאות, על מדינות שהן צד לאמנה לזהות את הגורמים והקשיים המשפיעים על יישום חובותיהן.

#### מחוננים ואבני בוחן של הזכות לבריאות

57. אסטרטגיות לאומיות בתחום הבריאות צריכות לזהות מחוננים ואבני בוחן הולמים בנוגע לזכות לבריאות. המחוננים צריכים להיות מיועדים לפקח, ברמת המדינה וברמה הבינלאומית, על חובותיה של המדינה על-פי סעיף 12. מדינות רשאיות לקבל הנחיה בנוגע למחוננים ההולמים בתחום הזכות לבריאות, אשר צריכים להתייחס להיבטים שונים של זכות זו, מעבודתם המתמשכת של ארגון הבריאות העולמי ושל קרן הילדים של האו"ם (יוניצ"ף) בתחום זה. מחונני הזכות לבריאות מצריכים פילוח מידע על-פי הטעמים האסורים לאפליה.

58. לאחר שזוהו המחוננים ההולמים בתחום הזכות לבריאות, המדינות שהן צד לאמנה מוזמנות לקבוע אבני בוחן לאומיות ביחס לכל מחונן. במהלך הליך הדיווח התקופתי, הוועדה תקיים ביחד עם המדינה הליך של סקירה. הסקירה כרוכה בבחינה משותפת שיקיימו המדינה והוועדה, של המחוננים ואבני הבוחן הלאומיים אשר יספקו לאחר מכן את היעדים שיש להשיג במהלך תקופת הדיווח הבאה. בחמש השנים שלאחר מכן, המדינה תיעזר באבני בוחן לאומיות אלה כדי לפקח על יישומה את סעיף 12. לאחר מכן, בתהליך הדיווח שבא בעקבות זאת, המדינה והוועדה יבחנו אם הושגה עמידה באבני הבוחן אם לא, ומהן הסיבות לקשיים אשר ייתכן שהתעוררו.

#### תרופות ונשיאה באחריות

59. לכל אדם או קבוצת אנשים שנפלו קרבן להפרה של הזכות לבריאות צריכה להיות גישה לתרופות יעילות, משפטיות או אחרות, הן ברמת המדינה והן ברמה הבינלאומית.<sup>30</sup> כל הקרבנות של הפרות כאלה צריכים להיות זכאים לתיקון נאות, העשוי להתקבל בצורה של השבת המצב לקדמותו, פיצויים, שילומים או ערבויות

לכך שהדברים לא יחזרו על עצמם. נציבי תלונות של המדינה, ועדות לזכויות האדם, פורומים של צרכנים, התאגדויות לזכויות מטופלים או מוסדות דומים צריכים לטפל בהפרות של הזכות לבריאות.

60. הטמעתם של מסמכים בינלאומיים המכירים בזכות לבריאות בדין המקומי עשוי לשפר מאוד את ההיקף ואת היעילות של אמצעי תיקון ויש לעודד את הדבר בכל המקרים.<sup>31</sup> הטמעה כזאת מאפשרת לבתי המשפט לקבל הכרעות משפטיות לגבי הפרות של הזכות לבריאות, או לפחות של חובות הליבה שלה, באמצעות הפניה ישירה לאמנה.

61. על מדינות שהן צד לאמנה לעודד שופטים ואת אנשי מקצועות המשפט להקדיש תשומת לב רבה יותר להפרה של הזכות לבריאות בעת מילוי תפקידיהם.

62. על מדינות שהן צד לאמנה לכבד את עבודתם של פעילים לזכויות האדם ושל חברים אחרים בחברה האזרחית, להגן עליה, לאפשרה ולקדמה כדי לסייע לקבוצות פגיעות ולקבוצות שנדחקו לשוליים לממש את זכותן לבריאות.

#### (V) חובותיהם של גופים שאינם מדינות שהן צד לאמנה

63. חשיבות מיוחדת נודעה לתפקידן של סוכנויות ותכניות האו"ם, ובייחוד לתפקיד המפתח המופקד בידי ארגון הבריאות העולמי במימוש הזכות לבריאות ברמה הבינלאומית, ברמה האזורית וברמת המדינה, וכך גם לתפקידו של יוניצ"ף ביחס לזכותם של ילדים לבריאות. בעת שמדינות שהן צד לאמנה מגבשות ומיישמות את האסטרטגיות הלאומיות שלהן בתחום הזכות לבריאות, עליהן להיעזר בסיוע טכני של ארגון הבריאות העולמי ולשתף עמו פעולה. זאת ועוד, בעת הכנת דוחותיהן, על המדינות שהן צד לאמנה להשתמש במידע הנרחב של ארגון הבריאות העולמי ובשירותי הייעוץ שלו בכל הנוגע לאיסוף מידע, לפילוחו ולפיתוח מחוונים ואבני בוחן בתחום הזכות לבריאות.

64. בנוסף לכך, יש לתאם מאמצים למימוש הזכות לבריאות כדי לשפר את יחסי הגומלין בין כל הגורמים הנוגעים בדבר, לרבות מרכיביה השונים של החברה האזרחית. בהתאם לסעיפים 22 ו-23 לאמנה, ארגון הבריאות העולמי, ארגון העבודה הבינלאומי, תכנית הפיתוח של האו"ם, יוניצ"ף, קרן האו"ם לאוכלוסין, הבנק העולמי, בנקים אזוריים לפיתוח, קרן המטבע העולמית, ארגון הסחר העולמי ומוסדות רלוונטיים אחרים במערכת האו"ם צריכים לשתף פעולה ביעילות עם מדינות שהן צד לאמנה, תוך הסתמכות על תחומי המומחיות של כל אחד מהם, ביחס ליישום הזכות לבריאות ברמת המדינה, תוך כיבוד נאות של תחום הפעילות שהוגדר לכל אחד מגופים אלה. בייחוד, על המוסדות הפיננסיים הבינלאומיים, בראש ובראשונה הבנק העולמי וקרן המטבע העולמית, להקדיש תשומת לב רבה יותר להגנה על הזכות לבריאות במסגרת מדיניות ההלוואות, הסדרי אשראי ותכניות ההתאמה המבנית שלהם. בעת בחינת דוחות של מדינות שהן צד לאמנה ויכולתן לעמוד בחובותיהן על-פי סעיף 12, הוועדה תבחן את השפעות הסיוע הניתן על-ידי כל הגורמים האחרים. אימוצן של גישות המבוססות על זכויות האדם בידי הסוכנויות המתמחות, התכניות והגופים של האו"ם יסייע מאוד ליישם את הזכות לבריאות. במהלך בחינת דוחות של מדינות שהן צד לאמנה הוועדה תבחן גם את

התפקיד שממלאים איגודים מקצועיים בתחום הבריאות וארגונים לא ממשלתיים אחרים ביחס לחובות המדינה על-פי סעיף 12.

65. לתפקידים של ארגון הבריאות העולמי, משרד נציבות האו"ם לפליטים, הוועד הבינלאומי של הצלב האדום/הסהר האדום ויוניצ"ף, כמו גם ארגונים לא ממשלתיים ואיגודים רפואיים במדינות שונות נודעה חשיבות מיוחדת ביחס לסיוע בשעת אסון ולסיוע הומניטארי במצבי חירום, לרבות סיוע לפליטים ולעקורים פנימיים. בעת מתן סיוע רפואי בינלאומי, חלוקה וניהול של משאבים, כגון מים בטוחים וראויים לשתייה, מזון וציוד רפואי, וסיוע כספי, יש להעניק עדיפות לקבוצות הפגיעות ביותר באוכלוסייה ולקבוצות שנדחקו יותר מכול לשוליים.

## אומצה ב-11 במאי 2000.

### הערות

<sup>1</sup> לדוגמה, את העיקרון של אי-אפליה ביחס למתקנים, מוצרים ושירותים בתחום הבריאות ניתן לאכוף באמצעים חוקיים במסגרת סמכות שיפוטן של כמה וכמה מדינות.

<sup>2</sup> בהחלטתה מס' 1989/11.

<sup>3</sup> העקרונות להגנה על אנשים הסובלים ממחלות נפש ושיפור הטיפול הנפשי שאומצו על-ידי העצרת הכללית של האו"ם בשנת 1991 (החלטה מס' 46/119) והערה כללית מס' 5 של הוועדה בנוגע לאנשים עם מוגבלויות חלים על אנשים הסובלים ממחלות נפש; תכנית הפעולה של הוועדה הבינלאומית לאוכלוסייה ופיתוח שהתקיימה בקהיר בשנת 1994 כוללת הגדרה של בריאות הקשורה ברבייה, ואילו ההצהרה ותכנית הפעולה של הוועדה העולמית הרביעית לנשים שהתקיימה בבוינג בשנת 1995 כוללת הגדרה של בריאות האישה.

<sup>4</sup> סעיף 3 המשותף לאמנות גינבה להגנה על קרבנות מלחמה (1949); הפרוטוקול הנוסף הראשון (1977) בדבר קרבנות סכסוכים מזוינים בינלאומיים, סעיף 75 (2) (א'); הפרוטוקול הנוסף השני (1977) בדבר ההגנה על קרבנות סכסוכים מזוינים שאינם בינלאומיים, סעיף 4 (א').

<sup>5</sup> ר' ארגון הבריאות העולמי, רשימה לדוגמה של התרופות החיוניות, תוקנה בחודש דצמבר 1999, WHO Drug Information, כרך 13, מס' 4, 1999.

<sup>6</sup> אלא אם כן צוין מפורשות אחרת, כל התייחסות בהערה כללית זו למתקנים, מוצרים ושירותים בתחום הבריאות כוללת את הגורמים שיש להם השפעה מכרעת על הבריאות המפורטים בפס' 11 ו-12 (א') להערה כללית זו.

<sup>7</sup> ר' פס' 18 ו-19 בהערה כללית זו.

<sup>8</sup> ר' סעיף 19 ב' לאמנה הבינלאומית בדבר זכויות אזרחיות ומדיניות. הערה כללית זאת מדגישה במיוחד את הגישה למידע בשל החשיבות המיוחדת של סוגיה זו ביחס לבריאות.

<sup>9</sup> בספרות ובהתנהלות בפועל ביחס לזכות לבריאות, מוזכרות לעתים מזומנות שלוש רמות של טיפול רפואי: **טיפול רפואי ראשוני** העוסק בדרך כלל במחלות קלות ונפוצות יחסית וניתן בידי אנשי רפואה ו/או רופאים בעלי התמחות כללית העובדים במסגרת הקהילה בעלות נמוכה יחסית; **טיפול רפואי משני** הניתן בדרך כלל במרכזים, לרוב בתי חולים, ועוסק בדרך כלל במחלות נפוצות, קלות או חמורות, שבהן לא ניתן לטפל ברמת הקהילה, תוך שימוש באנשי רפואה ורופאים בעלי הכשרה מיוחדת, בצידוד מיוחד ולעתים תוך אשפוז בעלויות גבוהות יחסית; ו**טיפול רפואי שלישוני** הניתן במרכזים מעטים יחסית ועוסק בעיקר במספר קטן של מחלות קלות או חמורות המחייבות אנשי רפואה ורופאים בעלי

הכשרה מיוחדת וציוד מיוחד, ואשר לעתים מזומנות עלותו גבוהה. כיוון שצורות של טיפול רפואי ראשוני, משני ושלישוני חופרות לעתים מזומנות ומשפיעות זו על זו לעתים קרובות, השימוש בטיפולוגיה זו אינו מספק תמיד קריטריונים להבחנה מספקת כדי לסייע להעריך איזו רמה של טיפול רפואי על מדינות שהן צד לאמנה לספק, ולכן הסיוע שלו להבנה הנורמטיבית של סעיף 12 מוגבל.

<sup>10</sup> על-פי ארגון הבריאות העולמי, השיעור של לידות-דומה אינו קנה מידה מקובל עוד, ובמקומו מודדים את שיעור התמותה של תינוקות וילדים מתחת לגיל חמש.

<sup>11</sup> המונח "טרום-לידה" (prenatal) פירושו קיים או מתרחש לפני הלידה; "סב-לידה" (perinatal) מתייחס לתקופה שמיד לפני הלידה או מיד אחריה (בנתונים סטטיסטיים רפואיים התקופה מתחילה עם השלמת 28 שבועות של היריון, והיא מוגדרת באופן משתנה כמסתיימת שבוע עד ארבעה שבועות לאחר הלידה); "יילודי" (neonatal), לעומת זאת, הוא מונח המתייחס לארבעת השבועות הראשונים שלאחר הלידה; ואילו הביטוי "לאחר הלידה" (post-natal) מתייחס לתקופה שבעקבות הלידה. בהערה כללית זו נעשה שימוש אך ורק במונחים הגנריים יותר "טרום-לידה" ו"לאחר הלידה".

<sup>12</sup> בריאות בתחום הרבייה משמעותה כי נשים וגברים חופשיים להחליט אם ומתי ברצונם להביא ילדים לעולם וכי זכותם לקבל מידע וגישה לאמצעים בטוחים, יעילים וקבילים במחיר שווה לכל נפש לתכנון המשפחה לפי בחירתם וכן לגשת לשירותי בריאות הולמים שיאפשרו למשל לנשים לעבור את ההיריון והלידה בבטחה.

<sup>13</sup> הוועדה מציינת בהקשר זה את עיקרון מס' 1 של הצהרת סטוקהולם משנת 1972, שבה נאמר: "לאדם יש זכות יסוד לחירות, שוויון ותנאי חיים נאותים, בסביבה שאיכותה מאפשרת חיי כבוד ורווחה" כמו-גם התפתחויות מהתקופה האחרונה במשפט הבינלאומי, לרבות החלטה 45/94 של העצרת הכללית בנוגע לצורך להבטיח סביבה בריאה לרווחתם של יחידים; עיקרון מס' 1 של הצהרת ריו; ומסמכים אזוריים של זכויות האדם כגון סעיף 10 לפרוטוקול סן סלבדור של האמנה האמריקנית לזכויות האדם.

<sup>14</sup> אמנה מס' 155 של ארגון העבודה הבינלאומי, סעיף 4.2.

<sup>15</sup> ר' פס' 12 (ב') והערת סיום 8 לעיל.

<sup>16</sup> לחובות הליבה, ר' פס' 43 ו-44 בהערה הכללית הנוכחית.

<sup>17</sup> סעיף 24 א' לאמנה לזכויות הילד.

<sup>18</sup> ר' החלטה WHA47.10 של עצרת הבריאות העולמית, 1994, שכותרתה "בריאות האם והילד ותכנון המשפחה: דפוסי פעולה מסורתיים המזיקים לבריאותם של נשים וילדים".

<sup>19</sup> נורמות חדשות המסתמנות כעת במשפט הבינלאומי הרלוונטיות לעמים ילידיים כוללות את אמנה מס' 169 של ארגון העבודה הבינלאומי בדבר עמים ילידיים ועמים שבטיים במדינות עצמאיות (1989); סעיף 29 (ג') ו-ר(ד') וסעיף 30 לאמנה לזכויות הילד (1989); סעיף 8 (י') לאמנה בדבר גיוון ביולוגי (1992), הממליצה כי מדינות יכבדו, ישמרו ויקיימו ידע, חידושים ומנהגים של קהילות ילידיות; סדר יום מס' 21 של ועידת האו"ם לסביבה ופיתוח (1992), ובייחוד פרק 26; וחלק I, פס' 20, להצהרת וינה ולתכנית הפעולה של וינה (1993), המצהירים כי על מדינות לנקוט צעדים פוזיטיביים מתואמים כדי להבטיח את כיבוד כל זכויות האדם של עמים ילידיים, על בסיס של אי-אפליה. ר' גם המבוא וסעיף 3 לאמנת המסגרת של האו"ם בדבר שינוי האקלים (1992); וסעיף 10 (2) (ה') לאמנת האו"ם בדבר המאבק במדבור במדינות החוות בצורת קשה ו/או מדבור, בייחוד באפריקה (1994). יותר ויותר מדינות שינו בשנים האחרונות את חוקותיהן ושילבו בהן חקיקה המכירה בזכויות ספציפיות של עמים ילידיים.

<sup>20</sup> ר' הערה כללית מס' 13, פס' 43.

<sup>21</sup> ר' הערה כללית מס' 3, פס' 9; הערה כללית מס' 13, פס' 44.

<sup>22</sup> ר' הערה כללית מס' 3, פס' 9; הערה כללית מס' 13, פס' 45.

<sup>23</sup> על-פי הערות כלליות מס' 12 ומס' 13, החובה לממש מקפלת בתוכה חובה לסייע וחובה לספק. בהערה הכללית הנוכחית, החובה לממש משלבת גם חובה לקדם, בשל החשיבות הקריטית שנודעה לקידום הבריאות בעבודתו של ארגון הבריאות העולמי ובהקשרים אחרים.

<sup>24</sup> החלטה מס' 46/119 (1991) של העצרת הכללית של האו"ם.

<sup>25</sup> מרכיבים במדיניות כזו הם זיהוי, הגדרה, הרשאה וייסות של חומרים (materials, substances, agents), ציוד ותהליכי עבודה מסוכנים; מתן מידע לעובדים בנושא בריאות ומתן בגדי מגן וציוד מגן נאותים על-פי הצורך; אכיפת חוקים ותקנות באמצעות פיקוח הולם; דרישת דיווח בנוגע לתאונות ומחלות תעסוקתיות, קיום חקירות בנוגע לתאונות ומחלות קשות והפקת נתונים סטטיסטיים שנתיים; הגנה על עובדים ועל נציגיהם מפני צעדים משמעותיים בגין פעולות שנקטו באורח נאות בהתאם למדיניות כזו; ואספקת שירותי בריאות תעסוקתית מניעתיים ביסודם. ר' ארגון העבודה העולמי, אמנה בדבר בטיחות תעסוקתית ובריאות, 1981 (מס' 155) ואמנת שירותי הבריאות התעסוקתית, 1985 (מס' 161).

<sup>26</sup> סעיף II, הצהרת אלמה-אטה, דו"ח הוועידה הבינלאומית בנוגע לטיפול רפואי ראשוני, אלמה-אטה, 6-12 בספטמבר 1978, בתוך: ארגון הבריאות העולמי, סדרת "בריאות לכול", מס' 1, ארגון הבריאות העולמי, גינבה, 1978.

<sup>27</sup> ר' פס' 45 להערה כללית זו.

<sup>28</sup> דו"ח הוועידה הבינלאומית בנושא אוכלוסייה ופיתוח, קהיר, 5-13 בספטמבר 1994 (United Nations publication, Sales No. E.95.XIII.18), פרק I, החלטה 1, נספח, פרקים 7 ו-8.

<sup>29</sup> האמנה, סעיף 2 א'.

<sup>30</sup> ללא תלות בשאלת יכולתן של קבוצות, באשר הן קבוצות, לתבוע תיקונים כבעלות זכויות כשלעצמן, מדינות שהן צד לאמנה כפופות לסעיף 12 הן בממד הקיבוצי והן בממד הפרטני. זכויות קיבוציות הן קריטיות בתחום הבריאות; מדיניות מודרנית בתחום בריאות הציבור מסתמכת במידה רבה על מניעה ועל קידום, גישות המכוונות בעיקר לקבוצות.

<sup>31</sup> ר' הערה כללית מס' 2, פס' 9.