



Universiteit  
Leiden  
The Netherlands

## **The right to health of the child: an analytical exploration of the international normative framework**

Spronk, S.I.

### **Citation**

Spronk, S. I. (2014, November 27). *The right to health of the child: an analytical exploration of the international normative framework*. Intersentia, Antwerpen. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/29842>

Version: Corrected Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/29842>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Cover Page



Universiteit Leiden



The handle <http://hdl.handle.net/1887/29842> holds various files of this Leiden University dissertation

**Author:** Spronk, S.I.

**Title:** The right to health of the child : an analytical exploration of the international normative framework

**Issue Date:** 2014-11-27

# SAMENVATTING

## Het recht op gezondheid van kinderen

Wereldwijd hebben grote groepen kinderen te maken met significante bedreigingen van hun gezondheid, zoals infectieziekten en chronische ziekten, ondervoeding, ongelukken en de gevolgen van natuurrampen, voortslepende gewapende conflicten en armoede. Elk jaar sterven 4 miljoen baby's in hun eerste levensmaand en 8 miljoen kinderen onder de 5 jaar sterven aan ziektes die voorkomen zouden kunnen worden zoals malaria, longontsteking, mazelen en diarree. Deze algemene statistieken leggen onderliggende verschillen in gezondheid tussen en binnen landen niet bloot. Eén van de redenen van deze ongelijkheid is dat kwetsbare groepen kinderen in veel landen geen of slechts beperkte toegang tot gezondheidsvoorzieningen hebben. Dit onderzoek beoogt de standaarden in het internationale recht te identificeren om het recht op het hoogst haalbare niveau van gezondheid van kinderen te bereiken.

De centrale vragen die geanalyseerd worden zijn:

- a. *elke prioriteiten vloeien voort uit het concept van het recht op het hoogst haalbare niveau van gezondheid van het kind, de definitie en interpretatie van de kernelementen in het internationale recht?*
- b. *Hoe zou het concept van gezondheid geïmplementeerd moeten worden op basis van deze internationaal rechtelijke standaard?*

*Hoofdstuk 1* zet de centrale probleemstelling voor het realiseren van het recht op gezondheid van kinderen uiteen. De vaagheid van het concept 'het hoogst haalbare niveau van gezondheid' maakt het moeilijk om de elementen die prioriteit moeten krijgen in het gezondheidsbeleid van een land te identificeren. In de tweede plaats is de realisatie van het recht op het hoogst haalbare niveau van gezondheid afhankelijk van beperkte financiële middelen. Ten derde hangt de realisatie van het recht op het hoogst haalbare niveau van gezondheid van het kind af van omgevingsfactoren en individuele karakteristieken van het kind zoals de genetische predispositie en leefstijl van zowel de ouders als het kind. Onduidelijk is daarom welke elementen onder verantwoordelijkheid van de Staat vallen en welke de verantwoordelijkheid zijn van medische professionals, ouders en het kind zelf. Tenslotte introduceert dit hoofdstuk een aantal centrale

concepten uit deze studie, te weten het concept van ‘gezondheid’, ‘gezondheid als recht’, ‘basisgezondheidszorg’ en ‘kwetsbare kinderen’.

*Hoofdstuk 2* identificeert de prioriteiten die voortvloeien uit het recht op het hoogst haalbare niveau van gezondheid van het kind in het internationaal rechtelijke kinderrechtendomein, te weten het Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind en de Algemene Aanbevelingen van het Kinderrechtencomité bij dit verdrag. Het hoofdstuk identificeert de kernelementen van artikel 24 IVRK en de relatie tot andere relevante artikelen van het verdrag, te weten het recht op non-discriminatie (art. 2 IVRK), het belang van het kind (art. 3 IVRK), het recht op leven (art. 6 IVRK), het recht om gehoord te worden (art. 12 IVRK), de rol van de ouders (art. 5 en 18), het recht op sociale zekerheid (art. 26 IVRK) en het recht op een adequate levensstandaard (art. 27 IVRK). Het recht op gezondheid van het kind in het IVRK heeft een duidelijke focus op preventie van gezondheidsbescherming en op het verzekeren van basisgezondheidszorg voor alle kinderen. Op basis van de artikelen 6 en 24 IVRK, moeten gezondheidsvoorzieningen continue zijn en aangepast aan de veranderende omstandigheden waarin kinderen leven en aan hun veranderende behoeftes. Gezondheidsvoorzieningen moeten zonder uitzondering toegankelijk zijn voor allen en leeftijdsspecifieke voorlichting moet beschikbaar zijn voor zowel kinderen als hun ouders. Bij de organisatie van gezondheidszorg voor kinderen zijn vier niveaus geïdentificeerd die prioriteit hebben:

1. Verschaffing van medische zorg en informatie aan de moeder tijdens de zwangerschap.
2. Obstetrische zorg rondom de bevalling.
3. Neonatale zorg voor de moeder en het kind direct na de geboorte.
4. Kwalitatieve gezondheidzorg tijdens de jeugd.

Hoofdstuk 2 besteedt aandacht aan het dilemma tussen bescherming van de gezondheid van het kind en respect voor zijn autonomie. Dit hoofdstuk stelt dat bij het bepalen van de competentie van kinderen voor inspraak in medische zorg, onderscheid gemaakt moet worden tussen de competentie van kinderen enerzijds en de bereidheid van anderen om de keuzes van kinderen te accepteren anderzijds. Deze vraag is relevant, omdat het verband houdt met de mate van verantwoordelijkheid die kinderen hebben om hun eigen recht op gezondheid te realiseren. De rol van ouders bij het verzekeren van het recht op gezondheid van kinderen wordt bediscussieerd in termen van hun primaire verantwoordelijkheid om een gezonde leefomgeving voor hun kind te creëren en om hun kinderen te begeleiden in de medische context. Tenslotte, legt hoofdstuk 2 het verband tussen de kernelementen van het recht op gezondheid van het kind in het IVRK en de vier medisch ethische principes. Om het recht op gezondheid van kinderen in de dagelijkse medische praktijk te realiseren, moeten alle medische professionals die kinderen in hun (dagelijkse) werk tegenkomen, onderwezen worden over

kinderrechten en getraind in communicatie met kinderen en hun families in de medische context.

*Hoofdstuk 3* analyseert hoe de prioriteiten die voortvloeien uit het recht op gezondheid van het kind in het IVRK en de Algemene Aanbevelingen geïnterpreteerd worden door het kinderrechtencomité in haar Concluderende Observaties van de landenrapportages voor landen met verschillende ontwikkelingsniveaus. Hiertoe is een selectie van 35 landen gemaakt, gebaseerd op landoppervlakte, bevolkingsomvang, en indicatoren van menselijke ontwikkeling, geografische spreiding. De Concluderende Observaties van de landenrapportages zijn specifiek onderzocht op aanbevelingen met betrekking tot het recht op het hoogst haalbare niveau van gezondheid van het kind. Dit hoofdstuk vergelijkt ook de prioriteiten gesteld in het IVRK met de aanbevelingen van het kinderrechtencomité in de landenrapportages. Het meest opmerkelijke verschil is dat de aanbevelingen van het kinderrechtencomité Staten adresseren, terwijl het Verdrag zelf en de Algemene Aanbevelingen ook het belang benadrukken van het betrekken van kinderen, hun ouders en andere belanghebbenden. Om een nauwkeurige beoordeling te kunnen doen van de door Staten geboekte vooruitgang bij de implementatie van het recht op gezondheid van kinderen, beveelt het kinderrechtencomité staten aan om:

- I. Een nationaal plan vast te stellen met strategische budgetlijnen.
- II. De verantwoordelijke overheidsorganen te identificeren.
- III. Duidelijke, tijdsgebonden en meetbare doelstellingen te bepalen.
- IV. Gedisaggregeerde data collectie en analyse te waarborgen.

*Hoofdstuk 4* onderzoekt welke prioriteiten voor het realiseren van het recht op het hoogst haalbare niveau van gezondheid van het kind voortvloeien uit internationale mensenrechten en gezondheidsrecht. Dit hoofdstuk identificeert verschillende factoren, die het lastig maken om één universele standaard van het recht op het hoogst haalbare niveau van gezondheid van het kind vast te stellen. Desalniettemin zijn er verschillende prioriteiten gevonden die gerealiseerd zouden worden, waaronder het voorzien in onderliggende determinanten van gezondheid, inclusie van kwetsbare groepen kinderen en een aantal gezondheidsvoorzieningen die tegemoet komen aan de veranderende behoeftes van moeders en kinderen tijdens de verschillende ontwikkelingsfasen. Algemene Aanbeveling 14 bij het IVESCR stelt verder dat gezondheidsvoorzieningen in lijn moeten zijn met de vier constitutieve elementen van het recht op gezondheid: beschikbaarheid, toegankelijkheid, accepteerbaarheid en kwaliteit. Deze 'AAAQ-structuur' voor het bepalen van het niveau van realisatie van het algemene recht op gezondheid biedt inzicht in de wijze waarop ook het recht op gezondheid van kinderen gerealiseerd kan worden. Deze structuur heeft betrekking op de onderliggende determinanten van gezondheid en op de verschaffing van medische zorg zelf. Hoofdstuk 4 discussieert de inclusie van nieuwe elementen in de 'AAAQ-structuur', te weten aanpassingsvermogen, verantwoording en

participatie. Inclusie van deze elementen zou aansluiten op de huidige trend om patiënten beter te betrekken bij hun eigen zorgproces en het zou een meer flexibel en adaptief gezondheidssysteem mogelijk maken, waarin het belang van het kind en diens familie centraal staan.

*Hoofdstuk 5* onderzoekt de prioriteiten die gerealiseerd moeten worden zoals neergelegd in Europese mensenrechten. Zowel vanuit het perspectief van de EU als van de Raad van Europa blijkt een heldere focus op de noodzaak om gezondheidsproblemen te voorkomen vanaf het allereerste begin: voor de conceptie, tijdens de zwangerschap, geboorte en gedurende de eerste levensjaren tot in de schooltijd en de puberteit. Terwijl het juridisch kader in het kinderrechtendomein en in het internationaal gezondheidsrecht de nadruk leggen op basale gezondheidsmaatregelen, zijn de juridische kaders in de Europese regio meer gericht op de manier waarop de verschillende niveaus van gezondheidszorg georganiseerd zijn. Ook zijn een aantal specifieke subthema's geïdentificeerd die preciezer zijn uitgewerkt. Hoofdstuk 5 besteedt in het bijzonder aandacht aan de Richtlijnen voor Kindvriendelijke Gezondheidszorg zoals aangenomen door de Raad van Europa. Deze Richtlijnen bepalen dat gezondheidszorg georganiseerd moet zijn rondom de rechten, behoeftes en karakteristieken van kinderen en hun familie. De elementen die nodig zijn om dit mogelijk te maken zijn hierin uitgewerkt. Ook is de centrale rol van kinderen en hun familie in de vormgeving van hun eigen gezondheid benadrukt.

*Hoofdstuk 6* beantwoordt de vraag 'Hoe beïnvloedt het proces van realisatie de interpretatie van het recht op het hoogst haalbare niveau van gezondheid van het kind en welke actoren verantwoordelijk zijn in het implementatieproces?' Dit hoofdstuk bediscussieert de manier waarop de in het internationaal juridische kader vastgestelde prioriteiten geïmplementeerd moeten worden. Terwijl internationale mensenrechtenwetgeving met name gericht is op staten, wordt een steeds grotere rol toegekend aan individuele actoren bij het vormgeven van hun eigen gezondheid of die van hun kinderen. Hoofdstuk 6 maakt een onderscheid tussen de verplichtingen van staten om algemene gezondheidsmaatregelen te nemen en rechtsmiddelen te garanderen en de mogelijkheden van individuele actoren om verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen gezondheid en staten verantwoordelijk te houden. Dit hoofdstuk besteedt aandacht aan de waarde en tegenargumenten voor het gebruik van juridische procedures om het recht op gezondheid af te dwingen. In het bijzonder wordt de toegevoegde waarde van het Derde Protocol bij het IVRK betreffende een klachtprocedure voor kinderen beoordeeld bij het realiseren van het recht op het hoogst haalbare niveau van gezondheid van het kind.

De conclusie in *Hoofdstuk 7* presenteert de prioriteiten die in het internationale recht gesteld zijn om het recht op het hoogst haalbare niveau van gezondheid

te bereiken (het vermogen van het kind om gezond te zijn). De gepresenteerde prioriteiten bevatten een reeks concrete maatregelen die staten, ouders, medische professionals en andere actoren moeten nemen, waarbij rekening wordt gehouden met de veranderende behoeftes en levensomstandigheden van kinderen. Daartoe zouden de te treffen maatregelen moeten resulteren in een flexibel gezondheidszorgsysteem waarin het belang van het kind en diens familie centraal staan. Dit vereist de actieve betrokkenheid van de beneficianten, andere belanghebbenden en de gemeenschappen waarin kinderen leven. Dit concluderende hoofdstuk adresseert verder de vraag hoe het proces van realisatie de interpretatie van het concept van het hoogst haalbare niveau van gezondheid beïnvloedt. Dit resulteert in een definitie van het concept van het hoogst haalbare niveau van gezondheid van het kind die rekening houdt met de individuele capaciteiten van kinderen en waarbij kinderen beschouwd worden als rechthebbenden, ongeacht hun leeftijd of ontwikkelingsniveau.

