|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Verenigde Naties | CRC/C/GC/15 |
| _unlogo | **Verdrag inzake de rechten van het kind** | Distr.: Algemeen17 april 2013Origineel: Engels |

**Comité voor de Rechten van het Kind**

 General Comment Nr. 15 (2013) over het recht van het kind op het realiseren van de grootst mogelijke mate van gezondheid (art. 24)

[[1]](#footnote-2)Inhoudsopgave

 *Paragraaf Pagina*

 I. Inleiding 1–6 3

 II. Beginselen en uitgangspunten voor het recht van het kind op het realiseren van de grootst mogelijke mate van gezondheid 7–22 4

 A. De ondeelbaarheid en onderlinge afhankelijkheid van de rechten van het kind 7 4

 B. Verbod op discriminatie 8–11 4

 C. Het belang van het kind 12–15 5

 D. Recht op leven, voortbestaan en ontwikkeling en de factoren die

 de gezondheid van het kind bepalen 16–18 6

 E. Recht van het kind om gehoord te worden 19 7

 F. Ontplooiing en levensloop van het kind 20–22 7

 III. Normatieve inhoud van artikel 24 23–70 8

 A. Artikel 24, lid 1 23–31 8

 B. Artikel 24, lid 2 32–70 9

 IV. Verplichtingen en verantwoordelijkheden 71–85 16

 A. Respecteer-, beschermings- en nakomingsverplichting van Staten die partij zijn bij het Verdrag 71–74 16

 B. Verantwoordelijkheden van non-gouvernementele actoren 75–85 17

 V. Internationale samenwerking 86–89 18

 VI. Kader voor implementatie en rekening en verantwoording 90–120 19

 A. Promoten van de kennis over het recht van het kind op gezondheid (art. 42) 93 19

 B. Wetgevende maatregelen 94–95 19

 C. Bestuur en coördinatie 96–103 20

 D. Investeren in de gezondheid van kinderen 104–107 21

 E. De handelingscyclus 108–118 22

 F. Rechtsmiddelen bij schending van het recht op gezondheid 119–120 24

 VII. Verspreiding 121 24

 I. Inleiding

1. Dit General Comment gaat uit van het belang dat de gezondheid van kinderen dient te worden benaderd vanuit het kinderrechtelijk perspectief dat alle kinderen recht hebben op mogelijkheden om te bestaan, te groeien en zich in lichamelijk, geestelijk en sociaal opzicht te ontwikkelen, waarbij ieder kind het maximale uit zichzelf haalt. In dit General Comment betekent “kind” ieder persoon die nog geen 18 is, in overeenstemming met artikel 1 van het Verdrag inzake de rechten van het kind (hierna “het Verdrag’’). Hoewel er sinds de aanname van het Verdrag voor kinderen grote stappen zijn gezet op het gebied van hun recht op gezondheid, blijven er nog genoeg uitdagingen over. Het Comité voor de Rechten van het Kind (hierna “het Comité”) erkent dat de meeste sterfgevallen, ziektegevallen en handicaps onder kinderen kunnen worden voorkomen door politieke betrokkenheid en toewijzing van voldoende middelen zodat de beschikbare kennis en technologieën in het kader van preventie, behandeling en zorg kunnen worden toegepast. Dit General Comment is opgesteld als leidraad voor de Staten die partij zijn bij het Verdrag en andere actoren met een (wettelijke) verplichting bij het respecteren, beschermen en verwezenlijken van het recht van het kind op het realiseren van de hoogst mogelijke mate van gezondheid (hierna “het recht van het kind op gezondheid”).
2. Het Comité geeft aan het recht van het kind op gezondheid zoals gedefinieerd in artikel 24 de uitleg dat het een inclusief recht is, dat niet alleen tijdige en passende preventie, gezondheidsbevordering, genezing, revalidatie en palliatieve zorg omvat, maar ook het recht om (op) te groeien en zich zoveel mogelijk te ontwikkelen en te leven in omstandigheden waarin zij de hoogst mogelijke mate van gezondheid kunnen bereiken dankzij de implementatie van programma's waarmee de voor hun gezondheid bepalende onderliggende factoren aangepakt worden. Bij een holistische benadering van gezondheid valt het recht van het kind op gezondheid binnen het bredere kader van de internationale mensenrechtenverplichtingen.
3. Het Comité richt dit General Comment tot een aantal betrokkenen die werken op het terrein van kinderrechten en volksgezondheid, zoals beleidsmakers, activisten en de uitvoerders van programma's, maar ook ouders en kinderen. Het is uitdrukkelijk algemeen gehouden zodat de relevantie zich uitstrekt tot een breed scala aan gezondheidsproblemen bij kinderen, gezondheidssystemen en de verschillende kaders in de verschillende landen en regio's duidelijk wordt. Het richt zich vooral op artikel 24, lid 1 en 2, en gaat verder in op artikel 24, lid 4.[[2]](#footnote-3) Bij de implementatie van artikel 24 dient rekening gehouden te worden met alle mensenrechtenbeginselen, en dan met name de leidende beginselen van het Verdrag, en dat artikel dient vorm te krijgen aan de hand van normen en bewezen best practices in de volksgezondheid.
4. In het Statuut van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) hebben Staten afgesproken dat gezondheid een staat van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn is, en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebrek.[[3]](#footnote-4) Deze positieve gezondheidsidee levert de volksgezondheidsbasis op voor het huidige General Comment. In artikel 24 wordt uitdrukkelijk gesproken over eerstelijnsgezondheidszorg, een benadering die is gedefinieerd in de Verklaring van Alma-Ata[[4]](#footnote-5)en onderschreven door de Wereldgezondheidsvergadering.[[5]](#footnote-6) Daarbij ligt de nadruk op de noodzaak om uitsluiting volledig uit te bannen en verschillen in gezondheid op basis van sociale status te verkleinen; de organisatie van gezondheidszorg rond de behoeften en verwachtingen van mensen; de integratie van gezondheid in aanverwante sectoren; het streven naar samenwerking in de dialoog over beleid; en meer medezeggenschap van belanghebbenden, waaronder de vraag naar en het juiste gebruik van zorg.
5. Er is een veelheid aan factoren die de gezondheid van kinderen beïnvloeden; vele daarvan zijn in de afgelopen 20 jaar veranderd, en dat zal in de toekomst waarschijnlijk ook zo gaan. Hieronder valt de aandacht die besteed wordt aan nieuwe gezondheidsproblemen en veranderende prioriteiten op het gebied van gezondheid, zoals: Hiv/aids, pandemische griep, niet-besmettelijke ziekten, het belang van geestelijke gezondheidszorg, zuigelingenzorg, mortaliteit van pasgeborenen en adolescenten; beter inzicht in de factoren die bijdragen aan overlijden, ziekte en handicaps bij kinderen, waaronder structurele bepalende factoren, zoals de economische en financiële situatie in de wereld, armoede, werkloosheid, migratie en ontheemde bevolkingsgroepen, oorlog en burgerlijke onrust, discriminatie en marginalisatie. Ook groeit het inzicht in de invloed van klimaatverandering en snelle urbanisatie op de gezondheid van het kind; de ontwikkeling van nieuwe technologieën, zoals vaccins en medicijnen; een steviger bewijs voor effectief biomedische, gedragsmatige en structurele interventies, en enkele culturele gebruiken in verband met de opvoeding waarvan bewezen is dat deze een positieve invloed op kinderen hebben.
6. De opmars in de informatie- en communicatietechnologie creëert ook weer nieuwe kansen en problemen om het recht van het kind op gezondheid te realiseren. Ondanks de extra middelen en technologieën die nu binnen de gezondheidszorg beschikbaar zijn, hebben kinderen in veel landen nog steeds geen universele toegang tot basisvoorzieningen op het gebied van gezondheidsbevordering, preventie en behandeling. Om het recht van het kind op gezondheid volledig gerealiseerd te krijgen, is de betrokkenheid van een breed scala aan actoren met een (wettelijke) verplichting nodig, en dient de centrale rol die ouders en verzorgers daarbij spelen beter (h)erkend wordt. Er dienen relevante belanghebbenden bij gehaald te worden, waarbij gewerkt wordt op nationaal, regionaal, provinciaal en gemeentelijk niveau, waaronder partners binnen en buiten de overheid, de particuliere sector en geldverstrekkers. Staten dienen ervoor te zorgen dat alle actoren met een (wettelijke) verplichting zich voldoende bewust zijn van hun verplichtingen en verantwoordelijkheden, deze kennen en in staat zijn daaraan te voldoen, en dat kinderen zich voldoende kunnen ontwikkelen zodat zij hun recht op gezondheid kunnen opeisen.

 II. Beginselen en uitgangspunten voor het recht van het kind op het realiseren van de grootst mogelijke mate van gezondheid

 A. De ondeelbaarheid en onderlinge afhankelijkheid van de rechten van het kind

1. In het Verdrag wordt erkend dat alle (burger-, politieke, economische, sociale en culturele) rechten die alle kinderen in staat stellen hun geestelijke en lichamelijke vaardigheden, persoonlijkheid en talenten zoveel mogelijk te ontwikkelen, van elkaar afhangen en allemaal even belangrijk zijn. Niet alleen is het recht van het kind op gezondheid op zichzelf belangrijk, maar ook de verwezenlijking van dat recht is onmisbaar om te kunnen genieten van alle andere in het Verdrag opgenomen rechten. Bovendien hangt het realiseren van het recht van het kind op gezondheid af van de verwezenlijking van een groot aantal andere in het Verdrag genoemde rechten.

 B. Verbod op discriminatie

1. Om het recht van het kind op gezondheid volledig te verwezenlijken, dienen Staten die partij zijn, ervoor te zorgen dat de gezondheid van kinderen niet wordt geschaad door discriminatie, wat een belangrijke factor is die bijdraagt aan kwetsbaarheid. Een aantal gronden waarop discriminatie verboden is verklaard staan vermeld in artikel 2 van het Verdrag; dit zijn onder meer ras, huidskleur, geslacht, taal, godsdienst, politieke of andere overtuiging, nationale, etnische of sociale herkomst, vermogen, handicap, geboorte of andere status van het kind, de ouder(s) en/of voogd(en). Hieronder vallen ook seksuele geaardheid, genderidentiteit en gezondheidstoestand, bijv. hiv-besmetting of psychische problemen.[[6]](#footnote-7) Er dient ook aandacht te worden gegeven aan andere vormen van discriminatie die de gezondheid van het kind kunnen schaden, en de gevolgen van discriminatie op meerdere gronden tegelijk dienen ook aangepakt te worden.
2. Vooral gendergerelateerde discriminatie is alomtegenwoordig, en heeft veel verschillende gevolgen, variërend van het doden van baby's/foetussen van het vrouwelijk geslacht tot discriminatie bij het voeden van baby's en jonge kinderen, stereotypering op basis van gender en toegang tot voorzieningen. Er dient aandacht te worden besteed aan de verschillende behoeften van jongens en meisjes, en de invloed van gendergerelateerde sociale normen en waarden op de gezondheid en ontwikkeling van jongens en meisjes. Ook dient er aandacht te worden besteed aan schadelijke gendergerelateerde praktijken, en gedragsnormen die in traditie en lokale gebruiken ingebed zijn, en die afbreuk doen aan het recht van zowel jongens als meisjes op gezondheid.
3. Alle beleid en programma's die van invloed zijn op de gezondheid van kinderen dienen te worden verankerd in een ruime benadering van gendergelijkheid zodat de deelname van jonge vrouwen in alle politieke geledingen gewaarborgd is; dat hun sociale en economische positie wordt versterkt; erkenning van gelijke rechten met betrekking tot seksuele gezondheid en voortplanting; en gelijke toegang tot voorlichting, onderwijs, justitie en veiligheid, waaronder de uitbanning van iedere vorm van seksueel en gendergerelateerd geweld.
4. Voor kinderen in achterstandssituaties en achtergebleven gebieden dient extra moeite te worden gedaan om hun recht op gezondheid tot stand te brengen. Staten dienen op landelijk en onderliggende niveaus vast te stellen door welke factoren kinderen kwetsbaar worden of bepaalde groepen kinderen achterop raken. Deze factoren dienen te worden aangepakt bij het ontwikkelen van wet- en regelgeving, beleid, programma's en voorzieningen voor de gezondheid van kinderen, waarbij wordt gestreefd naar rechtvaardigheid.

 C. De belangen van het kind

1. In het eerste lid van artikel 3 van het Verdrag is de verplichting aan publieke en private welzijnsinstellingen, gerechtelijke instellingen, bestuursrechtelijke organen en wetgevende lichamen opgelegd dat de belangen van het kind worden meegewogen en primair worden mee-overwogen bij alle optreden dat van invloed is op kinderen. In alle gezondheidsgerelateerde besluiten over individuele kinderen of groepen kinderen dient men zich hieraan te houden. De belangen van afzonderlijke kinderen dienen te worden gebaseerd op hun lichamelijke, psychische, sociale en onderwijsbehoeften, leeftijd, geslacht, relatie met ouders en verzorgers, en hun gezins- en sociale achtergrond, en na het horen van hun mening ingevolge artikel 12 van het Verdrag.
2. Het Comité dringt er bij Staten op aan om de belangen van kinderen centraal te stellen bij alle besluiten die van invloed zijn op hun gezondheid en ontwikkeling, waaronder de verdeling van middelen, en de ontwikkeling en invoering van beleid en interventies die van invloed zijn op de onderliggende factoren die hun gezondheid mede bepalen. Zo dient het belang van het kind:
3. een leidraad te zijn voor behandelopties. Voorzover dat haalbaar is, dient dit zwaarder te wegen dan economische overwegingen;
4. een uitgangspunt te zijn bij het vinden van een oplossing waar het belang van ouders strijdig is met dat van gezondheidswerkers; en
5. van invloed te zijn op de beleidsvorming waarbij maatregelen die een belemmering vormen voor de fysieke en sociale omgeving waarin kinderen leven, opgroeien en zich ontwikkelen gereguleerd worden.
6. Het Comité benadrukt het belang van het kind als basis voor alle besluitvorming over het geven, onthouden of beëindigen van behandelingen voor alle kinderen. Staten dienen procedures en criteria te ontwikkelen die als leidraad dienen voor gezondheidswerkers bij de beoordeling van het belang van het kind op het gebied van gezondheid, naast andere formele, bindende processen die er bestaan om vast te stellen wat in het belang van het kind is. Het Comité heeft in zijn General Comment Nr. 3[[7]](#footnote-8) onderstreept dat er alleen adequate maatregelen kunnen worden getroffen om het hiv/aidsprobleem aan te pakken als de rechten van kinderen en adolescenten volledig worden geëerbiedigd. Het belang van het kind is daarom leidend voor de aandacht voor hiv/aids op ieder niveau, van preventie en behandeling tot zorg en ondersteuning.
7. In zijn General Comment Nr. 4 onderstreept het Comité het belang van het kind om toegang tot passende voorlichting over gezondheidskwesties te hebben.[[8]](#footnote-9) Er dient speciale aandacht besteed te worden aan bepaalde categorieën kinderen, waaronder kinderen en adolescenten met psychosociale beperkingen. Wanneer opname in een ziekenhuis of een instelling wordt overwogen, dient hierover beslist te worden aan de hand van het belang van het kind, waarbij primair geldt dat het van belang is voor alle kinderen met handicaps om zoveel mogelijk binnen hun eigen gemeenschap in een gezinssituatie verzorgd te worden, (bij voorkeur in hun eigen gezin) waarbij dat gezin en het kind de nodige ondersteuning krijgen.

 D. Recht op leven, voortbestaan en ontwikkeling en de factoren die bepalend zijn voor de gezondheid van het kind

1. In artikel 6 wordt benadrukt dat de Staten die partij zijn, het voortbestaan, de groei en ontwikkeling van het kind, inclusief de lichamelijke, geestelijke, morele, spirituele en sociale dimensies daarvan, dienen veilig te stellen. De vele risico's en beschermingsfactoren die ten grondslag liggen aan het leven, voortbestaan, de groei en ontwikkeling van het kind dienen systematisch te worden vastgesteld zodat er interventies op basis van bewijs kunnen worden ontwikkeld en geïmplementeerd die zich richten op een breed scala aan factoren die gedurende de levensloop bepalend zijn.
2. Het Comité erkent dat met een aantal bepalende factoren rekening dient te worden gehouden om het recht van het kind op gezondheid te realiseren; dat betreft onder meer individuele factoren zoals leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, sociaaleconomische status en woonplaats; bepalende factoren die effect hebben op de directe omgeving van het gezin, leeftijdgenoten, docenten en dienstverleners, in het bijzonder geweld als onderdeel van hun onmiddellijke omgeving waardoor het leven en voortbestaan van kinderen bedreigd wordt; en structurele factoren, zoals beleid, bestuursstructuren en -systemen, sociale en culturele normen en waarden.[[9]](#footnote-10)
3. Tot de belangrijkste factoren die de gezondheid, voeding en ontwikkeling van het kind bepalen zijn de realisatie van het recht van de moeder op gezondheid[[10]](#footnote-11) en de rol van ouders en andere verzorgers. Een fors aantal kinderen sterft vlak na de geboorte; dat heeft te maken met de slechte gezondheid van de moeder voor en tijdens de zwangerschap en de periode direct na de geboorte, en met suboptimale borstvoeding. De gezondheid en het daaraan gerelateerde gedrag van ouders en andere belangrijke volwassenen zijn van grote invloed op de gezondheid van het kind.

 E. Recht van het kind om gehoord te worden

1. In artikel 12 wordt benadrukt hoe belangrijk medezeggenschap van kinderen is, waarbij kinderen hun visie kunnen geven en die visie serieus genomen wordt, naar gelang hun leeftijd en mate van volwassenheid.[[11]](#footnote-12) Hieronder vallen hun visie over alle aspecten van gezondheidsvoorzieningen, zoals, bijvoorbeeld, welke voorzieningen er nodig zijn, hoe en waar die het beste beschikbaar kunnen zijn, welke drempels er zijn bij de toegang of het gebruik van voorzieningen, wat de kwaliteit van de voorzieningen is en de houding van gezondheidswerkers, hoe kinderen beter in staat gesteld kunnen worden om meer verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid en ontwikkeling te nemen, en hoe zij effectiever betrokken kunnen worden bij het verlenen van diensten zoals voorlichting geven aan leeftijdgenoten. Staten worden gestimuleerd om regelmatig met kinderen te overleggen, rekening houdend met hun leeftijd en mate van volwassenheid, en onderzoek te doen waarbij kinderen betrokken zijn, een en ander los van hun ouders, zodat ze kunnen horen wat hun problemen, behoeften en verwachtingen op het gebied van gezondheid zijn; deze informatie kan worden gebruikt bij de ontwikkeling van doeltreffende interventies en gezondheidsprogramma's.

 F. Ontplooiing en levensloop van het kind

1. De kindertijd is een periode van constante groei, vanaf de geboorte tot en met de adolescentie. Elke fase is betekenisvol, aangezien zich belangrijke veranderingen voordoen in de lichamelijke, geestelijke, emotionele, en sociale ontwikkeling, verwachtingen en normen. De ontwikkelingsstadia van het kind volgen elkaar op, en elk nieuwe stadium heeft zijn weerslag op de latere stadia, en is van invloed op de gezondheid en het potentieel van kinderen, de risico's die zij lopen en de kansen die zij hebben. Inzicht in de levensloop is essentieel om te begrijpen hoe problemen met de gezondheid in de jeugd van negatieve invloed zijn op de volksgezondheid in het algemeen.
2. Het Comité erkent dat de ontplooiing van kinderen verband houdt met de mate waarin zij onafhankelijk beslissingen kunnen nemen over hun gezondheid. Het merkt ook op dat er vaak ernstige verschillen bestaan tussen autonome besluitvorming, waarbij met name voor discriminatie vatbare kinderen vaak minder in staat zijn om autonoom beslissingen te nemen. Het is van wezenlijk belang dat er ondersteunend beleid is en dat kinderen, ouders en gezondheidswerkers adequaat voorgelicht worden over hun recht op (het geven of onthouden van) toestemming, goedkeuring en geheimhouding.
3. Om te reageren op en inzicht te krijgen in de ontplooiing van kinderen en verschillende gezondheidsgerelateerde prioriteiten in de diverse levensfasen dienen verzamelde en geanalyseerde gegevens te worden uitgesplitst naar leeftijd, geslacht, handicap, geografische locatie, sociaaleconomische status en sociaal-culturele aspecten, in overeenstemming met internationale normen. Daarmee kunnen er passende beleidsregels en interventies worden gepland, ontwikkeld, ingevoerd en gevolgd, rekening houdend met de mettertijd veranderende vaardigheden en behoeften van kinderen, en daarmee kan worden bijgedragen aan relevante gezondheidsvoorzieningen voor alle kinderen.

 III. Normatieve inhoud van artikel 24

 A. Artikel 24, lid 1

 “Staten die partij zijn, erkennen het recht van het kind op het genot van de grootst mogelijke mate van gezondheid”

1. Bij het idee van “de grootst mogelijke mate van gezondheid” wordt rekening gehouden met de biologische, sociale, culturele en economische voorwaarden van het kind én de beschikbare middelen van de Staat, aangevuld met middelen afkomstig uit andere bronnen zoals non-gouvernementele organisaties, de internationale gemeenschap en particuliere sector.
2. Het recht op gezondheid van kinderen omvat een set rechten en vrijheden. Tot die vrijheden, die in belang toenemen naarmate kinderen groter en ouder worden, behoren het recht op zeggenschap over hun gezondheid en lichaam, waaronder seksuele vrijheid en reproductieve rechten, om verantwoorde keuzes te maken. Tot die rechten behoort de toegang tot een scala aan voorzieningen, goederen, diensten en voorwaarden waarmee elk kind gelijke kansen krijgt om de grootst mogelijke mate van gezondheid te bereiken.

 “en op voorzieningen voor de behandeling van ziekte en het herstel van de gezondheid”

1. Kinderen hebben het recht op kwalitatief hoogwaardige gezondheidsvoorzieningen, waaronder preventie, gezondheidsbevordering, behandeling, revalidatie en palliatieve zorg. Op eerstelijnsniveau dienen deze voorzieningen kwalitatief en kwantitatief in voldoende mate voorhanden te zijn, binnen het fysieke en financiële bereik van alle lagen van de jeugd, en functioneel en aanvaardbaar voor allen. De gezondheidszorg dient niet alleen ondersteuning op dat vlak te bieden, maar ook informatie aan de relevante autoriteiten in geval van schending van rechten en onrechtvaardige situaties. Waar mogelijk dient ook tweedelijns- en derdelijnszorg beschikbaar te zijn, met een functioneel verwijzingssysteem waarmee gemeenschappen en gezinnen gekoppeld worden aan alle niveaus van gezondheidszorg.
2. Naast inspanningen binnen de gemeenschap met bewezen effect dienen uitgebreide eerstelijnsgezondheidsprogramma's geleverd te worden, waaronder preventieve zorg, de behandeling van specifieke ziekten en interventies op voedingsgebied. Tot interventies op gemeenschapsniveau behoren onder meer dat de gemeenschap van informatie, diensten en goederen wordt voorzien, en dat ziekte en letsel wordt voorkomen door, onder meer, te investeren in veiligheid in de openbare ruimte, in verkeersveiligheid en voorlichting over het voorkomen van letsel, ongevallen en geweld.
3. Staten dienen te zorgen voor voldoende goed opgeleide arbeidskrachten om de gezondheidsvoorzieningen voor alle kinderen te dragen. Adequate regulering, toezicht, beloning en voorwaarden voor de voorzieningen zijn ook vereist, ook voor gezondheidswerkers binnen de gemeenschap. Met activiteiten waarbij vaardigheden worden ontwikkeld dient men te waarborgen dat de hulpverleners oog voor kinderen hebben en hun geen voorzieningen ontzeggen waar ze wettelijk recht op hebben. Ook dienen daarvoor verantwoordingsmechanismes te worden opgenomen, zodat de kwaliteit steeds geborgd is.

 “Staten die partij zijn, streven ernaar te waarborgen dat geen enkel kind zijn of haar recht op toegang tot deze voorzieningen voor gezondheidszorg wordt onthouden"

1. Het eerste lid van artikel 24 legt een zware verplichting op aan de Staten die partij zijn, die ervoor dienen te zorgen dat gezondheids- en andere relevante voorzieningen beschikbaar en toegankelijk zijn voor alle kinderen, met speciale aandacht voor achtergebleven gebieden en bevolkingsgroepen. Dat vraagt om uitgebreide eerstelijnsgezondheidszorg, een bijbehorend juridisch kader en voortdurende aandacht voor de onderliggende factoren die bepalend zijn voor de gezondheid van het kind.
2. Er dient vastgesteld te worden waardoor kinderen geen toegang tot gezondheidszorg hebben, zoals financiële, institutionele en culturele obstakels; vervolgens dienen deze weggenomen te worden. Universele gratis aangifte van iedere geboorte is een randvoorwaarde, en socialezekerheidsmaatregelen met het oog op bescherming, zoals kinderbijslag of geboortetoeslagen, contante uitkeringen en betaald ouderschapsverlof dienen te worden geïmplementeerd en beschouwd als aanvullende investeringen.
3. Gezond gedrag krijgt vorm door de omgeving waarin dat getoond wordt, zoals de beschikbaarheid van voorzieningen, de mate waarin men weet wat een gezond leven is, levensvaardigheden en waarden. Staten dienen te zorgen voor een gunstig klimaat waarin gezond gedrag van ouders en kinderen wordt gestimuleerd.
4. In overeenstemming met hun ontwikkeling dienen kinderen toegang te hebben tot advies en begeleiding in een vertrouwelijke setting, zonder dat de instemming van de ouder of voogd nodig is, indien dit, naar het oordeel van de beroepsbeoefenaar die het kind voor zich heeft, in het belang van dat kind is. Staten dienen wetgevende procedures uit te leggen waarbij passende verzorgers worden toegewezen aan kinderen zonder ouders of voogd, die namens het kind toestemming kunnen geven of het kind in dat proces kunnen helpen, afhankelijk van de leeftijd en mate van volwassenheid van dat kind. Staten dienen te overwegen om kinderen zelf toestemming te laten geven voor bepaalde medische behandelingen en ingrepen zonder toestemming van hun ouder, voogd of verzorger, zoals een hiv-test en voorzieningen op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid, waaronder voorlichting en begeleiding op het gebied van seksuele gezondheid, voorbehoedsmiddelen en veilige abortus.

 A. Artikel 24, lid 2

1. Overeenkomstig het bepaalde in lid 2 van artikel 24 dienen Staten een proces in te richten waarmee andere zaken die relevant zijn voor het recht van het kind op gezondheid kunnen worden vastgesteld en aangepakt. Dit vraagt onder meer een diepgaande analyse van de huidige gezondheidsproblemen wat betreft de hoogste prioriteit (en de antwoorden daarop), en de vaststelling en implementatie van bewezen interventies en beleid die inspelen op belangrijke bepalende factoren en gezondheidsproblemen, waar van toepassing in overleg met kinderen.

 Artikel 24, lid 2 sub a. “Om baby- en kindersterfte te verminderen”

1. Staten hebben een plicht om kindersterfte te verminderen. Het Comité vraagt specifiek aandacht voor sterfte onder pasgeborenen, dat een steeds groter deel van de sterfgevallen onder de 5 vormt. Daarnaast dienen Staten die partij zijn, ook de morbiditeit en mortaliteit onder adolescenten aan te pakken; dat krijgt over het algemeen te weinig prioriteit.
2. Tot interventies behoren aandacht voor doodgeboren kinderen, complicaties bij te vroeg geboren kinderen, zuurstofgebrek tijdens de geboorte, kinderen met een te laag geboortegewicht, overdracht van hiv en andere soa's van moeder op kind, infecties bij pasgeborenen, longontsteking, diarree, mazelen, ondervoeding c.q. slechte voeding, malaria, ongelukken, geweld, en suïcide, morbiditeit en mortaliteit bij tienermoeders. Daarbij wordt aanbevolen om gezondheidszorgsystemen te versterken waarmee die interventies beschikbaar komen voor alle kinderen in het kader van het continuüm aan zorg bij voortplanting, de gezondheid van moeders, pasgeborenen en kinderen, zoals onder meer onderzoek naar geboorteafwijkingen, veilige bevallingspraktijken en zorg voor pasgeborenen. In het kader van preventie en verantwoording dienen er regelmatig cijfers bijgehouden te worden met betrekking tot moedersterfte en perinatale sterfte.
3. Staten dienen vooral nadruk te leggen op het opschalen van eenvoudige, veilige en goedkope interventies die bewezen doeltreffend zijn, zoals de behandeling van longontsteking, diarree en malaria binnen de gemeenschap, en dienen met name aandacht te besteden aan de volledige bescherming en bevordering van borstvoeding.

 Artikel 24, lid 2 sub b. “om de verlening van de nodige medische hulp en gezondheidszorg aan alle kinderen te waarborgen, met nadruk op de ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg”

1. Staten dienen het tot prioriteit te maken dat kinderen overal ter wereld zo dicht mogelijk bij huis, bij voorkeur binnen de gemeenschap, toegang hebben tot eerstelijnsgezondheidszorg. Hoewel de exacte opzet en inhoud van de voorzieningen per land verschilt, is er in alle gevallen effectieve gezondheidszorg nodig; dat omvat mede een stevig financieringsmechanisme, goed opgeleide en behoorlijk betaalde arbeidskrachten, betrouwbare informatie op basis waarvan besluiten genomen kunnen worden en beleid gemaakt kan worden, goed onderhouden voorzieningen en logistieke systemen om kwalitatief goede geneesmiddelen en -technologieën te leveren, en sterk leiderschap en bestuur. Gezondheidszorg op scholen biedt een belangrijke gelegenheid voor gezondheidsbevordering en om te screenen op ziekten, en vergroot de toegankelijkheid ervan voor schoolgaande kinderen.
2. Er dient gebruik gemaakt te worden van aanbevolen pakketten met voorzieningen, zoals Essentiële Interventies, Goederen en Richtlijnen voor reproductieve gezondheid en de gezondheid van moeders, pasgeborenen en andere kinderen.[[12]](#footnote-13) Staten hebben een plicht om ervoor te zorgen dat alle essentiële geneesmiddelen op de WHO-Modellijst van Essentiële Geneesmiddelen, inclusief de lijst voor kinderen (zo mogelijk aangepast aan kinderen) beschikbaar, toegankelijk en betaalbaar zijn.
3. Het Comité is bezorgd over de toename van psychische problemen bij adolescenten, waaronder ontwikkelings- en gedragsstoornissen, depressies, eetstoornissen, angststoornissen, psychologische trauma's als gevolg van misbruik, verwaarlozing, geweld of uitbuiting, alcohol-, tabaks- en drugsgebruik, obsessief gedrag, zoals overmatig gebruik van en verslaving aan internet en andere technologieën, automutilatie en zelfmoord. Er wordt in toenemende mate onderkend dat er meer aandacht nodig is voor gedragsmatige en sociale vraagstukken die de geestelijke gezondheid, het psychosociale welzijn en de emotionele ontwikkeling van kinderen ondermijnen. Het Comité waarschuwt voor overmedicalisering en institutionalisering, en dringt er bij Staten op aan om een benadering op basis van volksgezondheid en psychosociale ondersteuning te kiezen om zodoende de psychische problemen bij kinderen en adolescenten aan te pakken en te investeren in eerstelijnszorg waarmee de vroegtijdige opsporing en behandeling van kinderen met psychosociale, emotionele en psychische problemen makkelijker wordt.
4. Staten hebben de verplichting om adequate behandel- en revalidatievoorzieningen voor kinderen met psychische en psychosociale stoornissen te bieden, zodat onnodig gebruik van medicatie achterwege kan blijven. In het door de Wereldgezondheidsvergadering in 2012 genomen besluit over de mondiale last van psychische stoornissen en de noodzaak voor een alomvattende gecoördineerde aanpak uit de gezondheidszorg en maatschappelijke zorg op nationaal niveau[[13]](#footnote-14) wordt opgemerkt dat er steeds meer bewijs is dat interventies die de geestelijke gezondheid bevorderen en psychische stoornissen (en dan vooral bij kinderen) voorkómen, doeltreffend en rendabel zijn. Het Comité stimuleert Staten sterk om deze interventies op grotere schaal in te zetten door ze gangbaarder te maken via beleidslijnen en programma's op verschillende terreinen, waaronder gezondheid, onderwijs en bescherming (strafrecht), waarbij het gezin en de gemeenschap betrokken is. Er dient voor kinderen die vanwege hun gezinsachtergrond en sociale omgeving risico lopen speciale aandacht te komen zodat zij beter leren omgaan met de problemen in hun leven en er een beschermend en ondersteunend klimaat bevorderd wordt.
5. Er dient onderkend te worden dat er specifieke opgaven zijn met betrekking tot de gezondheid van kinderen die slachtoffer zijn geworden van een humanitaire ramp, waaronder de enorme hoeveelheid ontheemden, vanwege natuurrampen of door mensen veroorzaakte rampen. Men dient alle mogelijke maatregelen te treffen om kinderen ononderbroken toegang tot gezondheidszorg te geven, hen met hun familie te herenigen en te beschermen, niet alleen in lichamelijke zin door hen te voorzien van bijvoorbeeld voeding en schoon water, maar ook door speciale ouderlijke of psychosociale zorg te stimuleren om angst en trauma's te voorkomen c.q. te verhelpen.

 Artikel 24, lid 2 sub c. “om ziekte, ondervoeding en slechte voeding te bestrijden, mede binnen het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg, door onder andere het toepassen van gemakkelijk beschikbare technologie en door het voorzien in voedsel met voldoende voedingswaarde en schoon drinkwater, de gevaren en risico's van milieuverontreiniging in aanmerking nemend”

 (a) De toepassing van direct beschikbare technologie

1. Naargelang er steeds nieuwe, bewezen technologieën beschikbaar komen op het gebied van gezondheidszorg voor kinderen, waaronder medicijnen, apparatuur en interventies, dienen Staten deze in beleid en voorzieningen te introduceren. Mobiele regelingen en inspanningen in de gemeenschap kunnen sommige risico's aanzienlijk verkleinen, en zouden universeel beschikbaar moeten zijn. Dit betreft onder meer: immunisatie tegen de meest voorkomende kinderziekten, controle op groei en ontwikkeling, vooral in de eerste levensjaren, vaccinatie tegen HPV voor meisjes, tetanusinjecties voor zwangere vrouwen, toegang tot rehydratievloeistof en zinksuppletie bij de behandeling van diarree, essentiële antibiotica en antivirale geneesmiddelen, supplementen van micronutriënten zoals vitamine A en D, jodiumhoudend zout en ijzersupplementen, en condooms. Gezondheidswerkers dienen ouders te adviseren over manieren waarop ze deze simpele middelen kunnen verkrijgen en, waar nodig, over de wijze van toediening.
2. De particuliere sector, waaronder ondernemingen en organisaties zonder winstoogmerk die van invloed zijn op de gezondheid, neemt een steeds prominentere rol in bij de ontwikkeling en verfijning van technologieën, geneesmiddelen, apparatuur, interventies en processen die sterk kunnen bijdragen aan een betere gezondheid van kinderen. Staten dienen ervoor te zorgen dat de voordelen daarvan terecht komen bij alle kinderen die daar behoefte aan hebben. Staten kunnen ook publiek-private samenwerkingen en duurzaamheidsinitiatieven stimuleren waarmee de toegang en betaalbaarheid van gezondheidstechnologie verbeterd kan worden.

 (b) Het verstrekken van voldoende voedzame levensmiddelen

1. Afhankelijk van de specifieke context dienen er maatregelen te worden getroffen zodat Staten voldoen aan hun verplichtingen om te zorgen voor toegang tot voedzame, veilige en bij de cultuur passende levensmiddelen[[14]](#footnote-15) en voor terugdringing van ondervoeding. Onder effectieve directe voedingsinterventies voor zwangere vrouwen vallen de aanpak van bloedarmoede en tekort aan foliumzuur en jodium, en het verstrekken van calciumsupplementen. Preventie en behandeling van (pre)eclampsia dient geborgd te zijn voor alle vrouwen in de vruchtbare leeftijd, zodat hun eigen gezondheid daar van profiteert en de gezonde ontwikkeling van de foetus en pasgeborene veiliggesteld is.
2. Volledige borstvoeding aan baby's tot 6 maanden dient te worden beschermd en bevorderd en, waar mogelijk, ook voortzetting van de borstvoeding, naast geschikte aanvullende voedingsmiddelen, totdat het kind twee jaar is. De verplichtingen van de Staten op dit gebied zijn gedefinieerd in het kader van “beschermen, bevorderen en ondersteunen”, dat unaniem door de Wereldgezondheidsvergadering is aangenomen.[[15]](#footnote-16) Staten zijn verplicht om internationaal overeengekomen normen voor het recht van het kind op gezondheid, (inclusief de Internationale Code voor het Vermarkten van Alternatieven voor Borstvoeding en de daarop volgende besluiten van de Wereldgezondheidsvergadering, alsmede de WHO-Kaderovereenkomst inzake de bestrijding van het tabaksgebruik) in nationale wetgeving op te nemen, te implementeren en toezicht te houden op de naleving ervan. Er dienen speciale maatregelen getroffen te worden waarmee de steun voor moeders binnen de gemeenschap en op het werk in verband met zwangerschap en borstvoeding, evenals haalbare en betaalbare kinderopvang, wordt bevorderd; dat geldt tevens voor de naleving van Verdrag Nr. 183 (2000) van de Internationale Arbeidsorganisatie inzake de herziening van het Verdrag ter bescherming van moederschap (herzien), 1952.
3. Het is met name belangrijk dat kinderen in de eerste jaren voldoende voeding krijgen en hun groei gecontroleerd wordt. Waar nodig dienen naast integrale controle op ernstige en acute ondervoeding ook interventies binnen de gemeenschap en binnen instellingen plaats te vinden, en dient acute matige ondervoeding te worden behandeld, onder meer met medische voedingsinterventies.
4. Schoolmaaltijden zijn gewenst zodat alle leerlingen één volledige maaltijd per dag ontvangen; bovendien kunnen leerlingen zich op school ook beter concentreren en kan het ervoor zorgen dat er meer kinderen naar school gaan. Het Comité adviseert dit te combineren met voorlichting over voeding en gezondheid, waaronder de aanleg van schooltuintjes en training van leerkrachten ter verbetering van de voeding en gezonde eetgewoonten van kinderen.
5. Staten dienen ook obesitas bij kinderen aan te pakken, aangezien dat in verband gebracht wordt met hoge bloeddruk, vroegtijdige tekenen van hart- en vaatziekten, insulineresistentie, psychologische effecten, en een hogere kans op zwaarlijvigheid als volwassene, en voortijdig overlijden. De blootstelling van kinderen aan fastfood (dat veel vet, suiker of zout en weinig goede voedingsstoffen bevat maar wel calorierijk is), en aan drankjes met veel cafeïne of andere mogelijk schadelijke stoffen dient beperkt te worden. Er dient toezicht te worden gehouden op de marketing van deze middelen – vooral wanneer deze op kinderen gericht is – en controle op de beschikbaarheid op school en andere locaties.

 (c) Het verstrekken van schoon drinkwater

1. Veilig en schoon drinkwater, afvalverwerking en riolering zijn essentieel om volledig van het leven en alle andere mensenrechten te kunnen genieten.[[16]](#footnote-17) De nationale en lokale overheidsorganen met de verantwoordelijkheid voor water, afvalverwerking en riolering dienen te erkennen dat zij verplicht zijn kinderen te helpen hun recht op gezondheid te realiseren, en dienen actief rekening te houden met aanwijzingen van ondervoeding, diarree en andere watergerelateerde ziekten bij kinderen alsmede met de omvang van huishoudens, wanneer er plannen gemaakt worden voor de uitbreiding van de infrastructuur en onderhoud aan watervoorzieningen, en wanneer er beslist wordt over de hoeveelheid gratis water en de afsluiting van voorzieningen. Zelfs indien Staten water, afvalverwerking en riolering hebben geprivatiseerd zijn zij niet vrijgesteld van hun verplichtingen.

 (d) Milieuvervuiling

1. Staten dienen maatregelen te nemen om de gevaren en risico's van plaatselijke milieuvervuiling voor de gezondheid van kinderen in alle situaties aan te pakken. Voldoende huisvesting, met daarin een veilige kookvoorziening, een rookvrije omgeving, juiste ventilatie, effectieve afvalverwerking (inclusief zwerfvuil) uit de woning en onmiddellijke omgeving, de afwezigheid van schimmel en andere giftige stoffen, en hygiëne binnen het gezin zijn kernvereisten voor kinderen om gezond op te groeien en zich te ontwikkelen. Staten dienen toezicht te houden op de milieugevolgen van bedrijfsactiviteiten die afbreuk kunnen doen aan het recht van het kind op gezondheid, voedselveiligheid en toegang tot schoon drinkwater en riolering.
2. Het Comité wijst erop dat het milieu van belang is voor de gezondheid van kinderen, en dat dit meer betreft dan alleen milieuvervuiling. Met milieu-interventies dient onder meer klimaatverandering te worden aangepakt, aangezien dat een van de grootste bedreigingen is voor de gezondheid van het kind en verschillen daarin verergert. Staten dienen de zorgen van kinderen over hun gezondheid derhalve centraal te stellen bij hun aanpak van klimaatverandering.

 Artikel 24, lid 2 sub d. “om passende pre- en postnatale gezondheidszorg voor moeders te waarborgen”

1. Het Comité merkt op dat sterfte en morbiditeit bij moeders ernstige schendingen van de mensenrechten van vrouwen en meisjes vormen en een ernstige bedreiging voor hun eigen recht op gezondheid en dat van hun kinderen. Zwangerschap en bevalling zijn natuurlijke processen, met bekende gezondheidsrisico's die zowel met preventie als behandeling kunnen worden verkleind, mits ze vroegtijdig worden onderkend. Er kunnen zich tijdens de zwangerschap, bij de bevalling en in de ante- en postnatale periodes riskante situaties voordoen en die hebben op zowel korte als lange termijn invloed op de gezondheid en het welzijn van moeder en kind.
2. Het Comité stimuleert Staten om gezondheidsbenaderingen te kiezen met oog voor het kind in zijn specifieke ontwikkelingsfase zoals (a) het initiatief voor een babyvriendelijk ziekenhuis[[17]](#footnote-18) waar borstvoeding en verblijf van moeder en kind op één kamer worden beschermd, bevorderd en ondersteund; (b) kindvriendelijk gezondheidsbeleid gericht op de opleiding van gezondheidswerkers zodat zij kwalitatief goede diensten kunnen verlenen waarbij kinderen en hun gezinsleden zo min mogelijk angst ervaren en zo min mogelijk lijden; en (c) adolescentvriendelijke gezondheidsvoorzieningen waar de beroepsbeoefenaren en omgeving gastvrij zijn en oog hebben voor adolescenten, geheimhouding gerespecteerd wordt en voor adolescenten aanvaardbare zorg/advies gegeven wordt.
3. De zorg die vrouwen ontvangen voor, tijdens en na de zwangerschap heeft enorme gevolgen voor de gezondheid en ontwikkeling van hun kinderen. Voldoen aan de verplichting dat er universele toegang is tot een uitgebreid pakket aan interventies op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheidszorg hoort gebaseerd te zijn op het concept 'continuüm aan zorg', dus voordat een vrouw zwanger wordt, gedurende de zwangerschap, de bevalling en in de periode daarna. Tijdige en kwalitatief goede zorg in al deze stadia biedt goede mogelijkheden om te voorkomen dat een slechte gezondheid van de ene op de volgende generatie overgaat, en heeft grote invloed op de gezondheid van het kind gedurende zijn hele levensloop.
4. Zo dienen ten minste de volgende interventies in dit continuüm beschikbaar te zijn: essentiële ziektepreventie, gezondheidsbevordering en curatieve zorg, waaronder preventie van tetanus bij pasgeborenen, malaria tijdens de zwangerschap en aangeboren syfilis, voedingszorg, toegang tot voorlichting, informatie en voorzieningen op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid, onderwijs over gezond gedrag (bijv. met betrekking tot roken en drugsgebruik), zwangerschapsvoorbereiding, vroegtijdige onderkenning van en ingrijpen bij complicaties, veilige abortushulpverlening en nazorg, essentiële bevallingszorg, en preventie van de overdracht van hiv van moeder op kind, en zorg en behandeling van vrouwen en baby's met hiv. Na de bevalling mag de moeder, bij zorg aan haar of haar baby, niet onnodig van haar kind gescheiden worden.
5. Het Comité adviseert om in het pakket sociale beschermingsinterventies op te nemen: universele dekking of financiële toegang tot zorg, betaald ouderschapsverlof en andere sociale zekerheidsvoordelen, en wetgeving waarmee ongepaste marketing en bevordering van alternatieven voor borstvoeding aan banden wordt gelegd.
6. Gezien het hoge aantal tienerzwangerschappen wereldwijd en de extra daarmee gepaard gaande risico's van morbiditeit en mortaliteit dienen Staten ervoor te zorgen dat de gezondheidssystemen en -voorzieningen kunnen voldoen aan de specifieke behoeften van adolescenten op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid, waaronder gezinsplanning en veilige abortushulpverlening. Staten dienen ervoor te zorgen dat meisjes zelfstandig een weloverwogen beslissing kunnen nemen over hun reproductieve gezondheid. Discriminatie op grond van tienerzwangerschap, zoals verwijdering van school, dient verboden te worden en mogelijkheden voor verder leren dienen te worden gewaarborgd.
7. Aangezien jongens en mannen van wezenlijk belang zijn bij geboorteplanning, een gezonde zwangerschap en bevalling, dienen Staten mogelijkheden voor voorlichting, bewustwording en dialoog voor hen op te nemen in hun beleid en plannen voor seksuele, reproductieve en kindergezondheidszorg.

 Artikel 24, lid 2 sub e. “om te waarborgen dat alle geledingen van de samenleving, met name ouders en kinderen, worden voorgelicht over, toegang hebben tot onderwijs over, en worden gesteund in het gebruik van de fundamentele kennis van de gezondheid van en de voeding van kinderen, de voordelen van borstvoeding, hygiëne en sanitaire voorzieningen en het voorkomen van ongevallen”

1. De verplichtingen op grond van deze bepaling omvatten het verstrekken van informatie over gezondheid en ziekte, en ondersteuning bij het gebruik daarvan. Informatie over gezondheid en ziekte dient fysiek toegankelijk en begrijpelijk te zijn en te passen bij de leeftijd en het onderwijsniveau van het kind.
2. Kinderen hebben informatie en onderwijs nodig over alle gezondheidsaspecten zodat zij weloverwogen keuzes kunnen maken over hun levensstijl en toegang tot gezondheidszorg. Bij de informatie en voorlichting over zelfredzaamheid dient een breed scala aan gezondheidszaken aan de orde te komen, zoals: gezond eten en het bevorderen van lichamelijke oefening/activiteit, sporten en recreatie, het voorkomen van ongevallen en letsel, sanitaire voorzieningen, handen wassen en verdere lichaamsverzorging, en de gevaren van alcohol, tabak en geestverruimende middelen. Bij de voorlichting behoort passende informatie over het recht van het kind op gezondheid, de verplichtingen van overheden, en hoe en waar zij toegang hebben tot (informatie over gezondheid en) gezondheidszorg, en deze voorlichting dient aangeboden te worden als een vast element in het onderwijsprogramma, en verder via gezondheidszorgvoorzieningen en elders voor kinderen die niet naar school gaan. Informatiemateriaal over gezondheid dient in samenwerking met kinderen te worden ontwikkeld en via een breed scala aan openbare gelegenheden te worden verspreid.
3. In de voorlichting over seksuele en reproductieve gezondheid dient ook aandacht te zijn voor zelfbewustzijn en kennis over het lichaam (anatomische, fysiologische en emotionele aspecten), en deze dient toegankelijk te zijn voor alle kinderen, dus jongens en meisjes. Inhoud met betrekking tot seksuele gezondheid en welzijn, zoals informatie over lichamelijke veranderingen en het rijpingsproces, dient op zo'n manier te worden opgenomen en ontwikkeld dat kinderen daarmee kennis kunnen vergaren over reproductieve gezondheid en het voorkomen van gendergerelateerd geweld, en verantwoord seksueel gedrag kunnen aanleren.
4. Alle ouders, de verdere familie en andere verzorgers dienen via verschillende methoden apart of als groep te worden voorzien van informatie over de gezondheid van het kind. Dat kan bijvoorbeeld via gezondheidsklinieken, opvoedingslessen, folders, beroepsorganisaties, organisaties binnen de gemeenschap en de media.

 Artikel 24, lid 2 sub f. “om preventieve gezondheidszorg, begeleiding voor ouders, en voorzieningen voor en voorlichting over gezinsplanning te ontwikkelen”

 (a) Preventieve gezondheidszorg

1. Bij preventie en gezondheidsbevordering dient het te gaan over de belangrijkste gezondheidsproblemen bij kinderen in de gemeenschap en het land als geheel. Tot deze problemen behoren ziekten en andere gezondheidsproblemen, zoals ongevallen, geweld, alcohol- en drugsgebruik en psychische/psychosociale problemen. Preventieve gezondheidszorg dient te gaan over (niet-) besmettelijke ziekten, en dient te bestaan uit een combinatie van biomedische, gedragsmatige en structurele interventies. Het voorkomen van niet-besmettelijke ziekten dient vroeg in het leven te beginnen door het bevorderen en ondersteunen van een gezonde levensstijl van zwangere vrouw, hun echtgenoot/partner en jonge kinderen, waarin geen geweld voorkomt.
2. Het verminderen van de last van kinderletsel vraagt om strategieën en maatregelen om het aantal kinderen dat verdrinkt, brandwonden oploopt of anderszins betrokken raakt bij ongevallen terug te dringen. Onder dergelijke strategieën en maatregelen dienen te vallen: wetgeving en wetshandhaving, aanpassing van producten en omgeving, ondersteunende huisbezoeken en bevordering van veiligheidskenmerken, voorlichting, ontwikkeling van vaardigheden en gedragsverandering, projecten binnen de gemeenschap, en (acute) zorg binnen en buiten het ziekenhuis, alsmede revalidatie. Tot de inspanningen om het aantal verkeersongevallen te verminderen behoren het wettelijk verplichten van veiligheidsgordels en andere veiligheidsmiddelen, zorgen voor toegang tot veilig vervoer van kinderen en daar rekening mee houden bij de plannen voor nieuwe wegen en het regelen van het verkeer. Steun van de betrokken sectoren en de media zijn daarbij essentieel.
3. Bij het erkennen van geweld als belangrijke oorzaak van mortaliteit en morbiditeit bij kinderen, en dan in het bijzonder adolescenten, benadrukt het Comité de noodzaak om een omgeving te creëren waarin kinderen beschermd worden tegen geweld en gestimuleerd worden om zelf actief bij te dragen aan gedragsveranderingen thuis, op school en in de openbare ruimte, om ouders en verzorgers te steunen bij een gezond opvoeding, en om situaties aan te pakken waarin welke vorm van geweld dan ook nog steeds door de vingers wordt gezien, waaronder het reguleren van de weergave van geweld in de massamedia.
4. Staten dienen kinderen te beschermen tegen oplosmiddelen, alcohol, tabak en drugs, meer relevant bewijs te verzamelen en passende maatregelen te treffen om het gebruik van die middelen onder kinderen te verminderen. Het advies is om reclame voor en verkoop van middelen die schadelijk zijn voor de gezondheid van kinderen, en de promotie daarvan op plaatsen waar kinderen samenkomen, alsmede op mediakanalen en in publicaties die kinderen zien, te reguleren.
5. Het Comité stimuleert de Staten die partij zijn die dat nog niet gedaan hebben om de internationale verdragen inzake verdovende middelen[[18]](#footnote-19) en de WHO-Kaderovereenkomst inzake de bestrijding van het tabaksgebruik te ratificeren. Het Comité benadrukt het belang van het volgen van een op rechten gebaseerde benadering van drugsgebruik en adviseert om waar mogelijk strategieën in te zetten die de schade aan de gezondheid als gevolg van het gebruik beperken.

 (b) Begeleiding van ouders

1. Ouders zijn de belangrijkste bron voor vroegtijdige diagnose bij en primaire zorg aan kleine kinderen, en de belangrijkste beschermingsfactor van riskant gedrag bij adolescenten, zoals onbeschermde seks en drugsgebruik. Ouders spelen ook een centrale rol bij het bevorderen van een gezonde ontwikkeling van het kind, bij het beschermen tegen schade als gevolg van ongevallen, letsel en geweld en het verkleinen van de negatieve effecten van riskant gedrag. Het socialisatieproces van kinderen, dat essentieel is en waarmee zij de wereld waarin zij opgroeien leren begrijpen en zich daaraan leren aanpassen, wordt sterk beïnvloed door de ouders, verdere familie en andere verzorgers. Staten dienen wetenschappelijk gefundeerde maatregelen te treffen ter ondersteuning van goede opvoedpraktijken, zoals het aanleren van opvoedingsvaardigheden, praatgroepen en gezinsbegeleiding, met name voor gezinnen die te maken hebben met gezondheidsproblemen bij kinderen en andere sociale problemen.
2. Gezien de gevolgen van lijfstraffen voor de gezondheid van kinderen, waaronder letsel met dodelijke afloop, en de psychische en emotionele gevolgen, wijst het Comité de Staten op hun verplichting om alle passende wetgevende, bestuurlijke, sociale en onderwijskundige maatregelen te treffen om lijfstraffen en andere onmenselijke en vernederende behandeling overal, dus ook in thuisomgevingen, uit te bannen.[[19]](#footnote-20)

 (c) Gezinsplanning

1. Voorzieningen op het gebied van gezinsplanning dienen te worden ingebed in de uitgebreide seksuele en reproductieve gezondheidszorg en dienen seksuele voorlichting en counseling te omvatten. Die kunnen worden gezien als deel van het in artikel 24, lid 2 sub d beschreven zorgcontinuüm, en dienen te worden ontwikkeld zodat alle stellen en eenlingen vrije en verantwoorde keuzes over seksualiteit en voortplanting kunnen maken (zoals hoeveel kinderen, wanneer en met welke tussenpozen?), en voorzien worden van de informatie en middelen om dat te kunnen realiseren. Er dient aandacht te zijn voor het waarborgen van universele toegang tot goederen en diensten voor gehuwde en ongehuwde jongeren, inclusief geheimhouding daaromtrent. Staten dienen ervoor te zorgen dat adolescenten geen informatie over of zorg in verband met seksuele en reproductieve gezondheid wordt onthouden vanwege gewetensbezwaren bij de hulpverleners.
2. Anticonceptiemethoden, zoals condooms, hormonen en de morning-afterpil dienen eenvoudig beschikbaar te zijn voor seksueel actieve adolescenten. Ook dienen langdurige en permanente anticonceptiemethoden verstrekt te worden. Het Comité adviseert Staten om te zorgen voor toegang tot veilige abortushulpverlening en nazorg, ongeacht of de abortus zelf legaal heeft plaatsgevonden.

 IV. Verplichtingen en verantwoordelijkheden

 A. Respecteer-, beschermings- en nakomingsverplichting van Staten die partij bij het Verdrag zijn

1. Staten hebben drie soorten verplichtingen met betrekking tot mensenrechten, waaronder het recht van het kind op gezondheid: de vrijheden en rechten eerbiedigen, vrijheden en rechten beschermen tegen derden of tegen sociale of milieudreigingen, en nakomen van de rechten d.m.v. facilitering of directe levering. In overeenstemming met het bepaalde in artikel 4 van het Verdrag spannen Staten die er partij bij zijn zich met de beschikbare middelen tot het uiterste in om de rechten na te komen die vallen onder het recht van het kind op gezondheid en, zo nodig, in het kader van internationale samenwerking.
2. Alle Staten, ongeacht hun ontwikkelingsniveau, zijn verplicht onmiddellijk maatregelen te treffen om deze verplichtingen met voorrang te implementeren, zonder enige vorm van discriminatie. Waar de beschikbare middelen aantoonbaar ontoereikend zijn, zijn Staten nog steeds verplicht gerichte maatregelen te treffen om zo snel en effectief mogelijk te werken aan de volledige realisatie van het recht van het kind op gezondheid. Ongeacht middelen mogen Staten geen maatregelen nemen die een achteruitgang betekenen en in de weg zouden kunnen staan van het genot van het recht op gezondheid door kinderen.
3. De kernverplichtingen op grond van het recht van het kind op gezondheid zijn onder meer:
	1. Het beoordelen van het nationale en subnationale wettelijke en beleidsmatige klimaat en, zo nodig, het aanpassen van wetgeving en beleid;
	2. Het zorgen voor universele dekking van eerstelijnsgezondheidszorg, waaronder voorzieningen op het gebied van preventie, gezondheidsbevordering, zorg en behandeling en essentiële geneesmiddelen;
	3. Het adequaat reageren op de onderliggende factoren die bepalend zijn voor de gezondheid van het kind; en
	4. Het ontwikkelen, implementeren, controleren en evalueren van beleid en in de begroting voorziene strategieën benaderd vanuit mensenrechtenperspectief om het recht van het kind op gezondheid na te komen.
4. Staten dienen aan te tonen dat zij zich inzetten om steeds beter te voldoen aan alle in artikel 24 genoemde verplichtingen, en daar ook prioriteit aan geven bij een politieke of economische crisis of een andere noodsituatie. Daarbij is het nodig om beleid, programma's en voorzieningen op het gebied van gezondheid van kinderen en daarmee samenhangende punten op duurzame wijze te plannen, te ontwikkelen, te financieren en te implementeren.

 B. Verantwoordelijkheden van non-gouvernementele actoren

1. De Staat is jegens kinderen verantwoordelijk voor het realiseren van hun recht op gezondheid, ongeacht of het deze voorzieningen aan non-gouvernementele actoren delegeert. Naast de Staat heeft een breed scala aan non-gouvernementele actoren dat informatie en zorg levert in verband met de gezondheid van kinderen en de onderliggende bepalende factoren ervan specifieke verantwoordelijkheden en invloed daarop.
2. Staten zijn onder meer verplicht om bewustwording omtrent de verantwoordelijkheden van non-gouvernementele actoren te bevorderen en ervoor te zorgen dat alle non-gouvernementele actoren hun verantwoordelijkheden jegens het kind herkennen, respecteren en nakomen, zo nodig met toepassing van zorgvuldigheidsprocedures.
3. Het Comité doet een beroep op alle non-gouvernementele actoren die betrokken zijn bij gezondheidsbevordering en gezondheidszorg, en dan met name in de particuliere sector, waaronder zowel de farmaceutische en medisch-technologische industrie als de massamedia en gezondheidszorgverleners, om te handelen conform het bepaalde in het Verdrag, en om ervoor te zorgen dat hun toeleveranciers zich daar ook aan houden. Tot dergelijke partners behoren internationale organisaties, banken, regionale financiële instellingen, mondiale samenwerkingsverbanden, de particuliere sector (particuliere stichtingen en fondsen), donoren en andere entiteiten die diensten of financiële steun verlenen aan de gezondheid van kinderen, en dan met name bij humanitaire crises of in politiek instabiele situaties.

 1. Verantwoordelijkheden van ouders en andere verzorgers

1. In diverse bepalingen van het Verdrag worden de verantwoordelijkheden van ouders en andere verzorgers uitdrukkelijk genoemd. Ouders dienen altijd aan hun verantwoordelijkheden te voldoen, waarbij zij steeds handelen in het belang van het kind, zo nodig met steun van de Staat. Rekening houdend met de ontplooiing van het kind dienen ouders en verzorgers kinderen op te voeden, te beschermen en te helpen zodat zij op een gezonde manier kunnen opgroeien en zich ontwikkelen. Hoewel het niet expliciet blijkt uit artikel 24, lid 2 sub f. gaat het Comité ervan uit dat iedere vermelding van ouders ook andere verzorgers betreft.

 2. Niet-gouvernementele dienstverleners en actoren

 (a) Niet-gouvernementele dienstverleners

1. Alle verleners van gezondheidszorg, waaronder niet-gouvernementele actoren, dienen alle relevante bepalingen van het Verdrag op te nemen in en toe te passen op het ontwerp, de implementatie en evaluatie van hun programma's en diensten. Datzelfde geldt voor alle criteria van beschikbaarheid, toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en kwaliteit, zoals beschreven in hoofdstuk VI, deel E van het huidige General Comment.

 (b) Particuliere sector

1. Alle ondernemingen hebben de plicht zorgvuldigheid te betrachten ten aanzien van mensenrechten, waaronder alle rechten die in het Verdrag zijn verankerd. Staten dienen van ondernemingen te verlangen dat zij zorgvuldig met de rechten van het kind omgaan. Hierdoor zorgen ondernemingen ervoor dat zij vaststellen welke negatieve invloed zij op het recht van het kind op gezondheid hebben, die invloed verkleinen of volledig voorkomen, in zowel hun zakelijke verhoudingen als hun mondiale bedrijfsactiviteiten. Grote ondernemingen dienen te worden gestimuleerd en, waar van toepassing, te worden verplicht om openbaar te maken welke inspanningen zij betrachten om hun negatieve invloed op de rechten van het kind te verkleinen.
2. Onder andere verantwoordelijkheden en in alle contexten dienen privébedrijven: zich te onthouden van de inzet van kinderen voor gevaarlijke werkzaamheden, en te zorgen dat zij minimaal de leeftijd hebben waarop zij arbeid mogen verrichten, te voldoen aan de Internationale Code voor het Vermarkten van Alternatieven voor Borstvoeding en de daarop volgende besluiten van de Wereldgezondheidsvergadering, zo min mogelijk reclame te tonen voor calorierijke levensmiddelen met weinig voedingswaarde en drankjes met grote hoeveelheden cafeïne of andere stoffen die voor kinderen schadelijk kunnen zijn, en zich te onthouden van reclame, het op de markt brengen en de verkoop van tabak, alcohol en andere giftige stoffen aan kinderen of het gebruik van afbeeldingen van kinderen.
3. Het Comité erkent de grote impact van de farmaceutische industrie op de gezondheid van kinderen en doet een beroep op farmaceutische bedrijven om maatregelen te treffen voor een betere toegang tot geneesmiddelen voor kinderen, met speciale aandacht voor de VN-mensenrechtenrichtlijnen voor farmaceutische bedrijven in relatie tot toegang tot medicijnen.[[20]](#footnote-21) Tegelijkertijd dienen Staten ervoor te zorgen dat farmaceutische bedrijven geneesmiddelengebruik bijhouden en zich onthouden van het buitensporig laten voorschrijven aan en gebruiken van geneesmiddelen bij kinderen. De toepassing van intellectuele eigendomsrechten dient achterwege te blijven indien benodigde geneesmiddelen of goederen daardoor voor de armen onbetaalbaar worden.
4. Particuliere ziektekostenverzekeraars dienen ervoor te zorgen dat zij zwangere vrouwen, kinderen of moeders niet discrimineren op gronden die niet toegestaan zijn, en dat zij gelijkheid bevorderen door samenwerking met ziektekostenverzekeringen van overheidswege op basis van het solidariteitsprincipe, en ervoor te zorgen dat toegang tot zorg niet beperkt wordt bij betalingsonvermogen.

 (c) Massamedia en sociale media

1. Artikel 17 van het Verdrag bakent de verantwoordelijkheden van massamediaorganisaties af. In het kader van de gezondheid kunnen deze verder worden uitgebreid met onder meer maatregelen die gezondheid en een gezonde levensstijl onder kinderen bevorderen, het aanbieden van gratis advertentieruimte voor gezondheidsbevordering, het waarborgen van de privacy van kinderen en adolescenten en de bijbehorende geheimhoudingsplicht, het bevorderen van toegang tot informatie, het afzien van communicatieprogramma's en materialen die voor de gezondheid van kinderen of gezondheid in het algemeen schadelijk zijn, en het tegenwerken van bestendiging van gezondheidsgerelateerde stigma's.

 (d) Onderzoekers

1. Het Comité benadrukt dat groepen, zoals academici, besloten vennootschappen en anderen die zich bezig houden met onderzoek op kinderen, de verantwoordelijkheid hebben om zich te houden aan de beginselen en bepalingen van het Verdrag en de Internationale ethische richtlijnen voor mensgebonden biomedisch onderzoek.[[21]](#footnote-22) Het Comité herinnert onderzoekers eraan dat het belang van het kind altijd prevaleert boven het belang van de maatschappij of wetenschappelijke vooruitgang.

 V. Internationale samenwerking

1. Staten die partij zijn, hebben niet alleen de verplichting het recht van het kind op gezondheid binnen hun eigen rechtsgebied te implementeren, maar ook bij te dragen aan implementatie wereldwijd op basis van internationale samenwerking. Op grond van lid 4 van artikel 24 dienen Staten en interstatelijke instellingen bijzondere aandacht te besteden aan de prioriteiten op het gebied van de gezondheid van kinderen binnen de armste bevolkingsgroepen en in ontwikkelingslanden.
2. Het Verdrag dient te helpen bij alle internationale activiteiten en programma's van Donorstaten en Ontvangende Staten die (in)direct verband houden met de gezondheid van kinderen. Daarbij dienen Partnerstaten vast te stellen wat de grootste gezondheidsproblemen zijn voor kinderen, zwangere vrouwen en moeders in de Ontvangende Staten en die vervolgens aan te pakken op basis van de in artikel 24 vastgestelde prioriteiten en beginselen. Internationale samenwerking dient gezondheidssystemen van staatswege en nationale gezondheidsregelingen te ondersteunen.
3. Staten hebben individuele en gezamenlijke verantwoordelijkheid, onder meer via de VN-mechanismes, om samen te werken bij rampenbestrijding en humanitaire hulpverlening in noodsituaties. In die gevallen dienen Staten te overwegen wat prioriteit behoeft bij de realisatie van het recht van het kind op gezondheid, onder andere via passende internationale medische hulp, verdeling en beheer van middelen, zoals schoon drinkwater, voedsel en medische benodigdheden, en financiële hulp aan de meest kwetsbare of gemarginaliseerde kinderen.
4. Het Comité herinnert Staten eraan dat zij dienen te voldoen aan het VN-doel van 0,7 procent van het bruto nationaal inkomen voor internationale ontwikkelingshulp, aangezien financiële middelen belangrijke gevolgen hebben voor de realisatie van het recht van het kind op gezondheid in Staten met beperkte financiële middelen. Om de grootste impact te hebben worden Staten en interstatelijke instellingen aangemoedigd om de zgn. Parijse Beginselen inzake de Effectiviteit van Hulp en de beginselen van de Accra Agenda voor Actie toe te passen.

 VI. Kader voor implementatie en rekening en verantwoording

1. Rekening en verantwoording is essentieel voor kinderen om te genieten van hun recht op gezondheid. Het Comité herinnert de Staten die partij zijn aan hun verplichting om ervoor te zorgen dat de betreffende overheidsorganen en dienstverleners verantwoording afleggen over het handhaven van de hoogste mogelijke mate van gezondheid en gezondheidszorg voor kinderen totdat zij 18 zijn.
2. Staten dienen te zorgen voor een omgeving waarin alle actoren met een (wettelijke) verplichting aan hun verplichtingen en verantwoordelijkheden met betrekking tot het recht van het kind op gezondheid kunnen voldoen en voor een wetgevingskader waarbinnen alle partijen behoren te opereren en gecontroleerd kunnen worden. Dit kan onder meer gerealiseerd worden door politieke en financiële steun te mobiliseren voor vraagstukken op het gebied van de gezondheid van kinderen en door actoren met een (wettelijke) verplichting te helpen bij het vergroten van hun vermogen om aan hun verplichtingen te voldoen en door kinderen te helpen hun recht op gezondheid op te eisen.
3. Met de actieve betrokkenheid van de overheid, het parlement, de gemeenschap, maatschappelijke organisaties en kinderen dienen nationale verantwoordingsmechanismes effectief en transparant te zijn met als doel dat zij alle actoren verantwoordelijk houden voor hun handelen. Daarvoor dienen zij onder meer aandacht te schenken aan de structurele factoren die een negatieve invloed hebben op de gezondheid van het kind, waaronder wetgeving, beleid en begroting. Het actief volgen van de financiële middelen en de invloed daarvan op de gezondheid van kinderen is essentieel voor de verantwoordingsmechanismen van de Staat.

 A. Bevorderen van kennis van het recht van het kind op gezondheid (art. 42)

1. Het Comité stimuleert Staten om een uitgebreide strategie aan te nemen en te implementeren om kinderen en hun verzorgers, beleidsmakers, politici en mensen die beroepsmatig met kinderen werken voorlichting te geven over het recht van het kind op gezondheid, en wat zij aan de realisatie daarvan kunnen bijdragen.

 B. Wetgevende maatregelen

1. Op grond van het Verdrag dienen Staten die partij zijn alle passende wetgevende, bestuurlijke en andere maatregelen te nemen voor de implementatie van het recht van het kind op gezondheid, zonder enige vorm van discriminatie. Via nationale wetgeving dient de Staat wettelijk verplicht te worden om de voorzieningen, programma's, personeel en de infrastructuur te leveren die nodig zijn om het recht van het kind op gezondheid te realiseren, en het wettelijk recht te geven op essentiële kwaliteitsgezondheidszorg en aanverwante voorzieningen voor zwangere vrouwen en kinderen, ongeacht of zij daarvoor kunnen betalen. Wetgeving dient te worden beoordeeld op eventueel discriminerende effecten of barrières bij het realiseren van het recht van het kind op gezondheid en dient zo nodig te worden herroepen. Zo nodig dienen internationale instanties en donoren ontwikkelingshulp en technische hulp aan dergelijke wetshervorming te geven.
2. Wetgeving dient ook een aantal extra functies te vervullen bij de realisatie van het recht van het kind op gezondheid door de reikwijdte ervan te bepalen en kinderen te erkennen als de houders ervan, door de rollen en verantwoordelijkheden van alle actoren met een (wettelijke) verplichting duidelijk te maken, door te verhelderen welke voorzieningen kinderen, zwangere vrouwen en moeders mogen opeisen, en door regulering van voorzieningen en geneesmiddelen, zodat zij van goede kwaliteit zijn en geen schade toebrengen. Staten dienen te zorgen voor adequate wettelijke en andere waarborgen waarmee zij het werk van verdedigers van mensenrechten die zich richten op het recht van het kind op gezondheid beschermen en bevorderen.

 C. Bestuur en coördinatie

1. Staten worden gestimuleerd over te gaan tot ratificering en implementatie van internationale en regionale mensenrechteninstrumenten die relevant zijn voor de gezondheid van kinderen en om dienovereenkomstig te rapporteren over alle aspecten van de gezondheid van kinderen.
2. Duurzaamheid in het gezondheidsbeleid en -praktijken voor kinderen vraagt om een nationaal meerjarenplan dat als nationale prioriteit wordt ondersteund en geworteld. Het Comité adviseert Staten om over te gaan tot het vaststellen en gebruiken van een uitgebreid en samenhangend nationaal coördinerend kader voor de gezondheid van kinderen, dat gebouwd is op de beginselen van het Verdrag, om samenwerking tussen ministeries en lagere overheidsorganen en interactie met maatschappelijke belanghebbenden, onder wie kinderen, te faciliteren. Gezien het grote aantal overheidsinstanties, wetgevende lichamen en ministeries die op verschillende niveaus betrokken zijn bij beleid in verband met de gezondheid van en gezondheidszorg aan kinderen, adviseert het Comité hun afzonderlijke rollen en verantwoordelijkheden te verhelderen in wet- en regelgeving.
3. Er dient met name gekeken te worden welke groepen kinderen er achtergesteld en/of gemarginaliseerd zijn, alsmede kinderen die slachtoffer dreigen te worden van een vorm van geweld of discriminatie; die groepen verdienen prioriteit. Alle activiteiten dienen volledig begroot, gefinancierd en zichtbaar gemaakt worden binnen de nationale begroting.
4. Er dient gebruik gemaakt te worden van een strategie waarin “gezondheid van kinderen in alle beleid” is opgenomen, met nadruk op het verband tussen de gezondheid van het kind en de onderliggende bepalende factoren. Alles dient in het werk gesteld te worden om knelpunten op te lossen die in de weg staan aan transparantie, coördinatie, samenwerking en verantwoording bij het verlenen van diensten die van invloed zijn op de gezondheid van kinderen.
5. Hoewel decentralisatie nodig is om aan de specifieke lokale en sectorale behoeften te voldoen, doet dit niets af aan de directe verantwoordelijkheid voor de centrale of nationale overheid om aan haar verplichtingen jegens alle kinderen binnen haar rechtsgebied te voldoen. De kernelementen van de aanpak in eerstelijnsgezondheidszorg dienen tot uitdrukking te komen in besluiten tot toewijzing van middelen aan de verschillende niveaus van dienstverlening en aan de verschillende geografische gebieden.
6. Staten dienen alle onderdelen van de maatschappij, dus ook kinderen, te betrekken bij de implementatie van het recht van het kind op gezondheid. Het Comité adviseert om onder betrokkenheid mede te laten vallen: het creëren van voorwaarden die helpen bij continue groei, ontwikkeling en duurzaamheid van maatschappelijke organisaties, waaronder groepen van onderop of vanuit de gemeenschap, actieve facilitering van hun betrokkenheid bij de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van het beleid en de voorzieningen op het gebied van gezondheid van kinderen, en het leveren van passende financiële middelen of hulp bij het verkrijgen daarvan.

 1. De rol van het parlement bij de nationale verantwoordingsplicht

1. Bij kwesties die de gezondheid van kinderen aangaan, hebben parlementen de verantwoordelijkheid om wetgeving te maken waarbij transparantie en inclusiviteit zijn geborgd, en om een doorlopend publiek debat en een verantwoordingsklimaat te stimuleren. Zij dienen een publiek platform te creëren, waar resultaten worden gemeld en besproken, en waar publieke deelname aan onafhankelijke beoordelingsmechanismen wordt bevorderd. Zij dienen ook de uitvoerende macht verantwoordelijk te houden voor de invoering van de adviezen die voortkomen uit onafhankelijke beoordelingen en ervoor te zorgen dat de resultaten daarvan als informatie dienen voor volgende nationale plannen, wetten, beleid, begrotingen en verdere verantwoordingsmaatregelen.

 2. De rol van nationale mensenrechteninstellingen in de nationale verantwoordingsplicht

1. Nationale mensenrechteninstellingen hebben een belangrijke rol bij het beoordelen en bevorderen van de verantwoordingsplicht, waarbij kinderen hulp krijgen indien hun recht op gezondheid is geschonden en bij het bepleiten van veranderingen in het systeem voor de realisatie daarvan. Het Comité herinnert aan zijn General Comment Nr. 2, en herinnert Staten eraan dat tot het mandaat van kindercommissarissen of kinderombudsmannen ook behoort dat zij het recht op gezondheid veiligstellen, en dat degenen met dat mandaat een onafhankelijke positie t.o.v. de overheid en voldoende financiële middelen tot hun beschikking dienen te hebben.[[22]](#footnote-23)

 D. Investeren in de gezondheid van kinderen

1. In hun besluiten over uitgaven en budgettoekenning, dienen Staten ernaar te streven dat essentiële gezondheidszorg voor kinderen van goede kwaliteit is, en voor alle kinderen beschikbaar, toegankelijk en aanvaardbaar is, zonder enige vorm van discriminatie.
2. Staten dienen constant te beoordelen welke invloed macro-economische beleidsbesluiten hebben op het recht van het kind op gezondheid, met name van kinderen in kwetsbare situaties, en dienen te voorkomen dat er besluiten worden genomen waarbij de rechten van kinderen in het gedrang komen. Ook dienen zij 'het belang van het kind' bij hun besluitvorming voorop te stellen. Staten dienen ook verplichtingen op grond van artikel 24 in alle aspecten van hun onderhandelingen met internationale financiële instellingen en andere donoren mee te wegen, zodat het recht van het kind op gezondheid bij internationale samenwerking voldoende aandacht krijgt.
3. Het Comité adviseert Staten die partij zijn bij het Verdrag:

(a) bij wet vast te leggen dat een specifiek deel van de openbare uitgaven toegekend wordt aan de gezondheid van kinderen en om een bijbehorend mechanisme te creëren dat systematische onafhankelijke evaluatie van die uitgaven mogelijk maakt;

(b) het door de WHO aanbevolen minimum bedrag te besteden aan gezondheidszorg per hoofd van de bevolking en prioriteit te geven aan de gezondheid van kinderen bij budgettoekenning;

(c) investeringen in kinderen zichtbaar te maken in de staatsbegroting aan de hand van een gedetailleerde opstelling van de gelden die aan hen zijn toegewezen en uitgegeven; en

(d) mechanismen te implementeren waarmee de begroting op basis van rechten wordt gecontroleerd en geanalyseerd, en waarmee wordt beoordeeld wat de invloed is van de wijze waarop investeringen, met name in de gezondheidszorg, het belang van het kind het beste kunnen dienen.

1. Het Comité benadrukt het belang van beoordelingsinstrumenten bij het gebruik van (financiële) middelen en erkent de noodzaak om meetbare indicatoren te ontwikkelen zodat Staten die partij zijn, geholpen worden bij de controle en evaluatie van de voortgang in de implementatie van het recht van het kind op gezondheid.

 E. De handelingscyclus

1. Voor de nakoming van de verplichtingen op grond van artikel 24 door de Staten die partij zijn, is betrokkenheid bij een cyclisch proces van planning, implementatie, controle en evaluatie nodig, die weer als basis dient voor verdere planning, aangepaste implementatie en verdere controle en evaluatie. Staten dienen te zorgen voor zinvolle medezeggenschap van kinderen en dienen feedbackmechanismen in te bouwen om de benodigde aanpassingen in de hele cyclus mogelijk te maken.
2. De ontwikkeling, implementatie en controle van beleid, programma's en diensten gericht op het realiseren van het recht van het kind op gezondheid valt of staat met de beschikbaarheid van relevante en betrouwbare gegevens. Daaronder vallen: over de gehele kindertijd correct uitgesplitste gegevens, met voldoende aandacht voor kwetsbare groepen, gegevens over gezondheidsproblemen die prioriteit hebben, waaronder nieuwe en verwaarloosde oorzaken van mortaliteit en morbiditeit, en gegevens over de belangrijkste factoren die bepalend zijn voor de gezondheid van kinderen. Strategische informatie vraagt om gegevens die via gangbare gezondheidsinformatiesystemen, via speciale enquêtes en wetenschappelijke onderzoeken worden verzameld, waarbij het zowel om kwantitatieve als kwalitatieve gegevens gaat. Deze gegevens dienen te worden verzameld, geanalyseerd, verspreid en gebruikt als informatie voor beleid en programma's op nationaal en onderliggend niveau.

 1. Planning

1. Het Comité merkt op dat Staten, om informatie te kunnen geven over de implementatie, controle en evaluatie van activiteiten ter nakoming van hun verplichtingen op grond van artikel 24 eerst de bestaande problemen, vraagstukken en de zorgverleningsinfrastructuur dienen te analyseren. Bij die analyse dienen de institutionele capaciteit en de beschikbaarheid van mensen, financiële en technische middelen te worden doorgerekend. Op basis van de uitkomst daarvan dient een strategie te worden ontwikkeld waarbij alle belanghebbenden betrokken zijn, dus (non-)gouvernementele actoren en kinderen.
2. Uit deze analyse komt dan een helder beeld naar voren welke prioriteiten en strategieën hiervoor op nationaal en lager niveau gerealiseerd dienen te worden. Naast een kader voor de controle en evaluatie van beleid, programma's en diensten en voor de bevordering van verantwoording omtrent de gezondheid van kinderen dienen er ook benchmarks en targets, begrote trajecten en operationele strategieën te worden vastgesteld. Daaruit komt naar voren hoe bestaande structuren en systemen dienen te worden uitgebouwd en verstevigd, zodat ze in overeenstemming met het Verdrag zijn.

 2. Criteria voor prestatie en implementatie

1. Staten dienen ervoor te zorgen dat alle gezondheidsvoorzieningen en programma's voor kinderen voldoen aan de criteria van beschikbaarheid, toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en kwaliteit.

 (a) Beschikbaarheid

1. Staten dienen ervoor te zorgen dat er voldoende functionerende gezondheidsvoorzieningen, goederen, zorg en programma's voor kinderen zijn. Staten dienen ervoor te zorgen dat er voldoende ziekenhuizen, klinieken, beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, mobiele teams en faciliteiten, gezondheidswerkers in de gemeenschap, apparatuur en essentiële geneesmiddelen zijn zodat alle kinderen, zwangere vrouwen en moeders in het land gezondheidszorg kunnen krijgen. Of het voldoende is, dient gemeten te worden aan de hand van de behoefte, met bijzondere aandacht voor achtergebleven of moeilijk bereikbare bevolkingsgroepen.

 (b) Toegankelijkheid

1. Toegankelijkheid kent vier dimensies:
2. *Verbod op discriminatie*: Alle kinderen, zwangere vrouwen en moeders dienen toegang te hebben tot gezondheids- en aanverwante diensten alsmede de bijbehorende apparatuur en benodigdheden, niet alleen volgens de wet maar ook in de praktijk, zonder enige vorm van discriminatie;
3. *Fysieke toegankelijkheid* Alle kinderen, zwangere vrouwen en moeders dienen binnen een haalbare afstand toegang te hebben tot gezondheidsvoorzieningen. Fysieke toegankelijkheid kan betekenen dat er extra aandacht nodig is voor behoeften van kinderen en vrouwen met een handicap. Het Comité stimuleert Staten om prioriteit te geven aan het opzetten van instellingen en diensten in achtergebleven gebieden en om te investeren in mobiele posten, innovatieve technologieën en in gezondheidswerkers binnen de gemeenschap door goede opleiding en ondersteuning, om zo bijzonder kwetsbare groepen kinderen te bereiken.
4. *Financiële toegankelijkheid/betaalbaarheid*: Het onvermogen om voor zorg, hulpmiddelen of geneesmiddelen te betalen mag niet leiden tot het onthouden daarvan. Het Comité doet een beroep op de Staten om eigen bijdragen af te schaffen en financieringssystemen voor de gezondheidszorg in te voeren waarbij vrouwen en kinderen niet gediscrimineerd worden op grond van hun onvermogen daarvoor te betalen. Stelsels waarin het risico wordt gedeeld, zoals het belastings- en verzekeringsstelsel, dienen te worden geïmplementeerd op basis van billijke, inkomensafhankelijke bijdragen;
5. *Toegankelijkheid van informatie* Informatie over gezondheidsbevordering, gezondheidstoestand en behandelmogelijkheden dient aan kinderen en hun verzorgers te worden gegeven in een taal en vorm die voor hen toegankelijk en begrijpelijk is.

 (c) Aanvaardbaarheid

1. In het kader van het recht van het kind op gezondheid definieert het Comité aanvaardbaarheid als de verplichting om alle gezondheidsgerelateerde faciliteiten, goederen en voorzieningen zo te ontwikkelen en te implementeren dat daarmee rekening wordt gehouden met medisch-ethische normen en de behoeften, verwachtingen, cultuur, mening en taal van kinderen, met zo nodig speciale aandacht voor bepaalde groepen.

 (d) Kwaliteit

1. Gezondheidsgerelateerde faciliteiten, goederen en diensten dienen wetenschappelijk en medisch geschikt en van goede kwaliteit te zijn. Kwaliteit waarborgen betekent onder andere dat (a) behandelingen, procedures en geneesmiddelen gebaseerd zijn op het beste beschikbare bewijs; (b) medisch personeel vaardig is en voldoende opgeleid in de gezondheid van moeder en kind en de beginselen en bepalingen van het Verdrag; (c) ziekenhuisapparatuur wetenschappelijk goedgekeurd en voor kinderen geschikt is; (d) medicijnen wetenschappelijk goedgekeurd zijn, de houdbaarheidsdatum ervan niet verlopen is, specifiek voor kinderen bestemd zijn (waar nodig) en gecontroleerd worden op bijwerkingen; en (e) de kwaliteit van de zorg van gezondheidsinstellingen regelmatig beoordeeld wordt.

 3. Controle en evaluatie

1. Er dient een goed gestructureerde en correct uitgesplitste set indicatoren ten behoeve van controle en evaluatie te worden vastgesteld om aan bovengenoemde vereisten op grond van de prestatiecriteria te voldaan. De gegevens dienen te worden gebruikt om beleid, programma's en diensten te herontwikkelen en verbeteren, om beter te kunnen voldoen aan de verplichting om het recht van het kind op gezondheid te realiseren. Gezondheidsinformatiesystemen dienen ervoor te zorgen dat gegevens betrouwbaar, transparant, en consistent zijn, zonder afbreuk te doen aan het recht op privacy van de afzonderlijke personen. Staten dienen hun gezondheidsinformatiesysteem, waaronder de vitale registratie en inspectie van ziekten, regelmatig te beoordelen, zodat dit verbeterd kan worden.
2. Nationale verantwoordingsmechanismen dienen de bevindingen te controleren, te beoordelen en ernaar te handelen. Controle betekent het verstrekken van informatie over de gezondheidstoestand van kinderen, het regelmatig beoordelen van de kwaliteit van de aan kinderen verleende gezondheidszorg en hoeveel, waar, waaraan, en aan wie er geld besteed is. Dit betreft zowel routinematige controles als periodieke grondige evaluaties. Beoordeling betekent het analyseren van de gegevens en het raadplegen van kinderen, hun gezinsleden, andere verzorgers en de samenleving om te bepalen of de gezondheid van kinderen is verbeterd en of overheden en andere actoren hun afspraken zijn nagekomen. Handelen houdt in dat de uit deze processen afkomstige bewijzen worden gebruikt om wat er werkt (op grotere schaal) te (blijven) doen en wat er niet werkt aan te passen c.q. te herstellen.

 F. Rechtsmiddelen bij schending van het recht op gezondheid

1. Het Comité raadt Staten sterk aan een functioneel en toegankelijk klachtensysteem voor kinderen binnen de gemeenschap op te zetten, waardoor kinderen genoegdoening kunnen krijgen wanneer hun recht op gezondheid geschonden of in gevaar is. Staten dienen ook te voorzien in ruime klachtrechten, waaronder groepsvorderingen.
2. Staten dienen ervoor te zorgen dat individuele kinderen en hun verzorgers toegang hebben tot de rechter en eventuele obstakels voor de toegang tot rechtsmiddelen weg te nemen waar het recht van het kind op gezondheid wordt geschonden. Nationale mensenrechteninstellingen, kinderombudsmannen, beroepsverenigingen in de gezondheidszorg en consumentenorganisaties kunnen daarbij een belangrijke rol spelen.

 VII. Verspreiding

1. Het Comité adviseert Staten om dit General Comment in ruime mate te verspreiden in het parlement en elders binnen de overheid, waaronder ministeries, gemeentelijke en andere plaatselijke organen die zich bezighouden met gezondheidsvraagstukken met betrekking tot kinderen.

1. \* Aangenomen door het Comité tijdens zijn tweeënzestigste zitting (14 januari – 1 februari 2013). [↑](#footnote-ref-2)
2. Lid 3 van artikel 24 blijft buiten beschouwing, omdat er momenteel gewerkt wordt aan een General Comment over schadelijke praktijken. [↑](#footnote-ref-3)
3. Voorwoord bij het Statuut van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) zoals vastgesteld door de Internationale Gezondheidsconferentie van 22 juli 1946 in New York. [↑](#footnote-ref-4)
4. Verklaring van Alma-Ata, Internationale Conferentie over Eerstelijnsgezondheidszorg, Alma-Ata, 6–12 september 1978. [↑](#footnote-ref-5)
5. Wereldgezondheidsvergadering, Eerstelijnsgezondheidszorg, waaronder de versterking van gezondheidssystemen, document A62/8. [↑](#footnote-ref-6)
6. General Comment Nr. 4 (2003) over de gezondheid en ontwikkeling van adolescenten in het kader van het Verdrag inzake de rechten van het kind, *Officieel Stuk van de Algemene Vergadering, negenenvijftigste zitting, Supplement Nr. 41* (A/59/41), bijlage X, par. 6. [↑](#footnote-ref-7)
7. General Comment Nr. 3 (2003) over hiv/aids en kinderrechten, *Officieel Stuk van de Algemene Vergadering, negenenvijftigste zitting, Supplement Nr. 41* (A/59/41), bijlage IX. [↑](#footnote-ref-8)
8. General Comment Nr. 4 (2003) over de gezondheid en ontwikkeling van adolescenten in het kader van het Verdrag, *Officieel Stuk van de Algemene Vergadering, negenenvijftigste zitting, Supplement Nr. 41* (A/59/41), bijlage X, par. 10. [↑](#footnote-ref-9)
9. Zie General Comment Nr. 13 (2011) over het recht op bescherming tegen alle vormen van geweld, *Officieel Stuk van de Algemene Vergadering, zevenenzestigste zitting, Supplement Nr. 41* (A/67/41), bijlage V. [↑](#footnote-ref-10)
10. Zie het Comité inzake de uitbanning van iedere vorm van discriminatie van vrouwen, Algemeen Advies Nr. 24 (1999) over vrouwen en gezondheid, *Officieel Stuk van de Algemene Vergadering, vierenvijftigste zitting, Supplement Nr. 38* (A/54/38/Rev.1), hfdst. I, deel A. [↑](#footnote-ref-11)
11. Zie General Comment Nr. 12 (2009) over het recht om gehoord te worden, *Officieel Stuk van de Algemene Vergadering, vijfenzestigste zitting, Supplement Nr. 41* (A/65/41), Bijlage IV. [↑](#footnote-ref-12)
12. The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, *A Global Review of the Key Interventions Related to Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health* (Genève, 2011). [↑](#footnote-ref-13)
13. Besluit WHA65.4, genomen tijdens de vijfenzestigste zitting van de Wereldgezondheidsvergadering op 25 mei 2012. [↑](#footnote-ref-14)
14. Zie Internationaal Convenant voor Economische, Sociale en Culturele Rechten, art. 11, en het Comité inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten, General Comment Nr. 12 (1999) inzake het recht op adequaat voedsel, *Officieel Stuk van de Economische en Sociale Raad van de VN, 2011, Supplement Nr. 2* (E/2000/22), Bijlage V. [↑](#footnote-ref-15)
15. Zie WHO en UNICEF, *Mondiale Strategie voor het Voeden van Baby's en Jonge Kinderen (Global Strategy for Infant and Young Child Feeding)* (Genève, 2003). [↑](#footnote-ref-16)
16. Besluit 64/292 van de Algemene Vergadering inzake het mensenrecht op schoon water. [↑](#footnote-ref-17)
17. UNICEF/WHO, Baby-Friendly Hospital Initiative (1991). [↑](#footnote-ref-18)
18. Enkelvoudig Verdrag inzake verdovende middelen, 1961; Verdrag inzake psychotrope stoffen, 1971; VN-Verdrag tegen de sluikhandel in verdovende middelen en psychotrope stoffen, 1988. [↑](#footnote-ref-19)
19. General Comment Nr. 8 (2006) over bescherming tegen lijfstraffen en andere onmenselijke en vernederende behandeling, *Officieel Stuk van de Algemene Vergadering, drieënzestigste zitting, Supplement Nr. 41* (A/63/41), bijlage II. [↑](#footnote-ref-20)
20. Zie ook het Besluit 15/22 van de VN-Mensenrechtenraad inzake het recht van iedereen op het genot van de grootst mogelijke mate van lichamelijke en geestelijke gezondheid. [↑](#footnote-ref-21)
21. Raad voor Internationale Medisch-Wetenschappelijke Organisaties (Council for International Organizations of Medical Sciences/WHO, Genève, 1993. [↑](#footnote-ref-22)
22. Zie General Comment Nr. 2 (2002) over de rol van onafhankelijke mensenrechteninstellingen bij de bevordering en bescherming van de rechten van het kind, *Officieel Stuk van de Algemene Vergadering, negenenvijftigste zitting, Supplement Nr. 41* (A/59/41), bijlage VIII. [↑](#footnote-ref-23)