



Dohovor o právach dieťaťa

Distribúcia: všeobecná
14. marec 2013
NEREDIGOVANÁ VERZIA
Originálny jazyk: angličtina

Výbor pre práva dieťaťa

Všeobecný komentár č. 15 (2013)

Právo dieťaťa na dosiahnutie najvyššej možnej úrovne zdravotného stavu (článok 24)

Obsah

	<i>odseky</i>	<i>strana</i>
I. Úvod	1–6	3
II. Zásady a východiská realizácie práva detí na zdravie	7–22	4
A. Neoddeliteľnosť a vzájomná závislosť detských práv	7	4
B. Právo nebyť diskriminovaný	8–11	5
C. Najlepšie záujmy dieťaťa	12–15	5
D. Právo na život, zachovanie života a rozvoj a determinanty zdravia dieťaťa ...	16–18	6
E. Právo dieťaťa na vypočutie	19	7
F. Rozvoj schopností počas života dieťaťa	20–22	7
III. Normatívny obsah článku 24	23–70	8
A. Článok 24.1	23–31	8
B. Článok 24.2	32–70	9
IV. Povinnosti a zodpovednosť	71–85	17
A. Povinnosti zmluvných štátov pri rešpektovaní, ochrane a plnení práv a nárokov	71–74	17
B. Úlohy neštátnych subjektov	75–85	17
V. Medzinárodná spolupráca	86–89	19
VI. Rámec pre vykonávanie a zodpovednosť	90–120	20
A. Posilňovanie znalostí v oblasti práva detí na zdravie (čl. 42)	93	20
B. Legislatívne opatrenia	94–95	20
C. Riadenie a koordinácia	96–103	21
D. Investovanie do zdravia detí	104–107	22
E. Cyklus opatrení	108–118	23
F. Náprava v prípade porušenia práva na zdravie	119–120	25
VII. Šírenie	121	25

I. Úvod

1. Predkladaný všeobecný komentár kladie dôraz na prístup k zdraviu detí z pohľadu práv dieťaťa, podľa ktorých všetky deti majú právo dostať príležitosť na zachovanie života, vyrastať a rozvíjať sa v medziach svojho telesného, emocionálneho a sociálneho blaha tak, aby každé dieťa mohlo v plnej miere realizovať svoj potenciál. Výraz „dieťa“ používaný v tomto všeobecnom komentári označuje osoby mladšie ako 18 rokov v zmysle definície podľa článku 1 Dohovoru o právach dieťaťa (ďalej len ako „Dohovor“). Aj napriek pozoruhodnému pokroku v plnení práv detí na zdravie, ktorý sa podarilo v ostatných rokoch od prijatia Dohovoru dosiahnuť, ostávajú v tejto oblasti významné nedoriešené výzvy. Výbor pre práva dieťaťa (ďalej len ako „Výbor“) si uvedomuje, že väčšine prípadov úmrtnosti, chorobnosti a postihnutia, ktorými deti trpia, by bolo možné predísť, keby existovala politická vôľa a dostatok prostriedkov na podporu využívania dostupných vedomostí a technológií v oblasti zdravotnej prevencie, liečby a starostlivosti. Predkladaný všeobecný komentár bol vypracovaný s cieľom usmerniť a podporiť zmluvné štáty Dohovoru a ďalšie povinné osoby, aby dodržiavali, chránili a realizovali právo detí na dosiahnutie najvyššej možnej úrovne zdravotného stavu (ďalej len ako „právo detí na zdravie“).

2. Výbor vykladá právo detí na zdravie, ktoré je definované v článku 24 Dohovoru, ako inkluzívne právo, ktoré sa vzťahuje nielen na včasné a primerané zabezpečenie služieb v oblasti prevencie a podpory zdravia, liečby, rehabilitačnej a paliatívnej starostlivosti, ale aj na právo vyrastať a vyvíjať sa v súlade s ich plným potenciálom a žiť v podmienkach, ktoré im umožnia dosiahnuť najvyššiu možnú úroveň zdravotného stavu, prostredníctvom implementácie programov, ktoré riešia základne determinanty zdravotného stavu. V zmysle holistického prístupu k zdraviu je realizácia práva detí na zdravie súčasťou širšieho rámca medzinárodných ľudskoprávných záväzkov.

3. Výbor adresuje tento všeobecný komentár zainteresovaným stranám, ktoré pôsobia v oblasti práv detí a verejného zdravia, a to vrátane tvorcov politik, realizátorov programov a aktivistov, ako aj rodičom a samotným deťom. Komentár je explicitne všeobecne formulovaný, aby sa zabezpečil jeho význam pre čo najširšiu oblasť zdravotných problémov detí, systémov zdravotnej starostlivosti a aby zodpovedal rozličným podmienkam, ktoré existujú v jednotlivých štátoch a regiónoch. Zameriava sa predovšetkým na článok 24 ods. 1 a 2 a zároveň sa zaoberá aj článkom 24 ods. 4.¹ Pri uplatňovaní článku 24 je nevyhnutné zohľadniť všetky ľudskoprávne zásady, osobitne zásadné princípy Dohovoru, a uplatňovať štandardy verejného zdravia založené na dôkazoch a najlepších osvedčených postupoch.

4. V Ústave Svetovej zdravotníckej organizácie sa členské štáty dohodli, že za zdravie budú považovať stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody, a nielen neprítomnosť choroby alebo postihnutia.² Takýto pozitívny prístup k chápaniu zdravia predstavuje základnú premisu verejného zdravia v zmysle predkladaného všeobecného komentára. Článok 24 výslovne spomína primárnu zdravotnú starostlivosť, prístup ku ktorej bol definovaný v Deklarácii z Almaty³ a ďalej potvrdený Svetovým zdravotníckym

¹ Tento komentár sa nezaobera článkom 24.3, pretože osobitný všeobecný komentár o škodlivých praktikách sa momentálne pripravuje.

² Preambula Ústavy Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO), ktorá bola prijatá na Medzinárodnej zdravotníckej konferencii, 19. júna - 22. júl 1946, New Yorku.

³ Deklarácia z Almaty, Medzinárodná konferencia o primárnej zdravotnej starostlivosti, Almata, ZSSR, 6. - 12. september 1978.

zhromaždením.⁴ Uvedený prístup zdôrazňuje potrebu eliminovať vylúčenie a znížiť sociálne rozdiely v oblasti zdravia, prispôbiť služby zdravotnej starostlivosti potrebám a očakávaniam ľudí, začleniť zdravotníctvo do súvisiacich sektorov, presadzovať kolaboratívne modely politického dialógu a posilniť angažovanosť zainteresovaných strán aj v oblasti dopytu po službách a ich vhodnom využívaní.

5. Zdravie detí ovplyvňuje množstvo rozličných faktorov; mnohé z nich sa za ostatných 20 rokov zmenili a pravdepodobne sa budú ďalej vyvíjať aj v budúcnosti. Patrí medzi ne aj pozornosť, ktorá sa venuje novým problémom v oblasti zdravia a meniacim sa prioritám, napríklad HIV/AIDS, pandemická chrípka, neprenosné choroby, význam starostlivosti o duševné zdravie, starostlivosť o novorodencov, neonatálna úmrtnosť a úmrtnosť mladistvých; lepšie porozumenie faktorom, ktoré prispievajú k úmrtnosti, chorobnosti a zdravotnému postihnutiu detí, vrátane štrukturálnych determinantov ako globálna ekonomická a finančná situácia, chudoba, nezamestnanosť, migrácia a nútene vysídlenie obyvateľstva, vojnové konflikty a občianske nepokoje, diskriminácia a spoločenská marginalizácia. Zároveň sa prehlbujú znalosti o dosahoch zmeny klímy a rapídnej urbanizácie na zdravie detí, rozvíjajú sa nové technológie, ako napríklad vakcíny a lieky, posilňujú sa dôkazy opodstatňujúce účinné biomedicínske, behaviorálne a štrukturálne intervencie a lepšie chápeme niektoré kultúrne zvyklosti týkajúce sa výchovy detí, u ktorých sa preukázal ich pozitívny vplyv na deti.

6. Rozvoj informačných a komunikačných technológií prináša nové možnosti a príležitosti na naplnenie práva detí na zdravie. Napriek novým prostriedkom a technológiám, ktoré má zdravotníctvo momentálne k dispozícii, mnohé štáty ešte stále nedokážu zabezpečiť univerzálny prístup k službám v oblasti podpory zdravia, prevencie a liečby detí. Na plnú realizáciu práva detí na zdravie je potrebné zapojiť širokú skupinu rozličných povinných osôb a uznať ústrednú úlohu, ktorú v tejto oblasti zohrávajú rodičia a ďalšie osoby, ktoré sa o dieťa starajú. Bude potrebné zapojiť relevantné zainteresované strany na národnej, regionálnej, miestnej aj komunitnej úrovni, a to vrátane vládnych a mimovládnych partnerov, súkromného sektora a financujúcich organizácií. Štáty majú povinnosť zabezpečiť, aby všetky povinné osoby mali dostatočné povedomie, znalosti a schopnosti potrebné na plnenie svojich záväzkov a povinností a aby deti mali dostatočne rozvinuté schopnosti, ktoré im umožnia uplatniť si právo na zdravie.

II. Zásady a východiská realizácie práva detí na zdravie

A. Neoddeliteľnosť a vzájomná závislosť detských práv

7. Dohovor uznáva vzájomnú prepojenosť a rovnakú dôležitosť všetkých práv (občianskych, politických, hospodárskych, sociálnych a kultúrnych), ktoré deťom umožňujú rozvíjať ich duševné a telesné schopnosti, osobnostné predpoklady a nadanie v najvyššej možnej miere. Právo detí na zdravie je dôležité nielen samo o sebe, ale realizácia tohto práva je nevyhnutným predpokladom pre užívanie všetkých ostatných práv vyplývajúcich z Dohovoru. Okrem toho naplnenie práva detí na zdravie závisí od realizácie mnohých ďalších práv uvedených v Dohovore.

⁴ Primárna zdravotná starostlivosť vrátane posilnenia zdravotníckych systémov, Svetové zdravotnícke zhromaždenie, Apríl 2009.

B. Právo nebyť diskriminovaný

8. Aby bolo možné realizovať právo na zdravie pre všetky deti, zmluvné štáty majú povinnosť zabezpečiť, aby zdravie detí netrpelo v dôsledku diskriminácie, ktorá zásadným spôsobom prispieva k ich zraniteľnosti. Článok 2 Dohovoru stanovuje množstvo dôvodov, na základe ktorých je diskriminácia zakázaná, a to vrátane rasy, farby pokožky, pohlavia, jazyka, náboženstva, politického alebo iného zmýšľania, národnostného, etnického alebo sociálneho pôvodu, majetku, telesnej alebo duševnej nespôsobilosti, rodu a iného postavenia dieťaťa, jeho rodiča alebo zákonného zástupcu. Medzi zakázané dôvody diskriminácie patria aj sexuálna orientácia, rodová identita a zdravotný stav, napríklad HIV alebo duševné zdravie.⁵ Pozornosť je potrebné venovať aj akýmkoľvek ďalším formám diskriminácie, ktoré môžu ohrozovať zdravie detí, a zároveň riešiť aj dosahy viacnásobnej diskriminácie.

9. Obzvlášť rozšírená je diskriminácia na základe pohlavia, ktorá vedie k mnohým negatívnym javom, od zabíjania novorodencov/plodov ženského pohlavia až po diskriminačné praktiky týkajúce sa dojčenia malých detí, rodové stereotypy a prístup k službám. Pozornosť je potrebné venovať odlišným potrebám dievčat a chlapcov a vplyvu rodovo podmienených spoločenských noriem a hodnôt na zdravie a vývoj chlapcov a dievčat. Rovnako je potrebné venovať pozornosť aj nebezpečným rodovo podmieneným praktikám a normám správania, ktoré sú zakorenené v tradíciách a zvyklostiach a ktoré poškodzujú právo dievčat a chlapcov na zdravie.

10. Všetky politiky a programy s vplyvom na zdravie detí by mali vychádzať zo širokého prístupu k problematike rodovej rovnosti, ktorý mladým ženám zabezpečuje plnohodnotnú účasť na politickom živote, posilňuje ich spoločenské a ekonomické postavenie, uznáva rovnosť práv v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia a rovnakého prístupu k informáciám, vzdelaniu, spravodlivosti a bezpečnosti vrátane eliminácie všetkých foriem sexuálneho a rodovo podmieneného násillia.

11. Deti v znevýhodnenom prostredí s nedostatočným prístupom k službám by mali byť v centre pozornosti úsillia o realizáciu práva detí na zdravie. Štáty by mali na národnej a miestnej úrovni identifikovať faktory, ktoré spôsobujú zraniteľnosť detí alebo vedú k znevýhodňovaniu určitých skupín detí. Tieto faktory je potrebné zohľadniť pri tvorbe zákonov, predpisov, politik, programov a služieb v oblasti detského zdravia, ktorých cieľom by malo byť zabezpečiť spravodlivý prístup.

C. Najlepšie záujmy dieťaťa

12. Článok 3 ods. 1 Dohovoru obsahuje povinnosť zaistiť, aby sa pri všetkých aktivitách týkajúcich sa detí vykonávaných verejnými či súkromnými inštitúciami sociálneho zabezpečenia, súdmi, správnymi alebo legislatívnymi orgánmi v prvom rade prihliadlo na najlepší záujem dieťaťa. Túto zásadu musia rešpektovať všetky rozhodnutia týkajúce sa zdravia jednotlivých detí alebo detí ako skupiny. Najlepšie záujmy dieťaťa by mali vychádzať z jeho fyzických, emocionálnych, sociálnych a vzdelávacích potrieb, veku, pohlavia, vzťahu s rodičmi a opatrovníkmi, jeho rodinného a spoločenského zázemia, pričom by mali zohľadňovať aj jeho názory v súlade s článkom 12 Dohovoru o právach dieťaťa.

⁵ Všeobecný komentár Výboru pre práva dieťaťa č. 4 (2003) o zdraví adolescentov. CRC/GC/2003/4, ods. 6.

13. Výbor vyzýva štáty, aby zabezpečili, aby boli najlepšie záujmy detí v centre všetkých rozhodnutí, ktoré majú vplyv na ich zdravie a vývoj, vrátane vyčlenenia prostriedkov a vypracovania a implementácie politík a intervencií, ktoré majú vplyv na základné determinanty ich zdravia. Najlepšie záujmy dieťaťa by mali byť zohľadnené napríklad:

- pri výbere možností liečby, kde by mali mať prednosť pred ekonomickými faktormi, pokiaľ je to možné,
- pri riešení konfliktu záujmov medzi rodičmi a zdravotníckymi pracovníkmi a
- pri tvorbe politík, ktoré upravujú aktivity s nepriaznivým vplyvom na fyzické a sociálne prostredie, v ktorom deti žijú, vyrastajú a vyvíjajú sa.

14. Výbor zdôrazňuje význam najlepších záujmov dieťaťa ako východiska pri rozhodovaní o poskytnutí, odopretí alebo ukončení liečby pre všetky deti. Štáty by mali vypracovať postupy a kritériá, ktoré zdravotníckym pracovníkom poskytnú usmernenie pri posudzovaní najlepších záujmov dieťaťa v oblasti zdravia popri iných platných formálnych záväzných postupoch na určovanie najlepších záujmov dieťaťa. Vo svojom všeobecnom komentári č. 3⁶ Výbor zdôraznil, že primerané opatrenia na riešenie HIV/AIDS je možné uskutočniť, len ak sú práva detí a mládeže v plnej miere rešpektované. Preto by sa najlepšie záujmy dieťaťa mali v prípade HIV/AIDS zohľadňovať na všetkých úrovniach prevencie, liečby, starostlivosti a podpory.

15. Vo svojom všeobecnom komentári č. 4 výbor zdôraznil, že medzi najlepšie záujmy dieťaťa patrí prístup k primeraným informáciám týkajúcim sa zdravia.⁷ Osobitná pozornosť sa musí venovať určitým kategóriám detí vrátane detí a dospelujúcich so psychosociálnym postihnutím. Rozhodovanie o hospitalizácii alebo umiestnení do ústavnej starostlivosti by malo prebiehať v súlade so zásadou najlepších záujmov dieťaťa, pričom prednostne sa má za to, že v najlepšom záujme všetkých detí s postihnutím je, aby im, pokiaľ je to možné, bola poskytovaná starostlivosť v rodinnom prostredí, pokiaľ možno v rámci ich vlastnej rodiny, pričom rodina a dieťa majú k dispozícii potrebnú podporu.

D. Právo na život, zachovanie života a rozvoj a determinanty zdravia dieťaťa

16. Článok 6 zdôrazňuje povinnosti zmluvných štátov zabezpečiť zachovanie života, rast a rozvoj dieťaťa vrátane telesných, duševných, morálnych, duchovných a sociálnych dimenzií jeho rozvoja. Na vypracovanie a implementáciu informovaných, na dôkazoch založených intervencií, ktoré riešia širokú škálu determinantov v priebehu života, je potrebné systematicky identifikovať riziká a ochranné faktory, ktoré sú nevyhnutným predpokladom života, zachovania života a rozvoja dieťaťa.

17. Výbor si uvedomuje, že pri realizácii práva detí na zdravie je potrebné brať do úvahy množstvo determinantov vrátane individuálnych faktorov ako vek, pohlavie, dosiahnuté vzdelanie, socioekonomický status a bydlisko, determinantov, ktoré pôsobia v bezprostrednom prostredí rodinných príslušníkov, spolužiakov, učiteľov a poskytovateľov služieb, predovšetkým násilie, ktoré ohrozuje život a zachovanie života

⁶ Všeobecný komentár Výboru pre práva dieťaťa č. 3 o HIV/AIDS a právach dieťaťa, CRC/GC/2003/3.

⁷ Všeobecný komentár Výboru pre práva dieťaťa č. 4 o zdraví a rozvoji dospelujúcich v kontexte Dohovoru o právach dieťaťa, CRC/GC/2003/4, ods. 32.

detí v ich bezprostrednom prostredí, ako aj štrukturálnych determinantov vrátane politik, administratívnych štruktúr a systémov, spoločenských a kultúrnych hodnôt a noriem.⁸

18. Medzi hlavné determinanty zdravia, výživy a vývoja detí patria realizácia práva matky na zdravie⁹ a úloha rodičov a ďalších osôb, ktoré sa o dieťa starajú. K významnému počtu novorodeneckých úmrtí dochádza počas neonatálneho obdobia v dôsledku zlého zdravotného stavu matky pred a počas tehotenstva a bezprostredne po pôrode, ako aj v dôsledku nedostatočného dojčenia. Zdravie a so zdravím súvisiace správanie rodičov a ďalších dôležitých dospelých osôb majú zásadný vplyv na zdravie dieťaťa.

E. Právo dieťaťa na vypočutie

19. Článok 12 zdôrazňuje význam participácie detí a dáva deťom právo vyjadriť svoje názory, pričom ich názory musia byť náležite zohľadnené, primerane veku a vyspelosti dieťaťa.¹⁰ Uvedené právo zahŕňa právo vyjadriť svoj názor na všetky aspekty poskytovania zdravotnej starostlivosti vrátane názorov napríklad na to, aké služby sú potrebné, ako a kde sa najlepšie poskytujú, na prekážky v prístupe k službám alebo v ich využívaní, na kvalitu poskytovaných služieb a prístupu zo strany zdravotníckych pracovníkov, na posilnenie schopností detí, aby dokázali prevziať väčšiu zodpovednosť za svoje vlastné zdravie a rozvoj, na spôsob, ako ich efektívnejšie zapojiť do poskytovania služieb vo forme šírenia osvetu medzi vrstovníkmi. Štáty by mali od detí pravidelne získavať informácie, spôsobom a formou primeranou ich veku a vyspelosti, aby spoznali ich zdravotné problémy, rozvojové potreby a očakávania, ktoré použijú ako východiská pri tvorbe efektívnych opatrení a zdravotných programov. Obdobné informácie by mali získavať aj samostatne od ich rodičov.

F. Rozvoj schopností počas života dieťaťa

20. Detstvo je obdobím nepretržitého rastu a vývoja od narodenia cez rané detstvo a predškolský vek až po obdobie dospievania. Dôležitá je každá fáza tohto vývoja, počas ktorého dochádza k významným zmenám v zmysle fyzického, psychologického, emocionálneho a sociálneho rozvoja, očakávaní a noriem. Zmeny, ktorými dieťa prechádza v každej fáze vývojového obdobia, majú kumulatívny dosah a vplyv na jeho vývoj v ďalšej fáze, pričom ovplyvňujú zdravie, potenciál, riziká a príležitosti dieťaťa. Musíme rozumieť priebehu života, aby sme pochopili, ako zdravotné problémy z detstva ovplyvňujú verejné zdravie vo všeobecnosti.

21. Výbor uznáva, že rozvíjajúce sa schopnosti detí majú vplyv na ich nezávislé rozhodovanie o otázkach vlastného zdravia. Zároveň pripomína, že v súvislosti s takýmto autonómnym rozhodovaním často dochádza k závažným rozporom, pričom v prípade detí, ktoré sú obzvlášť ohrozené diskrimináciou, je takéto samostatné rozhodovanie obmedzené. Preto je nevyhnutné zaviesť podporné politiky, ktoré deťom, rodičom a zdravotníckym pracovníkom poskytnú primerané usmernenia v oblasti práv týkajúcich sa poskytnutia súhlasu a dôvernosti informácií.

⁸ Všeobecný komentár Výboru pre práva dieťaťa č. 13 o práve dieťaťa na ochranu proti všetkým formám násilia, CRC/GC/13, 2011

⁹ Všeobecné odporúčanie Výboru na odstránenie diskriminácie žien č. 24 (1999) o ženách a zdraví, 1999.

¹⁰ Pozri všeobecný komentár Výboru pre práva dieťaťa č. 12 o práve dieťaťa byť vypočuté, CRC/GC/12/2009.

22. Aby bolo možné reagovať na vyvíjajúce sa schopnosti detí a meniace sa zdravotné priority počas života a pochopiť ich, je potrebné zhromažďovať a analyzovať údaje a informácie v členení podľa veku, pohlavia, typu postihnutia, socioekonomického statusu a spoločensko-kultúrnych aspektov a geografickej polohy v súlade s medzinárodnými štandardmi. Na základe takýchto údajov a informácií je možné plánovať, vypracovať, implementovať a monitorovať vhodné politiky a opatrenia, ktoré zohľadňujú meniace sa schopnosti a potreby detí a prispievajú k zabezpečeniu relevantných zdravotníckych služieb pre všetky deti.

III. Normatívny obsah článku 24

A. Článok 24.1

„Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami tohto Dohovoru, uznávajú právo dieťaťa na dosiahnutie najvyššej novej úrovne zdravotného stavu...“

23. Výraz „najvyššia možná úroveň zdravia“ zohľadňuje biologické, sociálne, kultúrne a ekonomické predpoklady dieťaťa aj prostriedky, ktoré má štát k dispozícii, doplnené o prostriedky z iných zdrojov vrátane mimovládnych organizácií, medzinárodného spoločenstva a súkromného sektora.

24. Súčasťou práva detí na zdravie je súbor slobôd a oprávnení. Medzi slobody, ktorých význam sa zvyšuje zároveň s rozvojom schopností a dospelaním, patrí právo rozhodovať o vlastnom zdraví a tele vrátane sexuálnej a reprodukčnej slobody zodpovedne sa rozhodovať. Medzi oprávnenia patrí prístup k zariadeniam, tovarom, službám a prostrediu, ktoré všetkým deťom zabezpečujú rovnosť v dosahovaní najvyššej novej úrovne zdravia.

„... a na využívanie liečebných a rehabilitačných zariadení“

25. Deti majú právo na kvalitné zdravotnícke služby vrátane služieb v oblasti prevencie, podpory zdravia, liečby, rehabilitačnej a paliatívnej starostlivosti. V rámci primárnej starostlivosti musia byť tieto služby dostupné v dostatočnom množstve a kvalite, musia byť funkčné, vo fyzickom a finančnom dosahu všetkých skupín detskej populácie a prijateľné pre všetkých. Systém zdravotnej starostlivosti by nemal zabezpečovať len zdravotnícku podporu, ale zároveň poskytovať relevantným orgánom informácie o prípadoch porušovania práv a bezprávia. V rámci možností by mala byť dostupná aj sekundárna a terciárna starostlivosť, s fungujúcim systémom odporúčaní, ktorý prepája komunity a rodiny na všetkých úrovniach zdravotníctva.

26. Je potrebné zabezpečiť komplexné programy primárnej zdravotnej starostlivosti, doplnené o osvedčené komunitné pôsobenie vrátane preventívnej starostlivosti, liečby špecifických ochorení a opatrení v oblasti výživy. Súčasťou opatrení realizovaných na komunitnej úrovni by malo byť poskytovanie informácií, služieb a tovarov, ako aj preventívne opatrenia zamerané na predchádzanie chorobám a zraneniam, napr. investície do bezpečnosti verejných priestranstiev, bezpečnosti cestnej premávky a osvetových aktivít v oblasti prevencie zranení, nehôd a násilia.

27. Štáty by mali zabezpečiť, aby bol k dispozícii dostatočný počet vyškolených pracovníkov, s cieľom podporiť dostupnosť služieb zdravotnej starostlivosti pre všetky deti. Rovnako je potrebné zabezpečiť primeranú reguláciu, dohľad, odmeňovanie a podmienky v oblasti poskytovania služieb, a to aj pre komunitných zdravotníckych pracovníkov. Aktivity zamerané na budovanie kapacít by mali zabezpečiť, aby poskytovatelia služieb pri výkonne svojej činnosti zohľadňovali potreby detí a aby neodmietli poskytnúť deťom

služby, na ktoré sú zo zákona oprávnené. Je potrebné zaviesť mechanizmy na určenie a vyodenie zodpovednosti, ktoré zabezpečia dodržiavanie štandardov kontroly kvality.

„Štáty, ktoré sú zmluvnými stranami tohto Dohovoru, sa musia usilovať, aby žiadne dieťa nebolo zbavené svojho práva na prístup k takýmto zdravotníckym službám“

28. Článok 24.1 ukladá zmluvným štátom povinnosť konať s cieľom zabezpečiť, aby služby zdravotnej starostlivosti a ďalšie služby boli k dispozícii a dostupné pre všetky deti, pričom osobitnú pozornosť je potrebné venovať oblastiam a obyvateľom s nedostatočným prístupom k službám. Vyžaduje zavedenie komplexného systému primárnej zdravotnej starostlivosti, primerané legislatívne prostredie a trvalú pozornosť, ktorú je potrebné venovať hlavným determinantom zdravia detí.

29. Je potrebné identifikovať a odstrániť prekážky, ktoré obmedzujú prístup detí k službám zdravotnej starostlivosti, vrátane finančných, inštitucionálnych a kultúrnych prekážok. Nevyhnutným predpokladom sú univerzálne bezplatné zápisy narodených detí, pričom je potrebné implementovať ochranné opatrenia v oblasti sociálnej starostlivosti a zabezpečenia, ako sú finančná podpora a príspevky na dieťa, peňažné transfery a platená rodičovská dovolenka, ktoré predstavujú doplnkové investície.

30. Zdravé správanie je formované prostredím, v ktorom k nemu dochádza, okrem iného aj dostupnosťou služieb, úrovňou vedomostí o zdraví, životnými zručnosťami a hodnotami. Štáty by sa mali usilovať o vytvorenie takéto prostredia, ktoré podporuje a stimuluje zdravé správanie rodičov a detí.

31. Primerane k svojim vyvíjajúcim sa schopnostiam by deti mali mať prístup k dôvernému poradenstvu bez súhlasu rodiča alebo zákonného zástupcu, ak odborníci, ktorí s deťmi pracujú zhodnotia, že je to v najlepšom záujme dieťaťa. Štáty by mali objasniť legislatívne postupy, ktoré sa uplatňujú pri určovaní vhodných opatrovníkov v prípade detí bez rodičov alebo zákonných zástupcov, ktorí môžu v mene dieťaťa poskytnúť súhlas, resp. môžu dieťaťu pomôcť pri poskytovaní súhlasu, v závislosti od jeho veku a vyspelosti. Štáty by mali prehodnotiť a zväziť možnosť umožniť deťom poskytovať súhlas s určitými typmi medicínskej liečby a intervencií aj bez predchádzajúceho súhlasu rodiča, opatrovníka alebo zákonného zástupcu, napr. testovanie na HIV a služby sexuálneho a reprodukčného zdravia, vrátane vzdelávania a osvetu v oblasti sexuálneho zdravia, antikoncepcie a bezpečného prerušenia tehotenstva.

B. Článok 24.2

32. V súlade s článkom 24.2 by štáty mali zaviesť postupy na identifikáciu a riešenie ďalších otázok, ktoré sa týkajú práva detí na zdravie. Na to je okrem iného potrebná podrobná analýza súčasného stavu, pokiaľ ide o prioritné zdravotné problémy a ich riešenia, a identifikácia a implementácia poznatkami doložených opatrení a politík, ktoré sú odpoveďou na kľúčové determinanty a zdravotné problémy, a to aj v spolupráci s deťmi, ak je to vhodné.

Článok 24.2 (a). „Znížiť dojčenskú a detskú úmrtnosť“

33. Štáty sú povinné znižovať detskú úmrtnosť. Výbor vyzýva k zvýšenej pozornosti, ktorú je potrebné venovať novorodeneckej úmrtnosti, ktorej podiel na úmrtnosti detí mladších ako päť rokov sa neustále zvyšuje. Okrem toho by sa štáty mali zaoberať aj chorobnosťou a úmrtnosťou mladistvých, ktorým so vo všeobecnosti nevenuje dostatočná pozornosť.

34. Medzi opatrenia v tejto oblasti by mali patriť zvýšená pozornosť pôrodom mŕtvonarodených detí, komplikáciám pri predčasných pôrodoch, uduseniam pri pôrodoch, nízkej pôrodnej hmotnosti, prenosu vírusu HIV a ďalších pohlavne prenosných chorôb z matky na dieťa, novorodeneckým infekciám, zápalu pľúc, hnačkovým ochoreniam, osýpkam, podvýžive, malárii, nehodám, násiliu, samovraždám a tehotenskej chorobnosti a úmrtnosti medzi dospievajúcimi. Odporúča sa posilniť zdravotné systémy, aby zabezpečili uvedené opatrenia pre všetky deti v kontexte kontinuálnej starostlivosti o reprodukčné zdravie a zdravie matiek, novorodencov a detí, vrátane skríningu vrodených chýb, bezpečných pôrodných služieb a starostlivosti o novorodencov. Pre potreby prevencie a určenia zodpovednosti by sa mala pravidelne sledovať tehotenská a pôrodná úmrtnosť.

35. Štáty by mali klásť osobitný dôraz na rozširovanie jednoduchých, bezpečných a nenákladných opatrení, ktoré sa už osvedčili, ako je napríklad komunitná liečba zápalu pľúc, hnačkových ochorení a osýpok, a venovať osobitnú pozornosť zabezpečeniu plnej ochrany a podpory dojčenia.

Článok 24.2(b). „Zabezpečiť nevyhnutnú lekársku pomoc a zdravotnú starostlivosť pre všetky deti, s dôrazom na základnú lekársku starostlivosť“

36. Prioritou zmluvných štátov by malo byť zabezpečenie univerzálneho prístupu detí k službám primárnej zdravotnej starostlivosti čo najbližšie k miestu, kde deti a ich rodiny žijú, predovšetkým v komunitnom prostredí. Aj keď sa konkrétne nastavenie a obsah poskytovaných služieb budú v jednotlivých štátoch líšiť, vždy bude nevyhnutné vybudovať silný systém zdravotnej starostlivosti vrátane dostatočného spôsobu financovania, vyškolenej a primerane ohodnotenej pracovnej sily, spoľahlivých informácií na prijímanie rozhodnutí a politík, náležite udržiavaných zariadení a logistických systémov na zabezpečenie liekov a technológií a zodpovedného vedenia a riadenia. Poskytovanie služieb zdravotnej starostlivosti na školách predstavuje dobrú príležitosť na podporu zdravia a včasné odhaľovanie chorôb a zvyšuje dostupnosť služieb zdravotnej starostlivosti pre školskú mládež.

37. Mali by sa uplatňovať odporúčané balíky služieb, napríklad Základné opatrenia, komodity a odporúčania pre reprodukčné zdravie a zdravie matiek, novorodencov a detí.¹¹ Štáty majú povinnosť zabezpečiť dostupnosť, prístupnosť a cenovú prijateľnosť všetkých základných liekov uvedených na Vzorovom zozname základných liekov Svetovej zdravotníckej organizácie, vrátane zoznamu liekov pre deti (pokiaľ možno v zložení vhodnom pre deti).

38. Výbor je znepokojený zhoršujúcim sa duševným zdravím dospievajúcej mládeže, vrátane vývojových porúch a porúch správania, depresí, porúch stravovania, úzkosti, psychologickéj traumy spôsobenej zneužívaním, zanedbávaním, násilím alebo vykorisťovaním, užívania alkoholu, tabakových výrobkov a drog, obsedantného správania, napríklad nadmerné používanie a závislosť na internete a ďalších technológiách, sebapoškodzovania a samovražd. Stále vo väčšej miere si uvedomujeme potrebu venovať zvýšenú pozornosť behaviorálnym a sociálnym problémom, ktoré majú nepriaznivý vplyv na duševné zdravie detí, ich psychosociálnu pohodu a emocionálny vývoj. Výbor varuje pred nadmerným využívaním liekov a inštitucionálnej liečby a vyzýva štáty, aby pri riešení problémov duševného zdravia detí a mládeže uplatňovali postup založený na psychosociálnej podpore verejného zdravia a aby investovali do vytvorenia postupov primárnej starostlivosti, ktoré umožňujú včas rozpoznať a liečiť psychosociálne, emocionálne a duševné problémy detí.

¹¹ Partnerstvo pre zdravie matiek, novorodencov a detí, Globálny prehľad kľúčových intervencií súvisiacich s reprodukčným zdravím a zdravím matiek, novorodencov a detí, Ženeva, 2011.

39. Štáty sú povinné zabezpečiť primeranú liečbu a rehabilitáciu detí s poruchami duševného zdravia a psychosociálnymi problémami bez zbytočnej medikamentózneho liečby. Uznesenie Svetového zdravotníckeho zhromaždenia o duševnom zdraví z roku 2012¹² zdôrazňuje, že existuje narastajúce množstvo dôkazov o účinnosti a nákladovej efektívnosti opatrení zameraných na podporu duševného zdravia a predchádzanie duševným poruchám, predovšetkým u detí. Výbor dôrazne vyzýva štáty, aby vo väčšej miere uplatňovali tieto opatrenia prostredníctvom ich presadzovania do sektorových politík a programov vrátane programov v oblasti zdravia, vzdelávania a ochrany (trestné súdnictvo) so zapojením rodín a komúnít. Deti ohrozené ich rodinným a sociálnym prostredím si vyžadujú zvýšenú pozornosť, ktorá im pomôže posilniť ich sociálne zručnosti a podporuje prostredie, ktoré im poskytuje ochranu a podporu.

40. Je potrebné si uvedomiť, akou obzvlášť nebezpečnou hrozbou pre zdravie detí sú humanitárne katastrofy vrátane tých, ktoré vedú k ich masovému vysídleniu z dôvodu živelných pohrôm alebo katastrof spôsobených ľudskou činnosťou. Mali by byť prijaté všetky opatrenia, ktoré deťom zabezpečia nepretržitý prístup k službám zdravotnej starostlivosti, pomôžu im (znovu)zjednotiť sa s ich rodinami a budú ich chrániť nielen formou fyzickej podpory, ako je jedlo a čistá voda, ale ktoré zároveň podporia špeciálnu rodičovskú alebo inú psychosociálnu starostlivosť s cieľom predchádzať alebo riešiť ich strach a duševné traumy.

Článok 24.2(c). „Bojovať proti chorobám a podvýžive aj v rámci základnej lekárskej starostlivosti, okrem iného tiež prostredníctvom poskytovanej technológie a prostredníctvom poskytovanej dostatočnej hodnotnej potravy a pitnej vody, pričom je treba brať ohľad na nebezpečenstvá a riziká znečistenia životného prostredia“

Využitie okamžite dostupnej technológie

41. Tak ako sa nové osvedčené technológie v oblasti detského zdravia, vrátane liekov, pomôcok a opatrení, stávajú dostupnými, štáty by ich mali zavádzať do svojich politík a služieb. Mobilné technológie a pôsobenie na komunitnej úrovni dokážu výraznou mierou prispieť k zníženiu niektorých rizík, preto by mali byť univerzálne dostupné. Patria sem: očkovanie proti bežným detským chorobám; sledovanie rastu a vývoja detí, najmä v ranom detstve; očkovanie dievčat proti ľudskému papilomavírusu; protitetanové očkovanie tehotných žien; prístup k orálnej rehydratačnej liečbe a doplnkom s obsahom zinku pri liečbe hnačkových ochorení; základné antibiotiká a antivírusové lieky; mikronutričné doplnky ako vitamín A a D, jodidovaná soľ a výživové doplnky s obsahom železa; kondómy. Zdravotnícki pracovníci by mali pacientom v prípade potreby poskytovať poradenstvo o prístupe k týmto jednoduchým prostriedkom a o ich užívaní.

42. Súkromný sektor, do ktorého patria podniky a neziskové organizácie, ktoré pôsobia v oblasti verejného zdravia, zohrávajú stále významnejšiu úlohu vo vývoji a ďalšom zlepšovaní technológií, liekov, pomôcok a zariadení, opatrení a procesov, ktoré významným spôsobom prispievajú k zlepšovaniu zdravotného stavu detí. Štáty by mali zabezpečiť, aby výhody, ktoré z toho plynú, boli dostupné všetkým deťom, ktoré ich potrebujú. Štáty môžu zároveň podporovať vznik verejno-súkromných partnerstiev a iniciatív v oblasti udržateľnosti, ktoré zlepšujú prístup k zdravotníckej technológii a jej finančnú dostupnosť.

¹² Globálna záťaž v podobe duševných porúch a potrebou komplexného koordinovaného riešenia zo strany zdravotníckych a sociálnych sektorov na národnej úrovni, šesťdesiate piate Svetové zdravotnícke zhromaždenie, 2012.

Zabezpečenie potravy s dostatočnou výživnou hodnotou Opatrenia, ktoré štátom umožňujú plniť si svoje povinnosti v oblasti zabezpečenia prístupu ku kultúrne vhodným a bezpečným potravinám s dostatočnou výživnou hodnotou¹³ a v oblasti boja proti podvýžive, by sa mali prijímať v závislosti od špecifických podmienok a okolností. Súčasťou efektívnych priamych opatrení v oblasti zdravej výživy tehotných žien je riešenie anémie a nedostatku kyseliny listovej a jódu a zabezpečenie doplnkov s obsahom vápnika. Opatrenia zamerané na predchádzanie a kontrolu pre-eklampsie a eklampsie, ktoré prispievajú k dobrému zdravotnému stavu žien a k zdravému vývoju plodu a novorodencov, by mali byť zabezpečené pre všetky ženy v reprodukčnom veku.

44. Osobitne je potrebné presadzovať a podporovať dojčenie novorodencov do veku šiestich mesiacov, pričom dojčenie materským mliekom by malo pokračovať až do veku dvoch rokov, pokiaľ je to možné, doplnené vhodnou stravou. Povinnosti štátov v tejto oblasti sú definované v rámci odporúčania „chrániť, presadzovať a podporovať“, ktoré bolo jednohlasne prijaté Svetovým zdravotníckym zhromaždením.¹⁴ Štáty sú povinné zaviesť, implementovať a presadzovať vo svojej vnútroštátnej legislatíve medzinárodne dohodnuté štandardy týkajúce sa práva detí na zdravie, vrátane Medzinárodného kódexu pre obchodovanie s náhradami materského mlieka a relevantných súvisiacich uznesení Svetového zdravotníckeho zhromaždenia, ako aj Rámcového dohovoru Svetovej zdravotníckej organizácie o kontrole tabaku. Mali by sa prijať osobitné opatrenia na podporu tehotných a dojčiacich matiek v spoločnosti a na pracovisku, ako aj na podporu realizovateľných a finančne dostupných služieb v oblasti starostlivosti o deti; opatrenia by sa mali zamerať aj na dodržiavanie Dohovoru Medzinárodnej organizácie práce č. 183 z roku 2000.

45. Osobitne dôležité sú vhodná výživa a sledované rastu a vývoja detí v období raného detstva. V prípade potreby by sa integrovaná starostlivosť pri vážnej akútnej podvýžive mala rozšíriť prostredníctvom opatrení na inštitucionálnej a komunitnej úrovni, ako aj o liečbu miernej akútnej podvýživy, a to aj prostredníctvom terapeutického stravovania.

46. Stravovanie na školách je potrebné na zabezpečenie, aby všetci žiaci mali prístup aspoň k jednému plnohodnotnému jedlu denne. Zároveň tým možno podporiť pozornosť detí v rámci vzdelávacieho procesu a zvýšiť ich školskú dochádzku. Výbor odporúča, aby sa tieto opatrenia kombinovali s osvetou v oblasti výživy a zdravia vrátane zakladania školských záhrad a vzdelávania učiteľov s cieľom posilniť zdravú výživu a stravovacie návyky detí.

47. Štáty by sa mali zaoberať detskou obezitou, s ktorou sú spojené problémy ako vysoký krvný tlak, predčasný výskyt srdcovocievnych ochorení, inzulínová rezistencia, nepriaznivé psychologické vplyvy, zvýšená pravdepodobnosť obezity v dospelom veku a predčasná smrť. Je potrebné obmedziť vysokú spotrebu jedál rýchleho občerstvenia, tzv. *fast food*, s vysokým obsahom tuku, cukru alebo soli, s vysokým kalorickým obsahom a nízkymi mikronutričnými hodnotami, ako aj nápojov s vysokým obsahom kofeínu alebo iných potenciálne škodlivých látok medzi deťmi. Marketing takýchto produktov, najmä ak sa primárne zameriava na deti, by mal byť regulovaný, a ich dostupnosť v školských zariadeniach a na ďalších miestach náležite kontrolovaná.

Zabezpečenie čistej pitnej vody

48. Prístup k bezpečnej a čistej pitnej vode a dostatočná hygiena sú nevyhnutným predpokladom plnohodnotného zdravého života a realizácie všetkých ďalších ľudských

¹³ Medzinárodný dohovor o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach, článok 11, a všeobecný komentár Výboru pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva, všeobecný komentár č. 12, 1999

¹⁴ WHO, Globálna stratégia pre výživu dojčiat a malých detí, 2003.

práv.¹⁵ Vládne orgány a miestne samosprávy zodpovedné za zabezpečenie prístupu k vode a hygienických potrieb by mali uznať svoju povinnosť napomáhať realizáciu práva detí na zdravie. Pri plánovaní a ďalšom rozširovaní potrebnej infraštruktúry a zabezpečovaní služieb v oblasti pitnej a odpadovej vody, ako aj pri rozhodovaní o minimálnom rozsahu ich bezplatnej dostupnosti a prerušení poskytovania týchto služieb by mali zohľadňovať indikátory detskej podvýživy, hnačkových a ďalších s vodou súvisiacich ochorení a veľkosť domácností. Štáty nie sú oslobodené od plnenia svojich povinností ani v prípade, ak sú služby v oblasti dodávok vody a likvidácie odpadových vôd zabezpečované súkromnými poskytovateľmi.

Znečisťovanie životného prostredia

49. Štáty by mali prijať opatrenia, ktoré riešia nebezpečenstvo a riziká, ktoré lokálne znečistenie životného prostredia predstavuje pre zdravie detí vo všetkých prostrediach. Základným predpokladom zdravej výchovy a rozvoja detí je zabezpečenie primeraného ubytovania, súčasťou ktorého sú bezpečné priestory na prípravu jedla, nefajčiarske prostredie, dostatočná ventilácia, efektívne odpadové hospodárstvo a likvidácia odpadov z obytných štvrtí a bezprostredného okolia, odstránenie plesní a iných toxických látok a zabezpečenie základných hygienických potrieb v rodinnom prostredí. Štáty by mali regulovať a monitorovať environmentálne vplyvy podnikateľských aktivít, ktoré by mohli ohroziť právo detí na zdravie, potravinovú bezpečnosť a prístup k bezpečným zdrojom pitnej vody a hygienickým službám.

50. Výbor upozorňuje na význam životného prostredia pre zdravie detí nad rámec environmentálneho znečistenia. Opatrenia na ochranu životného prostredia by mali okrem iného riešiť problematiku zmenu klímy, ktorá predstavuje jednu z najzávažnejších hrozieb pre zdravie detí a prehĺbuje rozdiely v oblasti zdravotnej starostlivosti. Z uvedeného dôvodu by mali byť zdravotné záujmy detí v centre štátnych stratégií zameraných na prispôsobenie sa zmene klímy a zmierňovaniu jej dôsledkov.

Článok 24.2(d). “Zabezpečiť poskytovanie primeranej starostlivosti matkám pred a po pôrode”

51. Výbor konštatuje, že úmrtnosť a chorobnosť v tehotenstve, ktorým je možné predísť, predstavujú hrubé porušenie ľudských práv žien a dievčat a vážne ohrozujú ich právo a právo ich detí na zdravie. Tehotenstvo a narodenie dieťaťa sú prirodzenými procesmi, ktorých zdravotné riziká sú známe a dajú sa ovplyvniť preventívnymi alebo liečebnými postupmi v prípade, ak sú identifikované dostatočne včas. Rizikové okolnosti sa môžu vyskytnúť počas tehotenstva, pôrodu, pred narodením dieťaťa a po ňom, pričom ich účinok na zdravie a blaho matky a dieťaťa môže byť krátkodobý alebo dlhodobý.

52. Výbor odporúča štátom, aby uplatňovali prístupy zamerané na zdravie dieťaťa počas rôznych období detstva a dospelovania, ako napr. (a) iniciatíva nemocníc priateľských k deťom¹⁶ ktorá chráni, presadzuje a podporuje systém „rooming-in“ (matka a dieťa spolu) a dojčenie; (b) zdravotné politiky zamerané na deti s dôrazom na vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov s cieľom poskytovať kvalitné služby spôsobom, ktorý minimalizuje obavy, úzkosť a bolesť detí a ich rodín; a (c) zdravotnícke služby zamerané na dospievajúcich, ktoré od zdravotníckych pracovníkov a zdravotníckych zariadení vyžadujú ústretový a citlivý prístup k mladým ľuďom, a rešpektovanie dôvernosti a poskytovanie služieb, ktoré mladí ľudia dokážu prijať.

¹⁵ Valné zhromaždenie, uznesenie č. 64/292: „Ľudské práva v oblasti prístupu k vode a hygienickým službám“, 2010.

¹⁶ UNICEF/WHO, Iniciatíva Nemocnice priateľské k deťom, 1991.

53. Starostlivosť poskytovaná ženám pred tehotenstvom, počas tehotenstva a po ňom má výrazný vplyv na zdravie a vývin ich detí. Plnenie záväzku zabezpečiť univerzálny prístup ku komplexnému balíku výkonov v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia by malo vychádzať z koncepcie kontinuálnej starostlivosti v období pred tehotenstvom a počas tehotenstva, pri pôrode a v popôrodnom období. Včasná a kvalitná starostlivosť počas týchto období poskytuje množstvo vhodných príležitostí na zabránenie medzigeneračnému prenosu ochorení a výrazne ovplyvňuje zdravie dieťaťa počas celého života.

54. Medzi zdravotné výkony, ktoré by mali byť k dispozícii v rámci takéhoto kontinuálneho poskytovania starostlivosti, patrí napr. nevyhnutná prevencia a podpora zdravia, ako aj liečebná starostlivosť, vrátane prevencie novorodeneckého tetanu, malárie v tehotenstve a vrodeneho syfilisu; starostlivosť v oblasti výživy, dostupnosť vzdelávania, informácií a služieb v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia, vzdelávanie s dôrazom na zdravý životný štýl (napr. v súvislosti s fajčením a užívaním látok), predpôrodná príprava, včasná identifikácia a riešenie komplikácií, služby bezpečného prerušenia tehotenstva a starostlivosti po prerušení tehotenstva, nevyhnutná starostlivosť pri pôrode a zamedzenie prenosu vírusu HIV z matky na dieťa, ako aj starostlivosť a liečba poskytovaná ženám a dojčatám nakazeným vírusom HIV. V rámci popôrodnej starostlivosti o matku a novorodenca by nemalo dochádzať k oddeleniu matky od dieťaťa, ak to nie je nevyhnutné.

55. Výbor odporúča, aby opatrenia sociálnej ochrany zahŕňali aj zabezpečenie univerzálného pokrytia alebo finančne dostupnej starostlivosti, platenú rodičovskú dovolenku a iné dávky sociálneho zabezpečenia, ako aj legislatívu, ktorá obmedzuje nežiaduci marketing a propagovanie náhrad materského mlieka.

56. Vzhľadom na vysokú mieru tehotenstva mladistvých v globálnom meradle a ďalšie riziká z hľadiska súvisiacej chorobnosti a úmrtnosti by štáty mali zabezpečiť, aby zdravotnícke systémy a služby boli schopné pokryť špecifické potreby mladistvých v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia, vrátane plánovaného rodičovstva a služieb bezpečného prerušenia tehotenstva. Štáty by mali zabezpečiť, aby dievčatá mali možnosť urobiť autonómne a informované rozhodnutia v súvislosti s ich reprodukčným zdravím. Diskriminácia z dôvodu tehotenstva mladistvých, ako napr. vylúčenie zo školy, by mala byť zakázaná, pričom treba vytvoriť príležitosti pre kontinuálne vzdelávanie.

57. Vzhľadom na dôležitú úlohu chlapcov a mužov z hľadiska plánovania, zdravého tehotenstva a pôrodu by štáty mali do svojich stratégií a programov pre zabezpečenie služieb v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia a zdravia detí zahrnúť vzdelávanie, zvyšovanie povedomia a príležitosti na dialóg zamerané na chlapcov a mužov.

Článok 24.2 (e) „Zabezpečiť, aby všetky zložky spoločnosti, predovšetkým rodičia a deti, boli informovaní o zdraví a detskej výžive, o výhodách dojčenia, o hygiene, sanitárnych podmienkach prostredia detí a o predchádzaní úrazov a aby mali prístup k vzdelaniu a boli podporovaní pri využívaní týchto základných znalostí“

58. Medzi povinnosti, ktoré spadajú pod toto ustanovenie, patrí poskytovanie informácií o zdraví a podpora pri ich využívaní. Informácie o o zdraví by mali byť fyzicky dostupné, zrozumiteľné a vhodné pre dané vekové kategórie detí a daný vzdelávací stupeň.

59. Informovanie a výchova detí vo všetkých oblastiach, ktoré sa týkajú zdravia, je potrebná na to, aby mohli urobiť informované rozhodnutia vo vzťahu k ich životnému štýlu a dostupnosti služieb zdravotníctva. Informácie a vzdelávanie v oblasti získavania životných zručností by mali pokrývať široký rozsah otázok súvisiacich so zdravím, a to vrátane: zdravých stravovacích návykov, propagovania fyzickej aktivity, športu a rekreácie; predchádzania nehodám a úrazom; sanitárnych postupov, umývania rúk a iných návykov osobnej hygieny; nebezpečenstiev spojených s užívaním alkoholu, tabakových výrobkov a psychoaktívnych látok. Informácie a vzdelávanie by mali obsahovať vhodné informácie

o práve detí na zdravie, povinnostiach štátu a možnostiach získania informácií o zdraví a službách, pričom takéto informácie a výchova by sa mali poskytovať ako základná súčasť školských osnov, ako aj prostredníctvom služieb zdravotníctva a v inom prostredí v prípade tých detí, ktoré sa nezúčastňujú výučby na školách. Informačné materiály o zdraví by mal byť vytvárané v spolupráci s deťmi a šírené v rámci rôznych verejných prostredí.

60. Výchova v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia by sa mala zameriavať aj na sebauvedomovanie a znalosť vlastného tela, vrátane anatomických, fyziologických a emočných aspektov, a mala by byť dostupná pre všetky deti, dievčatá a chlapcov. K tomu patrí aj obsah zameraný na sexuálne zdravie a blaho, ako napr. informácie o zmenách na tele a procesoch v období dospievania, ktorý by mal byť navrhnutý takým spôsobom, aby deti boli schopné získať vedomosti o reprodukčnom zdraví a prevencii rodovo podmieneného násillia a osvojiť si zodpovedné sexuálne správanie.

61. Informácie o zdraví detí by sa mali poskytovať všetkým rodičom individuálne alebo v rámci skupín, príbuzným a iným opatrovníkom prostredníctvom rôznych metód, vrátane zdravotných poradní, kurzov rodičovstva, verejných informačných letákov, profesijných organizácií, komunitných organizácií a médií.

Článok 24.2(f). „Rozvoj preventívnej zdravotníckej služby a poradenskej služby pre rodičov a rozvoj výchovy a služieb plánovaného rodičovstva“

Preventívna zdravotná starostlivosť

62. Prevencia a podpora zdravia by sa mali zameriavať na hlavné výzvy v oblasti zdravia detí v rámci komunity a krajiny ako celku. Medzi tieto výzvy patria ochorenia a iné zdravotné problémy, ako napr. úrazy, násillie, užívanie látok, psychosociálne a duševné problémy. Preventívna zdravotná starostlivosť by sa mala zameriavať na prenosné a neprenosné ochorenia a mala by v sebe kombinovať biomedicínske, behaviorálne a štrukturálne opatrenia. S prevenciou neprenosných chorôb treba začať už v mladosti propagovaním a podporou zdravého a nenásillného životného štýlu u tehotných žien, manželov/partnerov a detí v mladšom veku.

63. Aby bolo možné znížiť záťaž, ktorú predstavujú zranenia detí, treba prijať stratégie a opatrenia na zníženie výskytu počtu prípadov utopenia, popálenia a iných nehôd. Medzi takéto stratégie a opatrenia by mala patriť legislatíva a jej uplatňovanie; modifikácia produktov a prostredia; asistancia v domácnosti a uplatňovanie bezpečnostných prvkov; výchova, rozvoj zručností a zmena správania; komunitné projekty; a predhospitalizačná a akútna starostlivosť, ako aj rehabilitácia. Súčasťou snahy o zníženie počtu dopravných nehôd na cestách by mala byť príprava legislatívy v oblasti používania bezpečnostných pásov a iných bezpečnostných zariadení, bezpečná doprava pre deti a zohľadnenie uvedených aspektov v plánovaní ciest a riadení dopravy. V tejto súvislosti je dôležitá podpora zo strany príslušných odvetví a médií.

64. Uznaním násillia ako príčiny, ktorá sa významne podieľa na úmrtnosti a chorobnosti detí a najmä mládeže Výbor zdôrazňuje potrebu vytvoriť prostredie, ktoré chráni deti pred násillím a podporuje ich participáciu na zmenách postojov a správania sa doma, v školskom prostredí a na verejnosti, podporovať rodičov a opatrovníkov v zdravej výchove a starostlivosti o dieťa, a bojovať proti postojom, ktoré smerujú k tolerovaniu a prehliadaniu násillia vo všetkých jeho formách, napr. reguláciu násillia zobrazovaného v médiách.

65. Štáty by mali chrániť deti pred konzumáciou riedidiel, alkoholu, tabakových výrobkov a nelegálnych látok, zintenzívniť zhromažďovanie príslušných informácií a prijímať vhodné opatrenia na zníženie užívania takýchto látok medzi deťmi. Odporúča sa regulácia reklamy a predaja látok poškodzujúcich zdravie detí, vrátane regulácie

propagovania takýchto produktov na miestach, kde je veľká koncentrácia detí, ako aj v médiách a publikáciách, ku ktorým majú deti prístup.

66. Výbor odporúča štátom, ktoré ešte neratifikovali medzinárodné dohovory o kontrole drog¹⁷ a Rámcový dohovor WHO o kontrole tabaku, aby k tomuto kroku pristúpili.¹⁸ V súvislosti s užívaním látok Výbor zdôrazňuje dôležitosť prístupu založeného na právach a odporúča, aby sa v prípade potreby použili stratégie zamerané na znižovanie škôd s cieľom minimalizovať negatívne zdravotné dôsledky spojené s užívaním látok.

Poradenstvo pre rodičov

67. Rodičia sú najdôležitejším zdrojom prvotného stanovenia diagnózy a primárnej starostlivosti o malé deti, ako aj najdôležitejším faktorom ochrany proti vysoko rizikovému správaniu mládeže, akým je napr. užívanie látok a rizikový sexuálny styk. Rodičia zohrávajú kľúčovú úlohu aj v podpore zdravého vývinu dieťaťa, chránia dieťa pred nehodami, úrazmi a násilím a zmierňujú negatívne dôsledky rizikového správania. Na procesy socializácie detí, ktoré sú dôležité pre pochopenie a prispôbenie sa svetu, v ktorom vyrastajú, majú veľký vplyv rodičia, príbuzní a iní opatrovníci. Štáty by mali zaviesť dôkazmi overené intervencie na podporu dobrého rodičovstva, vrátane vzdelávania v oblasti získavania rodičovských návykov, podporných skupín a poradní pre rodičov, najmä v prípade rodín, ktoré zápasia so zdravotnými problémami svojich detí alebo inými sociálnymi problémami.

68. Z hľadiska vplyvu telesných trestov na zdravie dieťaťa, vrátane úrazov so smrteľnými následkami alebo bez nich, ako aj psychologických a emocionálnych následkov Výbor pripomína štátom ich záväzok uskutočniť všetky potrebné legislatívne, administratívne a sociálne opatrenia, ako aj opatrenia vo oblasti vzdelávania, s cieľom eliminovať telesné tresty a iné formy krutého a ponižujúceho zaobchádzania v každom prostredí, vrátane domova.¹⁹

Plánované rodičovstvo

69. Služby plánovaného rodičovstva by mali spadať pod komplexné služby sexuálneho a reprodukčného zdravia a mali by zahŕňať sexuálnu výchovu a poradenstvo. Možno ich považovať za súčasť kontinuálneho poskytovania služieb podľa článku 24.2 (d) a mali by umožňovať všetkým dvojiciam a jednotlivcom slobodné a zodpovedné rozhodovanie v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia, vrátane počtu, vekového rozdielu medzi súrodencami a načasovania rodičovstva, ako aj poskytnúť im potrebné informácie a prostriedky. Pozornosť treba venovať zabezpečeniu dôverného a univerzálneho prístupu k produktom a službám pre zosobášené a nezosobášené páry dospelých dievčat a chlapcov. Štáty by mali zabezpečiť, aby dospelým dievčatám neboli odopierané akékoľvek informácie a služby v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia z dôvodu uplatňovania výhrady svedomia na strane poskytovateľov.

70. Prostriedky krátkodobej antikoncepcie, ako napr. kondómy, hormonálne metódy a núdzovej antikoncepcie, by mali byť rýchlo a ľahko dostupné sexuálne aktívnym adolescentom. K dispozícii by mali byť aj prostriedky dlhodobej a trvalej antikoncepcie. Výbor odporúča, aby štáty zabezpečili prístup k bezpečnému prerušeniu tehotenstva

¹⁷ Jednotný dohovor OSN o omamných látkach, 1961; Dohovor OSN o psychotropných látkach, 1971; Dohovor OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropnými látkami, 1988.

¹⁸WHO, Rámcový dohovor o kontrole tabaku, 2003

¹⁹ Všeobecný komentár Výboru pre práva dieťaťa č. 8 o práve dieťaťa na ochranu pred telesnými trestami a inými formami krutého alebo ponižujúceho trestania, CRC/C/GC/8, 2006.

a službám starostlivosti po prerušení tehotenstva bez ohľadu na to, či samotné prerušenie tehotenstva je legálne.

IV. Povinnosti a zodpovednosť

A. Povinnosti zmluvných štátov pri rešpektovaní, ochrane a plnení práv a nárokov

71. Štáty majú tri druhy povinností, ktoré sa vzťahujú na ľudské práva a právo detí na zdravie: rešpektovanie slobôd a nárokov, ochrana slobôd a nárokov pred tretími stranami alebo pred sociálnymi a ekologickými hrozbami, a uspokojovanie nárokov ich umožnením alebo priamym poskytnutím. V súlade s článkom 4 Dohovoru zmluvné štáty uspokojujú nároky vo vzťahu k právu detí na zdravie v maximálnom rozsahu svojich dostupných prostriedkov a v prípade potreby aj v rámci medzinárodnej spolupráce.

72. Všetky štáty bez ohľadu na úroveň rozvoja sú povinné okamžite prijať opatrenia na splnenie týchto povinností ako svojej priority bez akejkoľvek diskriminácie. Aj v prípade preukázateľného nedostatku dostupných prostriedkov musia štáty prijať cielené opatrenia zamerané na čo najrýchlejšie a najefektívnejšie realizovanie práv detí na zdravie v plnom rozsahu. Štáty majú bez ohľadu na svoje zdroje povinnosť zdržať sa akýchkoľvek retrográdnych krokov, ktoré by mohli byť prekážkou pri napĺňaní práva dieťaťa na zdravie.

73. Medzi hlavné povinnosti vo vzťahu k právu detí na zdravie patrí:

- (i) preskúmanie právneho prostredia a politik na vnútroštátnej a miestnej úrovni a v prípade potreby aj novelizácia zákonov a aktualizovanie politik;
- (ii) zabezpečenie univerzálneho pokrytia kvalitnými službami primárnej zdravotnej starostlivosti, vrátane prevencie a podpory zdravia, starostlivosti a liečebných služieb a nevyhnutných liekov;
- (iii) poskytnutie adekvátnej odozvy na základné determinanty zdravia detí; a
- (iv) tvorba, realizácia, monitorovanie a hodnotenie politik a rozpočtovaných plánov opatrení, ktoré predstavujú ľudsko-právny prístup k napĺňaniu práva dieťaťa na zdravie.

74. Štáty by mali preukázať svoj záväzok k progresívnemu plneniu všetkých povinností podľa článku 24, ktoré by mali zostať ich prioritou aj počas prípadnej politickej alebo ekonomickej krízy, resp. krízovej situácie. Z tohto dôvodu je potrebné, aby politiky, programy alebo služby súvisiace so zdravím detí boli plánované, vypracovávané, financované a realizované udržateľným spôsobom.

B. Úlohy neštátnych subjektov

75. Štát je zodpovedný za uplatnenie a realizáciu práva detí na zdravie bez ohľadu na to, či deleguje poskytovanie služieb na neštátne subjekty. Okrem štátu má v tejto oblasti konkrétne úlohy a vplyv aj široká skupina neštátnych subjektov, ktoré poskytujú informácie a služby súvisiace so zdravím detí a jeho základnými determinantmi.

76. Štát má okrem iného povinnosť zvyšovať povedomie o úlohách neštátnych subjektov a zabezpečiť, aby všetky neštátne subjekty uznali, dodržiavali a plnili svoje úlohy vo vzťahu k dieťaťu, pričom štát môže v prípade potreby overiť, či postupujú s náležitou starostlivosťou.

77. Výbor vyzýva všetky neštátne subjekty, ktoré pôsobia v oblasti podpory zdravia a poskytovania služieb, najmä súkromný sektor, farmaceutický priemysel a odvetvie technológií v zdravotníctve, ako aj masmédiá a poskytovateľov služieb zdravotnej starostlivosti, aby konali v súlade s ustanoveniami tohto Dohovoru a zabezpečili jeho dodržiavanie zo strany akýchkoľvek partnerov, ktorí poskytujú služby v ich mene. Medzi takýchto partnerov patria medzinárodné organizácie, regionálne finančné inštitúcie, globálne partnerstvá, súkromný sektor (súkromné nadácie a fondy), sponzori a akékoľvek subjekty, ktoré poskytujú služby alebo finančnú podporu v oblasti zdravia detí, najmä v rámci naliehavých humanitárnych situácií a politickej nestability.

1. Povinnosti rodičov a iných opatrovníkov

78. Povinnosti rodičov a iných opatrovníkov sú výslovne uvedené v niekoľkých ustanoveniach Dohovoru. Rodičia by mali plniť svoje úlohy a vždy konať v najlepšom záujme dieťaťa, a v prípade potreby aj s podporou štátu. Rodičia a opatrovníci by mali brať ohľad na rozvoj schopností dieťaťa a mali by sa o dieťa starať, chrániť ho a podporovať jeho rast a zdravý vývin. Aj keď to nie je výslovne uvedené v článku 24 ods. 2 písm. f), pod pojmom rodičia Výbor chápe aj iných opatrovníkov.

2. Neštátni poskytovatelia služieb a iné neštátne subjekty

Neštátni poskytovatelia služieb

79. Všetci poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, vrátane neštátnych subjektov, musia zapracovať a aplikovať do koncepcie, implementácie a hodnotenia svojich programov a služieb všetky príslušné ustanovenia Dohovoru, ako aj kritériá disponibility, dostupnosti, prijateľnosti a kvality tak, ako sa uvádza v kapitole VI časti E tohto všeobecného komentára

Súkromný sektor

80. Všetky podniky majú povinnosť konať s náležitou starostlivosťou vo vzťahu k ľudským právam, medzi ktoré patria všetky práva zakotvené v Dohovore. Štáty by mali od podnikov vyžadovať, aby k právam detí pristupovali s náležitou starostlivosťou. Tým sa zabezpečí, že podniky budú identifikovať, predchádzať a zmierňovať vlastné negatívne vplyvy na právo dieťaťa na zdravie, a to aj v rámci svojich obchodných vzťahov a globálnych operácií. Veľké podniky by mali byť podporené v úsilí minimalizovať svoj nepriaznivý vplyv na práva detí, prípadne by mali mať povinnosť zverejňovať svoje aktivity v tejto oblasti.

81. Okrem iných povinností by sa súkromné spoločnosti mali v každej súvislosti: zdržať zapájania detí do nebezpečných prác a mali by zabezpečiť dodržiavanie minimálnej vekovej hranice pre detskú prácu; dodržiavať Medzinárodný kódex pre obchodovanie s náhradami materského mlieka a príslušné následné uznesenia Svetového zdravotníckeho zhromaždenia; obmedziť reklamu na vysoko kalorické potraviny s nízkou mikronutričnou hodnotou a na nápoje s vysokým obsahom kofeínu a iných látok, ktoré môžu byť nebezpečné pre deti; zdržať sa reklamy, marketingu a predaja tabakových výrobkov, alkoholu a iných toxických látok alebo zobrazovania detí.

82. Výbor berie na vedomie výrazný vplyv farmaceutického priemyslu na zdravie detí a vyzýva farmaceutické spoločnosti, aby prijali opatrenia na zlepšenie dostupnosti liekov pre deti, v rámci ktorých by mali venovať osobitnú pozornosť usmerneniam v oblasti

ľudských práv pre farmaceutické spoločnosti o prístupe k liekom.²⁰ Zároveň by štáty mali zabezpečiť, aby farmaceutické spoločnosti monitorovali používanie liekov u detí a nepodporovali ich nadmerné predpisovanie a používanie. Práva duševného vlastníctva by sa nemali uplatňovať spôsobom, ktorý by viedol k nedostupnosti potrebných liekov a tovarov pre chudobné skupiny obyvateľstva.

83. Súkromné zdravotné poisťovne by nemali uplatňovať diskriminačný prístup voči tehotným ženám, deťom alebo matkám na základe nezákonných dôvodov, mali by podporovať rovnosť v súčinnosti so štátnymi systémami zdravotného poistenia na základe princípu solidarity, a mali by zabezpečiť, aby prístup k službám nebol obmedzený z dôvodu neschopnosti platiť za tieto služby.

Hromadné oznamovacie prostriedky a sociálne médiá

84. Článok 17 Dohovoru stanovuje úlohy masmediálnych organizácií. V kontexte zdravia by sa mohli tieto úlohy ďalej rozšíriť na podporu zdravia a zdravého životného štýlu u detí; poskytovanie bezplatného reklamného priestoru na podporu zdravia; zabezpečenie súkromia a dôvernosti údajov detí a mladistvých; podporu prístupu k informáciám; zdržanie sa výroby programov a materiálov, ktoré sú škodlivé pre deti a všeobecné blaho; nepodporovanie stigmatizácie na základe zdravotných dôvodov.

Výskumní pracovníci

85. Výbor zdôrazňuje zodpovednosť subjektov, vrátane akademickej obce, súkromných spoločností a iných subjektov, ktoré sa zaoberajú výskumom s účasťou detí, pokiaľ ide o dodržiavanie zásad a ustanovení Dohovoru a Medzinárodných etických smerníc pre biomedicínsky výskum s účasťou ľudských subjektov.²¹ Výbor pripomína výskumným pracovníkom, že najlepší záujem dieťaťa bude vždy stáť nad všeobecným záujmom spoločnosti alebo vedeckým pokrokom.

V. Medzinárodná spolupráca

86. Zmluvné štáty Dohovoru majú nielen povinnosť realizovať právo dieťaťa na zdravie v rámci svojej jurisdikcie, ale aj prispievať k jeho globálnemu uplatňovaniu prostredníctvom medzinárodnej spolupráce. V článku 24 ods. 4 sa od štátov a medzištátnych agentúr vyžaduje, aby brali zvláštny ohľad na priority v oblasti zdravia detí najmä v prípade chudobných skupín obyvateľstva a rozvojových krajín.

87. Dohovorom by sa mali riadiť všetky medzinárodné aktivity a programy medzi darcovskými a prijímajúcimi štátmi, ktoré priamo alebo nepriamo súvisia so zdravím detí. Od partnerských štátov sa vyžaduje, aby identifikovali najzávažnejšie zdravotné problémy detí, tehotných žien a matiek v prijímajúcich krajinách a riešili ich v súlade s prioritami a zásadami ustanovenými v článku 24. Medzinárodná spolupráca by mala podporovať štátne systémy zdravotníctva a národné programy v oblasti zdravia.

88. Štáty sú individuálne a spoločne zodpovedné, aj prostredníctvom mechanizmov Organizácie Spojených národov, za spoluprácu pri zmiernení následkov živelných pohrôm a humanitárnej pomoci v krízových situáciách. Vo všetkých týchto prípadoch by

²⁰ Valné zhromaždenie OSN, Usmernenia v oblasti ľudských práv pre farmaceutické spoločnosti o prístupe k liekom, správa osobitného spravodajcu o práve na zdravie, 11. august 2008, A/63/263; Uznesenie Výboru pre ľudské práva č. 15/22, 6. október 2010, A/HRC/RES/15/22.

²¹ Rada pre medzinárodné organizácie lekárskeho vied /WHO: Medzinárodné etické smernice pre biomedicínsky výskum, Ženeva, 1993.

štáty mali zvážiť prioritizáciu úsilia pri realizovaní práva detí na zdravie, vrátane náležitej medzinárodnej lekárskej pomoci, distribúcie a riadenia zdrojov, ako napr. pitnej vody, potravín a zdravotníckeho materiálu, a finančnej pomoci poskytovanej najzraniteľnejším alebo marginalizovaným deťom.

89. Výbor pripomína štátom, aby splnili cieľovú hodnotu Organizácie Spojených národov v súvislosti s vyčlenením 0,7 % hrubého národného dôchodku na medzinárodnú rozvojovú pomoc, pretože finančné prostriedky majú výrazný vplyv na realizáciu práva detí na zdravie v štátoch, ktorých zdroje sú obmedzené. S cieľom zabezpečiť čo najväčší účinok sa štátom a medzištátnym agentúram odporúča uplatňovať zásady Parížskej deklarácie o účinnosti pomoci a zásady Akčného programu z Akkry²².

VI. Rámec pre vykonávanie a zodpovednosť

90. Zodpovednosť je kľúčovou súčasťou realizácie práva detí na zdravie. Výbor pripomína zmluvným štátom ich povinnosť zabezpečiť, aby príslušné vládne orgány a poskytovatelia služieb niesli zodpovednosť za zachovanie najvyššej možnej úrovne zdravia a zdravotnej starostlivosti o deti, až kým nedosiahnu vek 18 rokov.

91. Štáty by mali vytvoriť prostredie, ktoré umožní všetkým povinným osobám plniť svoje povinnosti a úlohy vo vzťahu k právu detí na zdravie, ako aj regulačný rámec, ktorý umožní spoločné fungovanie a monitorovanie všetkých zainteresovaných strán, okrem iného vrátane mobilizovania politickej a finančnej podpory pre otázky súvisiace so zdravím detí a budovania kapacít povinných osôb v súvislosti s plnením svojich povinností pri uplatňovaní práva detí na zdravie.

92. S pomocou aktívnej účasti vlády, parlamentu, komunít, občianskej spoločnosti a detí treba zabezpečiť, aby vnútroštátne mechanizmy zodpovednosti boli účinné a transparentné, pričom všetky zúčastnené strany musia niesť zodpovednosť za svoje konanie. Pozornosť treba venovať štrukturálnym faktorom, ktoré majú vplyv na zdravie detí, ako napr. zákony, politiky a rozpočty. Participatívne monitorovanie finančných zdrojov a ich dosah na zdravie detí je nevyhnutnou súčasťou vnútroštátnych mechanizmov zodpovednosti.

A. Posilňovanie znalostí v oblasti práva detí na zdravie (čl. 42)

93. Výbor podporuje štáty v tom, aby prijímali a uplatňovali komplexnú stratégiu pre vzdelávanie detí, ich opatrovníkov, tvorcov politik a politikov, vrátane odborníkov na prácu s deťmi, v oblasti práva detí na zdravie a v súvislosti s tým, ako môžu sami prispieť k jeho uplatňovaniu.

B. Legislatívne opatrenia

94. Dohovor vyžaduje od zmluvných štátov, aby prijali všetky potrebné legislatívne, administratívne a iné opatrenia na realizáciu práva detí na zdravie bez diskriminácie. Vnútroštátne právne predpisy by mali ustanoviť zákonnú povinnosť štátu zabezpečovať služby, programy, ľudské zdroje a infraštruktúru potrebnú na vykonávanie práva detí na zdravie, a zaručiť deťom a tehotným ženám zákonný nárok na základné a kvalitné zdravotné služby, ako aj súvisiace služby, ktoré zohľadňujú potreby detí, a to bez ohľadu na

²² OECD: Parížska deklarácia o efektívnosti rozvojovej pomoci, 2. marec 2005; OECD: Akčná agenda z Akry, 3. fórum na vysokej úrovni efektívnosti rozvojovej pomoci, 4. september 2008.

ich schopnosť zaplatiť za tieto služby. Právne predpisy by sa mali preskúmať s cieľom posúdiť akékoľvek diskriminačné účinky alebo prekážky, ktoré bránia realizovaniu práva detí na zdravie, a v prípade potreby by sa mali zrušiť. Na účel takýchto právnych reforiem by medzinárodné agentúry a darcovské subjekty mali v prípade, ak je to vhodné, poskytnúť rozvojovú a technickú pomoc.

95. Legislatíva by mala plniť niekoľko dodatočných funkcií v oblasti realizácie práva detí na zdravie vymedzením rozsahu práva a uznania dieťaťa za držiteľa práv, vysvetlením úloh a zodpovednosti všetkých povinných osôb, vysvetlením, na ktoré služby majú deti, tehotné ženy a matky nárok, a reguláciou služieb a liekov tak, aby boli poskytované v primeranej kvalite a nemali škodlivé účinky. Štáty musia zabezpečiť uplatňovanie primeraných legislatívnych a iných záruk na ochranu a podporu činností obhajcov ľudských práv, ktorí sa venujú problematike práva detí na zdravie.

C. Riadenie a koordinácia

96. Štátom sa odporúča ratifikovať a uplatňovať medzinárodné a regionálne nástroje v oblasti ľudských práv, ktoré súvisia so zdravím detí, a zodpovedajúcim spôsobom podávať správy o všetkých aspektoch zdravia detí.

97. Udržateľnosť politik a postupov v oblasti zdravia detí vyžaduje dlhodobý národný plán, ktorý bude podporovaný a zakotvený ako národná priorita. Výbor odporúča štátom, aby vytvorili a uplatňovali komplexný a kohézny národný koordinačný rámec pre zdravie detí, ktorý bude vychádzať zo zásad uvedených v Dohovore, s cieľom umožniť spoluprácu medzi ministerstvami a rôznymi úrovňami verejnej správy a zabezpečiť interakciu so zúčastnenými stranami v rámci občianskej spoločnosti, vrátane detí. Vzhľadom na vysoký počet štátnych úradov, legislatívnych orgánov a ministerstiev, ktoré sa venujú politikám a službám v oblasti zdravia detí, Výbor odporúča, aby v právnom a regulačnom rámci boli jasne vysvetlené úlohy a povinnosti každého z nich.

98. Osobitnú pozornosť treba venovať identifikácii a prioritizácii marginalizovaných a znevýhodnených skupín detí, ako aj detí, ktorým hrozí akákoľvek forma násillia a diskriminácie. Náklady na všetky aktivity by mali byť stanovené a financované v plnej miere, a mali by byť v celom rozsahu uvedené v štátnom rozpočte.

99. Mala by sa uplatňovať stratégia „Zdravie detí vo všetkých politikách“, v rámci ktorej treba zdôrazniť prepojenia medzi zdravím detí a základnými determinantmi. Maximálne úsilie treba venovať odstraňovaniu prekážok, ktoré bránia transparentnosti, koordinácii, partnerstvu a zodpovednosti pri poskytovaní služieb ovplyvňujúcich zdravie detí.

100. Skutočnosť, že na uspokojenie osobitných potrieb jednotlivých miest a sektorov je potrebná decentralizácia, neznižuje zodpovednosť ústredných orgánov štátnej správy alebo vlády za plnenie svojich povinností vo vzťahu k všetkým deťom v jurisdikcii štátu. Rozhodnutia o alokáciách pre rôzne úrovne služieb a geografické územia by mali odzrkadľovať kľúčové prvky prístupu k primárnej zdravotnej starostlivosti.

101. Štáty by mali zapájať všetky zložky spoločnosti, vrátane detí, do realizácie práva detí na zdravie. Výbor odporúča, aby v rámci takejto participácie bolo možné: vytvárať podmienky na neustály rast, rozvoj a udržateľnosť organizácií občianskej spoločnosti, vrátane skupín vytváraných priamo občanmi a na úrovni komunít; aktívne umožňovať účasť na tvorbe, implementácii a posudzovaní politik a služieb zameraných na zdravie detí; a poskytovať primeranú finančnú podporu alebo pomoc pri získavaní finančnej podpory.

1. Úloha parlamentu vo vzťahu k zodpovednosti štátu

102. V otázkach zdravia detí je parlament zodpovedný za prijímanie zákonov transparentným a inkluzívnym spôsobom a za vytváranie prostredia pre verejnú diskusiu a kultúru zodpovednosti. Mal by predstavovať verejnú platformu pre podávanie správ a diskusiu o plnení a podporovať účasť verejnosti na mechanizmoch nezávislej kontroly. Okrem toho sa parlamentu zodpovedá exekutívna moc za plnenie odporúčaní, ktoré vyplývajú z nezávislej kontroly, pričom je potrebné zabezpečiť, aby sa výsledky kontrol preniesli do tvorby národných programov, zákonov, politik, rozpočtov a ďalších opatrení v oblasti zodpovednosti.

2. Úloha národných ľudskoprávných inštitúcií vo vzťahu k vnútroštátnej zodpovednosti

103. Národné ľudskoprávne inštitúcie majú dôležitú úlohu pri kontrole a uplatňovaní zodpovednosti, poskytovaní pomoci deťom pri porušovaní ich práva na zdravie a pri presadzovaní systémových zmien v záujme realizácie tohto práva. Výbor sa odvoláva na svoj všeobecný komentár č. 2 a pripomína štátom, že mandát detského komisára alebo detského ombudsmana by mal zahŕňať zabezpečovanie práva na zdravie, pričom držiteľia mandátu by mali disponovať presnými informáciami a mali by byť nezávislými od vlády.²³

D. Investovanie do zdravia detí

104. V rámci rozhodovania o sumách a výdavkoch vyčlenených v rozpočte by štáty mali usilovať o zabezpečenie disponibilít, dostupnosti, prijateľnosti a kvality služieb, ktoré sú dôležité pre zdravie všetkých detí, a to bez diskriminácie.

105. Štáty by mali neustále vyhodnocovať dosah makroekonomických rozhodnutí z hľadiska práva detí na zdravie najmä v prípade detí zraniteľných situáciách, zdržať sa rozhodnutí, ktoré môžu nepriaznivo ovplyvniť práva detí, a dodržiavať pri takomto rozhodovaní zásadu „najlepšieho záujmu“. Štáty by mali pri všetkých aspektoch svojich rokovaní s medzinárodnými finančnými inštitúciami a inými darcami brať do úvahy záväzky v zmysle článku 24 s cieľom zabezpečiť, aby práva detí na zdravie boli v rámci medzinárodnej spolupráce náležite zohľadnené.

106. Výbor zmluvným štátom odporúča:

(a) uzákoniť konkrétny podiel verejných výdavkov, ktorý bude vyčlenený na zdravie detí, a vytvoriť sprievodný mechanizmus, ktorý umožní systematické nezávislé vyhodnocovanie týchto výdavkov;

(b) splniť minimálnu hodnotu výdavkov na zdravotnú starostlivosť na jedného obyvateľa podľa odporúčaní Svetovej zdravotníckej organizácie a uprednostňovať zdravie detí ako prioritu pri alokácii výdavkov rozpočtu;

(c) viditeľným spôsobom prezentovať investície do detí v štátnom rozpočte prostredníctvom podrobného súboru vyčlenených zdrojov a vynaložených výdavkov; a

(d) implementovať monitorovanie a analýzu plnenia rozpočtu z hľadiska práv, ako aj vyhodnocovať dosah na deti v súvislosti s prospešnosťou investícií, najmä v sektore zdravotníctva, vo vzťahu k najlepšiemu záujmu dieťaťa.

²³ Všeobecný komentár Výboru pre práva dieťaťa č. 2 o úlohe nezávislých národných ľudskoprávných inštitúcií v ochrane a podpore práv dieťaťa. CRC/GC/2002/2.

107. Výbor zdôrazňuje význam hodnotiacich nástrojov pri využívaní zdrojov a uznáva potrebu vytvoriť merateľné indikátory, ktoré pomôžu zmluvným štátom pri monitorovaní a vyhodnocovaní pokroku v oblasti realizovania práva detí na zdravie.

E. Cyklus opatrení

108. Aby zmluvné štáty mohli plniť záväzky v zmysle článku 24, musia sa zapojiť do cyklického procesu plánovania, implementácie, monitorovania a vyhodnocovania, pričom tieto činnosti sa stanú súčasťou ďalšieho plánovania, zmien v implementácii a nového monitorovania a vyhodnocovania. Štáty by mali zabezpečiť zmysluplnú účasť detí a vytvoriť mechanizmy na zapracovanie ich pripomienok, aby bolo možné vykonať potrebné úpravy v priebehu daného cyklu.

109. Pri tvorbe, implementácii a monitorovaní politik, programov a služieb zameraných na realizovanie práva detí na zdravie je dôležitá dostupnosť relevantných a spoľahlivých údajov. Medzi ne patria: údaje rozdelené do skupín a pokrývajúce celý život dieťaťa, s osobitným zreteľom na zraniteľné skupiny; údaje o prioritných zdravotných problémoch, nových a zanedbávaných prípadoch ochorení a úmrtí; a údaje o kľúčových determinantoch zdravia detí. Strategické informácie je možné získať z údajov zhromažďovaných prostredníctvom štandardných zdravotníckych informačných systémov, špeciálnych prieskumov a výskumu, a ich súčasťou by mali byť kvantitatívne a kvalitatívne údaje. Tieto údaje by sa mali zhromažďovať, analyzovať, šíriť a používať na účely zapracovania do národných a miestnych politik a programov.

1. Plánovanie

110. Výbor konštatuje, že na účel implementácie, monitorovania a vyhodnocovania činností zameraných na plnenie záväzkov v zmysle článku 24 by štáty mali vykonať situačnú analýzu existujúcich problémov, otázok a infraštruktúry pre poskytovanie služieb. Analýzou by mali posúdiť inštitucionálne kapacity, dostupnosť ľudských zdrojov a finančných a technických prostriedkov. Na základe výsledku analýzy by sa mala vytvoriť stratégia, ktorej súčasťou budú všetky zúčastnené strany, štát, neštátne subjekty a deti.

111. Situačné analýzy poskytnú jednoznačnú predstavu o národných a miestnych prioritách a stratégiách na ich dosiahnutie. Referenčné hodnoty a ciele, rozpočtované akčné plány a operatívne stratégie by sa mali stanovovať súbežne s rámcom pre monitorovanie a hodnotenie politik, programov a služieb a presadzovanie zodpovednosti za zdravie detí. Na základe toho sa zistí, ako treba dobudovať a posilniť existujúce štruktúry a systémy tak, aby boli v súlade s Dohovorom.

2. Kritériá plnenia a implementácie

112. Štáty by mali zabezpečiť, aby všetky služby a programy v oblasti zdravia detí spĺňali kritériá disponibility, dostupnosti, prijateľnosti a kvality.

Disponibilita

113. Štáty by mali disponovať funkčnými zdravotníckymi zariadeniami, tovarmi, službami a programami pre deti v dostatočnej kvantite. Štáty musia zabezpečiť dostatočný počet nemocníc, polikliník, všeobecných lekárov, mobilných tímov, zariadení a dôležitých liekov v záujme poskytovania starostlivosti pre všetky ženy, tehotné ženy a matky v rámci krajiny. Dostatočnosť sa meria na základe potrieb s osobitným dôrazom na oblasti s nedostatočne zabezpečenými službami a ťažko dostupné obyvateľstvo.

Dostupnosť

114. Dostupnosť pozostáva zo štyroch dimenzií:

— *Nediskriminácia*: Zdravotnícke služby a súvisiace služby, ako aj zariadenia a materiál, musia byť dostupné všetkým deťom, tehotným ženám a matkám z hľadiska legislatívy aj praxe, a to bez diskriminácie akéhokoľvek druhu;

— *Fyzická dostupnosť*: Zdravotnícke zariadenia musia byť v dostupnej vzdialenosti pre všetky deti, tehotné ženy a matky. Vo vzťahu k fyzickej dostupnosti je potrebné venovať osobitnú pozornosť potrebám detí a žien so zdravotným postihnutím. Výbor odporúča štátom, aby si za svoju prioritu zvolili budovanie zariadení a poskytovanie služieb v oblastiach s nedostatočne zabezpečenými službami, vrátane investícií do mobilných osvetových programov, inovatívnych technológií, ako aj kvalifikovaných a podporovaných zdravotníckych pracovníkov v komunitách, pretože týmito spôsobmi je možné zvýšiť dostupnosť najmä v prípade zraniteľných skupín detí;

— *Ekonomická/cenová dostupnosť*: Nedostatok schopnosti zaplatiť za služby, materiál alebo lieky by nemal byť dôvodom pre odopretie prístupu. Výbor vyzýva štáty, aby zrušili poplatky od pacientov a zaviedli také systémy financovania zdravotníctva, ktoré nebudú diskriminačné voči ženám a deťom na základe ich neschopnosti zaplatiť za služby. Mechanizmy zdieľania rizík, ako napr. dane a poistenie, by sa mali implementovať na základe spravodlivých príspevkov v závislosti od príjmov;

— *Informačná dostupnosť*: Informácie o podpore zdravia, zdravotnom stave a možnostiach liečby by sa mali poskytovať deťom a ich opatrovníkom v jazyku a vo formáte, v ktorom si ho dokážu prečítať a pochopiť.

Prijateľnosť

115. V kontexte práva detí na zdravie Výbor vymedzuje pojem prijateľnosť ako povinnosť budovať zdravotnícke zariadenia a poskytovať produkty a služby spôsobom, ktorý plne zohľadňuje a rešpektuje lekársku etiku, ako aj potreby detí, očakávania, kultúru, názory a jazyk, pričom v prípade potreby je potrebné venovať osobitnú pozornosť niektorým skupinám.

Kvalita

116. Zdravotnícke zariadenia, tovary a služby musia byť medicínsky a vedecky prijateľné a musia zabezpečovať primeranú kvalitu. Zabezpečenie kvality okrem iného vyžaduje (a) postupy liečby, zdravotné výkony a lieky, ktoré musia byť založené na najlepších dostupných poznatkoch; (b) zdravotnícky personál, ktorý musí byť dostatočne kvalifikovaný a vyškolený v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti matkám a deťom, vrátane zásad a ustanovení Dohovoru; (c) zariadenia v nemocniciach, ktoré musia byť odborne schválené a vhodné pre deti; (d) lieky, ktoré musia byť odborne schválené, nesmú sa podávať po dátume expirácie, sú určené pre deti (podľa vhodnosti) a monitorované z hľadiska nežiaducich účinkov; a (e) posudzovanie kvality zdravotnej starostlivosti poskytovanej zdravotníckymi zariadeniami, ktoré sa musí vykonávať pravidelne.

3. Monitorovanie a hodnotenie

117. Na účel monitorovania a hodnotenia plnenia požiadaviek v rámci vyššie uvedených kritérií by sa mal vytvoriť súbor indikátorov s vhodnou štruktúrou a rozčlenením. Údaje by sa mali použiť na prepracovanie a zlepšenie politík, programov a služieb v oblasti podpory realizácie práva detí na zdravie. Informačné systémy v zdravotníctve by mali zabezpečiť

spoľahlivosť, transparentnosť a konzistentnosť údajov, a zároveň chrániť právo jednotlivcov na ochranu súkromia. Štáty by mali v záujme dosiahnutia zlepšenia pravidelne prehodnocovať svoje vlastné zdravotnícke informačné systémy, vrátane vitálnej štatistiky a monitorovania chorôb.

118. Vnútroštátne mechanizmy zodpovednosti pozostávajú z monitorovania, preskúmania a vykonávania opatrení na základe zistení. Monitorovanie znamená poskytovanie údajov o zdravotnom stave detí, pravidelné hodnotenie kvality zdravotníckych služieb poskytovaných deťom a údaje o sumách, ktoré boli na tieto služby vynaložené, vrátane miesta poskytnutia, účelu a príjemcu služieb. Malo by sa vykonávať formou rutinného monitorovania, ako aj pravidelného hĺbkového hodnotenia. Preskúmanie znamená analýzu údajov a získavanie informácií od detí, rodín, iných opatrovníkov a občianskej spoločnosti s cieľom zistiť, či sa situácia v oblasti zdravia detí zlepšila a či vlády a iné zúčastnené subjekty plnia svoje záväzky. Vykonávanie opatrení znamená využívať poznatky získané v rámci týchto procesov, budovať na tom, čo funguje, a zároveň zreformovať to, čo nefunguje.

F. Náprava v prípade porušenia práva na zdravie

119. Výbor dôrazne odporúča štátom, aby zaviedli fungujúce a dostupné komunitné mechanizmy podávania sťažností, ktoré umožnia deťom domáhať sa nápravy pri porušení alebo ohrození ich práva na zdravie. Štáty by mali umožniť široké práva v oblasti aktívnej legitímácie, vrátane hromadných žalôb.

120. Štáty by mali zabezpečiť and umožniť samotným deťom a ich opatrovníkom prístup k súdom a mali by vykonať opatrenia s cieľom odstrániť prekážky, ktoré bránia prístupu k nápravným opatreniam pri porušení práva detí na zdravie. Vnútroštátne ľudskoprávne inštitúcie, detskí ombudsmeni, zdravotnícke profesijné organizácie a spotrebiteľské združenia môžu v tejto oblasti zohrávať dôležitú úlohu.

VII. Šírenie

121. Výbor odporúča štátom, aby tento všeobecný komentár plošne distribuovali parlamentu, vláde, ministerstvám, sekciám a úradom na miestnej úrovni, ktoré sa zaoberajú problematikou zdravia detí.