

Het Europees Parlement, z

- gezien de Universele Verklaring van de rechten van de Mens die was aangenomen in 1948, in het bijzonder de artikelen 2 en 25,
- gezien artikel 2, lid 2, artikel 3 en artikel 12, van het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten van de Verenigde Naties, dat was aangenomen in 1966, en als geïnterpreteerd in commentaar nr. 14 van de Commissie economische, sociale en culturele rechten van de Verenigde Naties,
- gezien artikel 2, artikel 12, lid 1 en artikel 16, lid 1, van het Verdrag van de Verenigde Naties inzake de uitbanning van alle vormen van discriminatie van vrouwen uit 1979, die handelen over de gezondheid, het huwelijk en gezinsleven van vrouwen, en gezien algemene aanbevelingen 21 (1994) en 24 (1999),
- gezien de artikelen 2, 12 en 24, van het Verdrag inzake de rechten van het kind, dat was aangenomen in 1989, die handelen over non-discriminatie, het recht van het kind om gehoord te worden, en de bescherming van de gezondheid van moeders, zuigelingen en kinderen, alsmede de ontwikkeling van voorlichting en diensten op het vlak van gezinsplanning,
- gezien de verklaring en het actieprogramma van de Internationale Conferentie over Bevolking en Ontwikkeling van de Verenigde Naties (Cairo, 13 september 1994), de slotdocumenten van haar toetsingsconferenties, de resolutie van de buitengewone zitting van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties (ICPD+5) in juni 1999, alsook Resolutie 65/234 van de algemene vergadering van de Verenigde Naties over de follow-up van de Internationale Conferentie over Bevolking en Ontwikkeling na 2014 (december 2010),
- gezien de verklaring van Peking en het bijbehorende actieprogramma die op 15 september 1995 tijdens de vierde wereldvrouwenconferentie werden aangenomen, en de resoluties van het Parlement van 18 mei 2000 over de follow-up van het actieprogramma van Peking⁽¹⁾, van 10 maart 2005 over de follow-up van de vierde wereldvrouwenconferentie – het actieprogramma van Peking (Peking +10)⁽²⁾ en van 25 februari 2010 over Peking +15 – het VN-actieprogramma voor gendergelijkheid⁽³⁾,
- gezien de millenniumontwikkelingsdoelstellingen die zijn aangenomen tijdens de Millenniumtop van de Verenigde Naties in september 2000,
- gezien de verbintenisverklaringen van het Parlement over de uitvoering van het ICPD-actieprogramma in Ottawa (2002), Straatsburg (2004), Bangkok (2006), Addis Ababa (2009) en Istanbul (2012),
- gezien het verslag van de speciale rapporteur van de Verenigde Naties over "Het recht op onderwijs" (A/65/162 (2010)),
- gezien de mondiale strategie ten aanzien van de gezondheid van vrouwen en kinderen van de Wereldgezondheidsorganisatie, die was gelanceerd in 2010,
- gezien lid 16 van het tussentijdse verslag van de speciale rapporteur van de Verenigde Naties over "Ieders recht om de hoogst haalbare norm van lichamelijke en geestelijke gezondheid te bereiken" (A/66/254 (2011)),
- gezien het verslag van de speciale rapporteur van de Verenigde Naties over "Ieders recht om de hoogst haalbare norm van lichamelijke en geestelijke gezondheid te bereiken" (A/HRC/17/25 (2011)),
- gezien het verslag van de hoge commissaris van de Verenigde Naties voor de mensenrechten van 17 november 2011 over "Discriminerende wetgeving en praktijken en gewelddaden tegen personen op grond van hun seksuele geaardheid en seksuele identiteit" (A/HR/C/19/41),
- gezien Resolutie 21/6 van de VN-Mensenrechtenraad van 21 september 2012 over "Te voorkomen sterfte en ziekte in het kraambed en mensenrechten",
- gezien het verslag van het Bevolkingsfonds van de Verenigde Naties inzake "De situatie waarin de wereldbevolking verkeert in 2012: keuze in plaats van toeval" van 14 november 2012,
- gezien de leden 45 t/m 50 van het verslag van de speciale rapporteur van de Verenigde Naties over "Foltering en andere wrede, onmenselijke en ontorende behandeling of straffen" (A/HRC/22/53 (2013)),

- gezien het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de jurisprudentie van het Europees Hof voor de rechten van de mens, in het bijzonder artikel 9 over het recht op geloof en geweten,
- gezien Resolutie 1399 van de parlementaire vergadering van de Raad van Europa uit 2004 over "Een Europese strategie ter bevordering van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten",
- gezien Resolutie 1607 van de parlementaire vergadering van de Raad van Europa uit 2008 over "Toegang tot veilige en legale abortus in Europa",
- gezien de artikelen 2, 5 en 152 van het EG-Verdrag,
- gezien de artikelen 8, 9 en 19 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie, die handelen over de bestrijding van discriminatie op grond van geslacht, en de bescherming van de volksgezondheid,
- gezien het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie,
- gezien de Europese consensus over ontwikkelingssamenwerking (2005),
- gezien de conclusies van de Raad over de rol van de EU in de volksgezondheid in de wereld van de 3011de bijeenkomst van de Raad Buitenlandse Zaken van 10 mei 2010,
- gezien Verordening (EG) nr. 1567/2003 van het Europees Parlement en de Raad van 15 juli 2003 betreffende steun voor beleid en maatregelen op het gebied van reproductieve en seksuele gezondheid en rechten in ontwikkelingslanden⁽⁴⁾,
- gezien Verordening (EG) nr. 1922/2006 van het Europees Parlement en de Raad van 20 december 2006 tot oprichting van een Europees Instituut voor gendergelijkheid⁽⁵⁾,
- gezien Verordening (EG) nr. 851/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 21 april 2004 tot oprichting van een Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding⁽⁶⁾,
- gezien zijn resoluties van 29 september 1994 over de resultaten van de Internationale Conferentie over Bevolking en Ontwikkeling in Caïro⁽⁷⁾, en van 4 juli 1996 over de follow-up van de Internationale Conferentie over Bevolking en Ontwikkeling in Caïro⁽⁸⁾,
- gezien zijn resolutie van 3 juli 2002 over seksuele en reproductieve gezondheid en rechten⁽⁹⁾,
- gezien zijn resolutie van 10 februari 2004 over het voorstel voor een verordening van het Europees Parlement en de Raad tot oprichting van een Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding⁽¹⁰⁾,
- gezien zijn resolutie van 4 september 2008 over moedersterfte, aan de vooravond van de bijeenkomst op hoog niveau van de VN over de millenniumdoelstellingen voor ontwikkeling die werd gehouden op 25 september 2008⁽¹¹⁾,
- gezien zijn resolutie van 5 april 2011 over de prioriteiten en het ontwerp van een nieuw beleidskader van de EU voor de bestrijding van geweld tegen vrouwen⁽¹²⁾,
- gezien zijn resolutie van 13 maart 2012 over de gelijkheid van vrouwen en mannen in de Europese Unie – 2011⁽¹³⁾,
- gezien het verslag van de hoge commissaris van de Verenigde Naties voor de mensenrechten over "Discriminerende wetgeving en praktijken en gewelddaden tegen personen op grond van hun seksuele geaardheid en seksuele identiteit" (A/HR/C/19/41),
- gezien artikel 48 van zijn Reglement,
- gezien het verslag van de Commissie rechten van de vrouw en gendergelijkheid en het advies van de Commissie ontwikkelingssamenwerking (A7-0426/2013),

- A. overwegende dat seksuele en reproductieve rechten mensenrechten zijn, en dat schendingen daarvan een inbreuk vormen op het recht van vrouwen en meisjes op gelijkheid, non-discriminatie, waardigheid en gezondheid, en de vrijwaring van een onmenselijke en ontorende behandeling;
- B. overwegende dat in artikel 8 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU) is bepaald dat de Unie bij elk optreden ernaar streeft de ongelijkheden tussen mannen en vrouwen op te heffen en de gelijkheid van mannen en vrouwen te bevorderen;
- C. overwegende dat seksuele en reproductieve gezondheid en rechten voor elk mens in elk stadium van zijn leven relevant zijn en daarom voor zowel vrouwen als mannen een levenslang punt van aandacht zijn; overwegende dat programma's voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten moeten worden afgestemd op de verschillende behoeften en uitdagingen van mensen in verschillende fases van hun leven;
- D. overwegende dat in artikel 168 VWEU wordt verklaard dat het optreden van de Unie gericht is op een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid alsook op verbetering van de volksgezondheid;
- E. overwegende dat vrouwen en mannen ongeacht hun leeftijd, geslacht, ras, etnische afkomst, klasse, kaste, religieuze overtuiging, huwelijkse staat, beroep, handicap, hiv- (of soa-)status, nationale afkomst, immigratiestatus, taal, seksuele geaardheid en genderidentiteit het recht hebben om hun eigen weloverwogen en verantwoordelijke keuzes te maken met betrekking tot hun seksuele en reproductieve gezondheid en daarvoor over alle middelen en mogelijkheden moeten kunnen beschikken;
- F. overwegende dat genderongelijkheid een van de belangrijkste oorzaken is van het feit dat de seksuele en reproductieve gezondheid van vrouwen en adolescenten niet bewaarheid wordt; overwegende dat stereotype opvattingen over vrouwelijkheid en mannelijkheid in het algemeen en de opvattingen over seksualiteit van meisjes en vrouwen in het bijzonder enorme obstakels vormen voor de bewerkstelling van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten;
- G. overwegende dat in het verslag van de speciale VN-rapporteur over "Het recht op onderwijs" te lezen is dat het recht op uitgebreide seksuele voorlichting een mensenrecht is;
- H. overwegende dat onbedoelde en ongewenste zwangerschappen voor veel vrouwen in de EU, ook tienermeisjes, nog altijd een problematische werkelijkheid zijn;
- I. overwegende dat in bijna eenderde van de lidstaten voorbehoedsmiddelen niet vergoed worden door de publieke ziektekostenverzekering, hetgeen voor bepaalde groepen vrouwen – zoals vrouwen met een laag inkomen, tienermeisjes en vrouwen in een geweldadige relatie – moeilijk te overwinnen obstakels opwerpt;
- J. overwegende dat vrouwen onevenredig getroffen worden door een gebrek aan seksuele en reproductieve gezondheid en rechten vanwege de aard van de menselijke voortplanting en de op geslacht gebaseerde sociale, wettelijke en economische context daarvan;
- K. overwegende dat uitgebreide, op de leeftijd afgestemde, empirisch onderbouwde, wetenschappelijk correcte en oordeelloze seksuele voorlichting, hoogstaande gezinsplanningsdiensten en toegang tot voorbehoedsmiddelen onbedoelde en ongewenste zwangerschappen helpen voorkomen, de behoefte aan abortus doen dalen en bijdragen tot de preventie van HIV en soa's; overwegende dat wanneer jongeren aangeleerd wordt verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen seksuele en reproductieve gezondheid, dit langdurige positieve effecten heeft die hun hele leven blijven doorwerken en ten goede komen van de samenleving als geheel;
- L. overwegende dat volgens het Bevolkingsfonds van de Verenigde Naties (UNFPA) en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) jaarlijks 287 000 vrouwen overlijden als gevolg van complicaties tijdens de zwangerschap en bij de bevalling;
- M. overwegende dat naar schatting 5 miljoen jongeren tussen de 15 en 24 jaar en 2 miljoen adolescenten tussen de 10 en 19 jaar besmet zijn met hiv⁽¹⁴⁾ en dat juist zij in de regel geen toegang hebben tot diensten op het vlak van seksuele en reproductieve gezondheid en hiv en daar dan ook geen gebruik van maken, omdat dergelijke diensten alleen bij hoge uitzondering goed aansluiten op de zeer specifieke behoeften van jongeren op het vlak van seksuele en reproductieve gezondheid op een alomvattende manier;
- N. overwegende dat er ondanks internationale toezeggingen discrepanties bestaan ten aanzien van de norm van seksuele en reproductieve gezondheid tussen en binnen lidstaten, en overwegende dat er ook ongelijkheid bestaat op het vlak van de seksuele en reproductieve rechten van vrouwen in Europa wat betreft de toegang

tot reproductieve gezondheidsdiensten, anticonceptiemiddelen en abortus, naargelang het land waarin ze wonen, hun inkomen, leeftijd, migratiestatus en andere factoren;

- O. overwegende dat tienermoeders de middelbare school vaker niet afmaken en vaker in armoede leven;
- P. overwegende dat vrouwen die zijn gemigreerd, gevlucht en geen papieren hebben zich in een onzekere economische en sociale situatie bevinden waarin zeer weinig of in het geheel geen aandacht wordt besteed aan mogelijke zorgen over seksuele en reproductieve gezondheid;
- Q. overwegende dat de weerstand tegen seksuele en reproductieve gezondheid en rechten in Europa en de wereld is toegenomen, met het doel om vrouwen en mannen wezenlijke seksuele en reproductieve rechten te ontzeggen die alle EU-lidstaten in internationale overeenkomsten hebben toegezegd veilig te stellen;
- R. overwegende dat seksuele en reproductieve gezondheid en rechten van fundamenteel belang zijn voor gendergelijkheid, de bestrijding van armoede, economische groei en ontwikkeling;
- S. overwegende dat vrouwen en mannen in gelijke mate de verantwoordelijkheid moeten nemen voor de preventie van ongewenste zwangerschappen; overwegende dat met name vrouwen voorbehoedsmiddelen gebruiken;
- T. overwegende dat preventie van ongewenste zwangerschappen niet alleen een kwestie is van anticonceptiediensten en informatie, maar tevens van uitgebreide seksuele voorlichting en zowel materiële als financiële bijstand voor hulpbehoevende zwangere vrouwen;
- U. overwegende dat de toegang tot veilige abortus in drie EU-lidstaten (Ierland, Malta en Polen) verboden is, behalve in zeer precaire omstandigheden; overwegende dat abortus in een aantal lidstaten weliswaar nog legaal is, maar dat de toegang ertoe als gevolg van obstakels van regelgevende of praktische aard steeds moeilijker wordt, zoals bijvoorbeeld het onterechte beroep op gewetensbezwaren, verplichte wachttijden en niet-neutrale advisering, en overwegende dat andere lidstaten zelfs kijken naar mogelijkheden om de toegang tot abortus aan banden te leggen;
- V. overwegende dat de sociaaleconomische situatie en de werkgelegenheidsomstandigheden van vrouwen en jonge paren vaak een beletsel zijn om voor moeder- en vaderschap te kiezen;
- W. overwegende dat moedersterfte een bron van zorg blijft in een aantal lidstaten en een uitdaging in het kader van het Europees ontwikkelingsbeleid;
- X. overwegende dat seksueel geweld een ernstige schending van de mensenrechten is en een verwoestend effect heeft op de seksualiteit, de waardigheid, het geestelijk welzijn, de autonomie en de reproductieve gezondheid van vrouwen en meisjes; overwegende dat schadelijke traditionele praktijken zoals genitale verminking/besnijdenis bij vrouwen en vroegtijdige en gedwongen huwelijken nadelige gevolgen hebben voor het persoonlijk welzijn en zelfvertrouwen, seksuele relaties, zwangerschap en geboorte, en een levenslang risico vormen voor de gezondheid van vrouwen, alsmede voor gemeenschappen en samenlevingen als geheel;
- Y. overwegende dat geweld tegen vrouwen, met name huiselijk geweld en verkrachting, een wijdverspreid fenomeen is en dat steeds meer vrouwen het risico lopen besmet te raken met aids en andere soa's doordat hun partners zich op seksueel gebied zeer risicovol gedragen; overwegende dat ook zwangere vrouwen slachtoffer zijn van dergelijk geweld, wat het risico op een miskraam, een doodgeboren kind of abortus verhoogt;
- Z. overwegende dat discrepanties in de abortuscijfers tussen de lidstaten en een wijdverspreide slechte reproductieve gezondheid in delen van de EU duiden op de noodzaak voor de verlening van betaalbare, toegankelijke, kwalitatief hoogwaardige diensten, zo ook op het vlak van gezinsplanning en jeugdriendelijke dienstverlening, alsmede uitgebreide seksuele voorlichting;
- AA. overwegende dat bezuinigingen op de volksgezondheid de toegang tot gezondheidszorg en gezondheidsdiensten verder beperken;
- AB. overwegende dat vrouwen en meisjes die in de prostitutie werken of drugs gebruiken het meest risico lopen op besmetting met soa's, zoals hiv, en overwegende dat er vaak geen aandacht is voor de behoeften van deze vrouwen en meisjes op het vlak van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten;

- AC. overwegende dat studies hebben uitgewezen dat uitgebreide seksuele voorlichting en kwalitatief hoogwaardige diensten op het gebied van gezinsplanning de waarschijnlijkheid van verantwoordelijk, veilig en eerbiedig gedrag bij de eerste en latere schreden op het seksuele pad wel degelijk in de hand werken;
- AD. overwegende dat lesbiennes, homoseksuelen, biseksuelen, transgenders en interseksuelen (LGBTI) vandaag de dag nog altijd in alle lidstaten te kampen hebben met discriminatie, geweld en (ver)oordelende weergaven van hun seksualiteit en genderidentiteit;
- AE. overwegende dat niet alleen aandacht moet worden besteed aan de onderbreking van ongewenste zwangerschappen, maar ook en vooral aan het voorkomen ervan; overwegende dat preventie van ongewenste zwangerschappen niet alleen een kwestie is van het aanbieden van anticonceptiediensten en informatie, maar tevens van uitgebreide seksuele voorlichting en zowel materiële als financiële bijstand voor hulpbehoevende zwangere vrouwen;
- AF. overwegende dat jongeren in hoge mate en al op zeer jonge leeftijd worden blootgesteld aan pornografische inhoud, met name door toegang tot internet, ongeacht of dit nu thuis of op school is;
- AG. overwegende dat een abortus in gebrekkige omstandigheden de fysieke en mentale gezondheid, alsook het leven van de vrouw ernstig in gevaar brengt;
- AH. overwegende dat de seksualisering van jonge meisjes in de media een fenomeen is dat gevolgen heeft voor de affectieve ontwikkeling en het seksleven van vrouwen, maar ook van mannen, en bijdraagt tot het voortbestaan van genderstereotypen, en discriminatie en geweld op grond van geslacht;
- AI. overwegende dat de praktijk van gedwongen of opgelegde sterilisatie van Roma en gehandicapte vrouwen alsook transgenders nog steeds voorkomt in een aantal lidstaten;
- AJ. overwegende dat het delen van beste praktijken tussen de lidstaten het mogelijk maakt om tot de beste oplossingen te komen en de belangen van alle burgers in de EU beter te waarborgen;
- AK. overwegende dat een aantal lidstaten de vrijzinnige abortuswetgeving combineert met doeltreffende seksuele voorlichting, kwalitatief hoogwaardige gezinsplanningsdiensten en de beschikbaarheid van uiteenlopende voorbehoedsmiddelen die leiden tot een combinatie van minder abortussen en een hoger geboortecijfer;

Het algemene beleid inzake seksuele en reproductieve gezondheid in de EU

1. bevestigt nog eens dat “gezondheid een van de fundamentele mensenrechten is en onmisbaar is voor de uitoefening van andere mensenrechten”, en dat de EU alleen in staat is de hoogst haalbare gezondheidsstandaard te bereiken als de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten van iedereen volledig worden erkend en bevorderd;
2. benadrukt dat de schending van de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten directe impact heeft op het leven van vrouwen en meisjes, op de economische onafhankelijkheid van vrouwen, op het gebruik van sociale voorzieningen door vrouwen, op de toegang van vrouwen tot openbare besluitvorming en deelname aan het openbare leven, op de kwetsbaarheid van vrouwen voor geweld door mannen, op de toegang van vrouwen tot onderwijs en op hun recht op eerbiediging van het privéleven, en derhalve de maatschappij als geheel schade toebrengt;
3. benadrukt dat de zelfredzaamheid van vrouwen en meisjes van cruciaal belang is om de vicieuze cirkel van discriminatie en geweld te doorbreken en de mensenrechten, waaronder seksuele en reproductieve gezondheid, te bevorderen en te beschermen;
4. onderkent dat de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten een wezenlijk bestanddeel vormen van de menselijke waardigheid, die moeten worden aangepakt in de bredere context van structurele discriminatie en genderongelijkheid; verzoekt de lidstaten de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten veilig te stellen via het Bureau voor de grondrechten en het Europees Instituut voor gendergelijkheid, niet in de laatste plaats middels het aanbieden van programma's en diensten inzake reproductieve gezondheid, met inbegrip van de zorg en de geneesmiddelen die van essentieel belang zijn voor vrijwillige gezinsplanning en een goede gezondheid voor moeders en pasgeborenen, en door waakzaam te blijven voor beleid en/of wetgeving die een inbreuk kunnen vormen op de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten;

5. verzoekt de lidstaten kwalitatief hoogwaardige seksuele en reproductieve gezondheidsdiensten te verlenen die zijn aangepast aan de behoeften van specifieke groepen, zonder discriminatie of angst voor veroordeling (jongeren, kwetsbare groeperingen, enz.); benadrukt dat dergelijke diensten erop gericht moeten zijn dat mannen en jongens actief de verantwoordelijkheid delen voor seksueel gedrag en de gevolgen daarvan, en deze actieve rol moeten ondersteunen;
6. benadrukt dat de EU en de lidstaten er met hun beleid voor moeten zorgen dat zij de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten van iedereen eerbiedigen, beschermen en verwezenlijken, door te bevorderen dat menselijke seksualiteit gezien wordt als een positief onderdeel van het leven en door een cultuur te creëren van aanvaarding, eerbiediging, non-discriminatie en geweldloosheid;
7. benadrukt dat de EU, binnen de EU en waar van toepassing in haar buitenlandbeleid, moet waarborgen dat er wetten en beleid worden gewijzigd, vastgesteld of juist ingetrokken ter naleving en bescherming van de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en dat zij alle individuen in staat moet stellen deze zonder discriminatie op eender welke grond uit te oefenen;
8. benadrukt dat voortplantingskeuzes en vruchtbaarheidsdiensten moeten worden aangeboden binnen een niet-discriminerend kader;
9. benadrukt dat draagmoederschap vrouwenlichamen en kinderen tot loutere koopwaar degradeert;
10. benadrukt dat gedwongen of opgelegde sterilisatie van eender welke persoon een inbreuk vormt op de mensenrechten en de lichamelijke integriteit van dat persoon en roept de lidstaten dan ook op om de bestaande wetgeving die sterilisatie verplicht stelt, af te schaffen;
11. betreurt het ten zeerste dat in het voorstel voor het nieuwe programma "Gezondheid voor groei 2014-2020" geen melding wordt gemaakt van de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en spoort de Commissie aan om in haar volgende EU-volksgezondheidsstrategie plaats in te ruimen voor de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten;
12. verzoekt de lidstaten te zorgen voor een geografisch passende spreiding van eerstehulpdiensten van goede kwaliteit en veilige vervoersmogelijkheden van goede kwaliteit, teneinde gelijke toegang te waarborgen voor de hele bevolking, met inbegrip van vrouwen en meisjes die op het platteland wonen;
13. merkt op dat het weliswaar tot de bevoegdheden van de lidstaten behoort om beleid inzake de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten te formuleren en ten uitvoer te leggen, maar dat de EU wel degelijk beleidsbevoegdheid kan uitoefenen bij het formuleren van strategieën en initiatieven door hierin kwesties op te nemen met betrekking tot seksuele en reproductieve gezondheid en rechten op het vlak van volksgezondheid en non-discriminatie, en zich hard kan maken voor een betere tenuitvoerlegging en bewustmaking van wetgeving en beleid op het gebied van seksuele en reproductieve rechten, alsmede de uitwisseling van beste praktijken tussen de lidstaten kan bevorderen;
14. verzoekt de lidstaten toegang te verlenen tot diensten op het vlak van seksuele en reproductieve gezondheid middels een op rechten gebaseerde aanpak en zonder enige discriminatie op grond van etnische afkomst, huisvestingsstatus, migratiestatus, leeftijd, handicap, seksuele geaardheid, genderidentiteit, gezondheid of burgerlijke staat;
15. verzoekt de regeringen van de lidstaten en de kandidaat-lidstaten om in samenwerking met pluralistische organisaties uit het maatschappelijk middenveld een kwalitatief hoogwaardig nationaal beleid inzake seksuele en reproductieve gezondheid te ontwikkelen en in het kader daarvan uitgebreide informatie aan te bieden over doeltreffende en verantwoorde methoden voor gezinsplanning, zodat de gelijke toegang tot een scala aan kwalitatief hoogwaardige anticonceptiemiddelen gegarandeerd wordt en mensen bewust worden gemaakt van hun vruchtbaarheid;
16. verzoekt de EU en haar lidstaten meer uitgebreide gegevens en statistieken op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheidsindicatoren (percentages inzake soa's, abortus en anticonceptie, onvervulde behoefte aan anticonceptie, tienerzwangerschappen, enz.) te verzamelen en te controleren, uitgesplitst naar -in ieder geval- geslacht en leeftijd;
17. uit zijn bezorgdheid over de beperkingen op de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidsdiensten en anticonceptiemiddelen in de toetredingslanden; verzoekt de regeringen van die landen wetgevings- en beleidsmaatregelen vast te stellen om de universele toegang tot seksuele en reproductieve

gezondheidsdiensten te garanderen en op systematische wijze de informatie te verzamelen die noodzakelijk is om de seksuele en reproductieve gezondheid te verbeteren;

18. verzoekt de lidstaten te zorgen voor duurzame financiering voor openbare diensten en maatschappelijke organisaties die diensten verlenen op het vlak van seksuele en reproductieve gezondheid;
19. verzoekt de lidstaten om samen te werken met de Commissie, het Europees Instituut voor gendergelijkheid en het maatschappelijk middenveld om een Europese strategie te ontwerpen voor de bevordering van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten, en steun te verlenen voor de uitwerking en de tenuitvoerlegging van veelomvattende nationale strategieën ten aanzien van seksuele en reproductieve gezondheid; stelt voor dat het Europees Instituut voor gendergelijkheid de bevoegdheid krijgt om gegevens en beste praktijken uit heel Europa te verzamelen en te analyseren, teneinde meer inzicht te krijgen in de obstakels voor de integratie van preventie- en behandelingsprogramma's op het vlak van seksuele en reproductieve gezondheid in de stelsels voor basisgezondheidszorg;
20. benadrukt dat de huidige bezuinigingsmaatregelen zeer nadelige gevolgen hebben, met name voor vrouwen, met betrekking tot de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van gezondheidszorg, informatie en programma's inzake seksuele en reproductieve gezondheid, alsook van organisaties voor gezinsplanning en -ondersteuning en van dienstverlenende ngo's, en voor de economische onafhankelijkheid van vrouwen; wijst erop dat de lidstaten de nodige maatregelen moeten treffen om ervoor te zorgen dat diensten voor seksuele en reproductieve gezondheid toegankelijk blijven;
21. verzoekt de lidstaten een strategie te ontwikkelen op het vlak van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten met een toegewezen begroting, een uitvoeringsplan en een bijbehorend toezichtstelsel;
22. onderstreept dat het van vitaal belang is dat vrouwen jaarlijks gratis toegang krijgen tot een gynaecologisch onderzoek en een mammografie en dat het bijgevolg onaanvaardbaar is dat de lidstaten de crisis en de besparingen als excuus aangrijpen om de vergoedingen hiervan te verlagen;
23. moedigt de lidstaten aan tot het delen van hun beste praktijken en combinaties van maatregelen voor het beleid inzake seksuele en reproductieve gezondheid;
24. dringt er gezien de gevolgen van de financiële en economische crisis voor de volksgezondheidssector bij de lidstaten en de kandidaat-lidstaten op aan om – gratis of op financieel toegankelijke wijze – aangepaste anticonceptie-informatie en -diensten en andere seksuele en reproductieve gezondheidszorg aan te bieden, zoals jaarlijkse gynaecologische onderzoeken en mammografieën, alsmede te voorzien in maatregelen voor de preventie, diagnose en behandeling van soa's, waaronder kwalitatief hoogwaardige deskundige advisering en begeleiding, voor alle lagen van de bevolking, met inbegrip van vrouwen op het platteland, jongeren, etnische minderheden, migranten, mensen met een handicap en de mensen die buiten de maatschappij staan;
25. onderstreept dat de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten voor zowel vrouwen als mannen fundamentele rechten zijn die niet om religieuze redenen beperkt mogen worden door middel van bijvoorbeeld concordaten;
26. benadrukt dat wanneer vrouwen, meisjes en paren de fundamentele vrijheid wordt geboden om zelf keuzes te maken over hun seksuele en reproductieve leven, onder meer met betrekking tot de vraag of en wanneer zij kinderen willen, dit kansen biedt voor activiteiten op het gebied van onderwijs en werkgelegenheid, die op hun beurt bijdragen tot gendergelijkheid, armoedebestrijding en inclusieve en duurzame ontwikkeling; merkt op dat indien gezinnen ervoor kunnen kiezen minder kinderen te krijgen, met langere perioden tussen de geboorten, zij ook meer kunnen investeren in het onderwijs en de gezondheid van ieder kind;

Ongewenste zwangerschap: toegang tot anticonceptie en veilige abortusdienstverlening

27. benadrukt dat het essentieel is voor de individuele, sociale en economische ontwikkeling dat vrouwen het recht hebben vrij en op verantwoordelijke wijze te beslissen over het aantal, het moment en het leeftijdsverschil van hun kinderen, zoals vastgelegd in de wetgeving inzake internationale mensenrechten;
28. benadrukt dat vrijwillige gezinsplanning bijdraagt aan het voorkomen van onbedoelde en ongewenste zwangerschappen en het verlagen van de vraag naar abortus;
29. verzoekt de lidstaten zwangere vrouwen die een abortus wensen niet te verhinderen om naar andere lidstaten of rechtsgebieden te reizen waar abortus legaal is;

30. dringt er bij de lidstaten op aan wetenschappelijk onderzoek te bevorderen op het gebied van anticonceptiemethoden voor vrouwen en mannen, om de verantwoordelijkheid voor anticonceptie beter te verdelen;
31. onderstreept dat abortus onder geen beding mag worden aangeprezen als een methode voor gezinsplanning;
32. benadrukt dat de lidstaten beleid en maatregelen ten uitvoer moeten leggen om te voorkomen dat vanwege sociale en economische redenen voor abortus wordt gekozen, en om steun te bieden aan in moeilijkheden verkerende moeders en paren;
33. doet de aanbeveling dat hoogstaande abortusdienstverlening -aangezien het een mensenrechten- en volksgezondheidskwestie betreft- legaal, veilig en toegankelijk moet worden gemaakt voor iedereen binnen de volksgezondheidsstelsels van de lidstaten, ook voor niet-ingezeten vrouwen die vaak van deze diensten gebruik willen maken in andere landen als gevolg van de restrictieve abortuswetgeving in hun land van herkomst, en ter voorkoming van illegale abortus die de fysieke en mentale gezondheid van vrouwen ernstig in gevaar brengt;
34. onderstreept dat zelfs als abortus wel legaal is, de ingreep vaak wordt omzeild of vertraagd door een bemoeilijkte toegang tot de juiste diensten, zoals de veelvuldige verwijzing naar gewetensbezwaren, medisch niet-gerechtigde wachttijden of bevooroordeelde raadgeving; benadrukt dat de lidstaten de verwijzing naar gewetensbezwaren in de belangrijkste beroepen moeten reguleren en controleren om ervoor te zorgen dat reproductieve gezondheid gegarandeerd is als een recht van iedere persoon, terwijl tevens de toegang tot legale diensten wordt gewaarborgd en er passende en hoogstaande publieke verwijssystemen functioneren; benadrukt dat het recht op dienstweigeren op basis van gewetensbezwaren een individueel recht is en geen collectief beleid, en dat advies vertrouwelijk moet zijn en geen waardeoordeel mag omvatten; is bezorgd over het feit dat medisch personeel in ziekenhuizen en klinieken met een religieuze grondslag in heel de EU gedwongen wordt patiënten seksuele en reproductieve gezondheidsdiensten te weigeren;
35. spoort de lidstaten ertoe aan gerichte maatregelen te nemen om tegemoet te komen aan de specifieke behoeften van kwetsbare personen met een risico op marginalisatie en sociale en economische uitsluiting, in het bijzonder jonge vrouwen in plattelandsgebieden, wier toegang tot moderne voorbehoedsmiddelen kan worden bemoeilijkt door economische en sociale problemen, met name in de huidige economische crisis;
36. verzoekt de lidstaten te waarborgen dat gezondheidswerkers die abortus uitvoeren en abortusgerelateerde diensten verlenen op geen enkele wijze strafrechtelijk worden vervolgd of bestraft voor deze dienstverlening;
37. roept de overheden van de lidstaten en de kandidaat-lidstaten op om vrouwen die een illegale abortus hebben ondergaan niet te vervolgen;
38. doet de aanbeveling dat de lidstaten informatie en diensten blijven verstrekken die nodig zijn om een laag niveau van moedersterfte te handhaven, dat zij zich blijven inspannen voor een verdere verlaging van deze sterfte, alsook dat zij kwalitatief hoogwaardige zorg garanderen voor en na de bevalling;

Uitgebreide seksuele voorlichting en jeugdriendelijke diensten

39. verzoekt de lidstaten universele toegang te waarborgen tot uitgebreide informatie, voorlichting en diensten op het vlak van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten; dringt er bij de lidstaten op aan dat deze informatie een breed scala aan moderne methoden voor gezinsplanning en advies, gekwalificeerde verloskundigen, en het recht op toegang tot gynaecologische en verloskundige noodhulp omvat, en dat het geen oordeel velt over abortusdiensten maar daar wetenschappelijk onderbouwd verslag over uitbrengt;
40. benadrukt dat doeltreffende en uitgebreide seksuele voorlichting staat of valt met de deelname van jongeren, in samenwerking met andere belanghebbenden, zoals ouders, aan de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van de programma's; pleit ervoor om bij seksuele voorlichting voorlichters van dezelfde leeftijd in te zetten als beproefd middel om jongeren zelfredzaam te maken, en verzoekt de lidstaten en kandidaat-lidstaten om van diverse andere methoden gebruik te maken om jongeren te bereiken, zoals reclamecampagnes, sociale marketing ter bevordering van het gebruik van condooms en andere voorbehoedsmiddelen, en initiatieven zoals vertrouwelijke telefonische hulpdiensten;
41. verzoekt de lidstaten seksuele voorlichting verplicht te stellen voor alle leerlingen in het lager en voortgezet onderwijs en hiervoor in de lesprogramma's voldoende ruimte te reserveren; benadrukt dat het belangrijk is

dat de programma's voor seksuele voorlichting regelmatig worden herzien en bijgewerkt, en dat daarbij bijzondere aandacht uitgaat naar kwesties met betrekking tot respect voor vrouwen en gendergelijkheid;

42. benadrukt dat seksuele voorlichting moet worden ontworpen en gegeven op een holistische, op rechten gebaseerde en positieve manier, waarbij de nadruk ligt op de ontwikkeling van sociale vaardigheden en met aandacht voor zowel de psychosociale als de biomedische aspecten van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten;
43. onderstreept dat de seksuele en reproductieve gezondheidsbehoeften van pubers verschillen van die van volwassenen; verzoekt de lidstaten erop toe te zien dat adolescenten toegang hebben tot gebruiksvriendelijke diensten, waarbij terdege rekening wordt gehouden met hun angsten en recht op vertrouwelijkheid en privacy;
44. verzoekt de lidstaten te voorzien in adolescentvriendelijke seksuele en reproductieve gezondheidsdiensten die zijn afgestemd op de leeftijd, rijpheid en zich ontwikkelende vermogens, die niet discriminerend zijn op grond van geslacht, huwelijkse staat, handicap of seksuele geaardheid/identiteit, en die toegankelijk moeten zijn zonder toestemming van ouders of voogden;
45. verzoekt de lidstaten toe te zien op verplichte seksuele en affectief relationele voorlichting in een voor jongens en meisjes gemeenschappelijk kader naar leeftijdsgroep en geslacht voor alle kinderen en pubers;
46. verzoekt de lidstaten om programma's en cursussen voor postuniversitair onderwijs en opleiding op het gebied van seksuele gezondheid en reproductieve rechten te ontwerpen en in te voeren voor geneeskundestudenten en zorgverleners, opdat vrouwen en paren kwalitatief hoogwaardig advies kunnen ontvangen over de gewenste gezinsomvang uitgaande van hun gezondheidstoestand, persoonlijke behoeften en loopbaanplanning;
47. dringt er bij de lidstaten op aan om maatregelen te treffen ter verwijdering van alle obstakels die jongens en meisjes in de puberleeftijd de toegang verhinderen tot veilige, doeltreffende en betaalbare voorbehoedsmethoden zoals condooms, alsook om hen duidelijke voorlichting te geven over voorbehoedsmiddelen;
48. herinnert de lidstaten eraan dat zij ervoor dienen te zorgen dat kinderen en jongeren hun recht op onpartijdige, specifiek op leeftijdsgroep en geslacht afgestemde informatie ten aanzien van seksualiteit – zoals seksuele geaardheid, genderidentiteit en genderexpressie – daadwerkelijk kunnen genieten;
49. dringt er bij de lidstaten op aan maatregelen op te stellen die het mogelijk maken met jonge moeders, tienermoeders en zwangere meiden te werken om hen te steunen bij het aanpakken van de problemen die verband houden met het feit dat zij op jonge leeftijd moeder zijn geworden, en die het tevens mogelijk maken te voorkomen dat pasgeboren baby's worden gedood;
50. benadrukt dat seksuele voorlichting de strijd tegen stereotypen, vooroordelen, alle vormen van gendergerelateerd geweld en geweld tegen vrouwen en meisjes moet omvatten, moet stilstaan bij discriminatie op grond van geslacht en seksuele geaardheid, en bij structurele obstakels voor echte gelijkheid, met name de gelijkheid van mannen en vrouwen, en al deze negatieve fenomenen moet afwijzen, alsook dat bij seksuele voorlichting de nadruk moet liggen op wederzijds respect en gedeelde verantwoordelijkheid;
51. benadrukt dat seksuele voorlichting niet-discriminerend moet zijn en een positief beeld moet overdragen van lesbiennes, homoseksuelen, biseksuelen, transgenders en interseksuelen teneinde de rechten van jonge lesbiennes, homoseksuelen, biseksuelen, transgenders en interseksuelen op doeltreffende wijze te ondersteunen en te beschermen;
52. onderstreept in dit verband dat seksuele voorlichting buitengewoon noodzakelijk is, aangezien jongeren al vanaf jonge leeftijd toegang hebben tot pornografische en ontorende inhoud, met name via internet; onderstreept derhalve dat seksuele voorlichting deel moet uitmaken van een bredere, ondersteunende benadering van de emotionele ontwikkeling van jongeren, zodat zij wederzijds respectvolle relaties kunnen opbouwen; moedigt de lidstaten aan bewustmakingscampagnes te houden voor ouders en volwassenen die jongeren begeleiden, over de rampzalige gevolgen van pornografie voor pubers;
53. spreekt de lidstaten ook aan over het feit dat uitgebreide seksuele voorlichting waarin ook de affectieve kant van relaties aan bod komt uiterst belangrijk is, gezien het fenomeen van seksualisering van jonge meisjes in de audiovisuele en digitale inhoud waartoe jongeren toegang hebben;

54. verzoekt de lidstaten de nadruk te leggen op het voorkomen van soa's, waaronder hiv, in het kader van seksuele voorlichting door veilig seksueel gedrag te bevorderen en door de toegang tot beschermingsmiddelen te vergemakkelijken;

Preventie en behandeling van soa's

55. verzoekt de lidstaten met klem onmiddellijke en universele toegang te waarborgen tot soa-behandelingen die op veilige en objectieve wijze verstrekt worden;

56. verzoekt de lidstaten om de kwaliteit en het niveau van de informatie aan het algemene publiek te handhaven en te verbeteren en om hun bewustmakingsbeleid met betrekking tot soa's, in het bijzonder hiv/aids, te versterken, gebaseerd op de meest recente ontdekkingen en praktijken op gezondheidsvlak, de manieren waarop ziekten worden overgedragen, alsmede manieren van preventie, alsook om ongewenste zwangerschappen te voorkomen;

57. verzoekt de lidstaten om naast vrijwillige begeleiding en tests te voorzien in de nodige preventieactiviteiten;

58. verzoekt de Commissie en de lidstaten zich te richten op de specifieke seksuele en reproductieve gezondheid en rechten van mensen met hiv/aids, met de nadruk op de behoeften van vrouwen en risicogroepen, zoals mensen die in de prostitutie werken, gedetineerden, migranten en gebruikers van injectiedrugs, met name door de toegang tot tests en behandeling te integreren en de onderliggende socio-economische factoren aan te pakken, zoals genderongelijkheid en discriminatie, die bijdragen aan het risico van vrouwen en risicogroepen op hiv/aids;

59. verzoekt de EU onderzoek en ontwikkeling van nieuwe en verbeterde aanvaardbare, betaalbare, toegankelijke, kwalitatief hoogwaardige preventietechnologieën, diagnosemethoden en behandelingen van hiv/aids en andere soa's alsmede verwaarloosde tropische ziekten te bevorderen en daarin te investeren, teneinde de last van deze ziekten voor de gezondheid van moeders en kinderen te verlichten;

60. verzoekt de lidstaten doeltreffende en inclusieve strategieën vast te stellen voor de preventie van hiv, alsook om wet- en regelgeving die mensen met hiv/aids straffen en stigmatiseren, af te schaffen, aangezien deze wetten als ondoeltreffend worden beschouwd en zelfs contraproductief als het gaat om hiv-preventie;

61. spoort de Commissie en de lidstaten ertoe aan de toegang tot informatie, vaccins en behandelingen te vereenvoudigen, teneinde te voorkomen dat baby's tijdens de zwangerschap met hiv worden besmet en om na de geboorte tijdig te kunnen beginnen met een geschikte behandeling ervan;

Geweld in verband met seksuele en reproductieve rechten

62. veroordeelt elke schending van de lichamelijke integriteit van vrouwen, en met name genitale verminking bij vrouwen, evenals schadelijke praktijken die bedoeld zijn om controle uit te oefenen op de seksualiteit en de reproductieve zelfbeschikking van vrouwen; onderstreept dat dit grove schendingen van de mensenrechten zijn en dat de lidstaten de verantwoordelijkheid hebben die dringend aan te pakken;

63. beveelt de lidstaten aan ervoor te zorgen dat mannen en vrouwen uit alle maatschappelijke geledingen en etnische groepen hun volledig geïnformeerde toestemming moeten geven voor alle medische diensten en procedures zoals anticonceptiediensten, sterilisatie en abortus; verzoekt de lidstaten procedures in te stellen om mensen te vrijwaren van onmenselijke en vernederende behandeling in instellingen voor reproductieve gezondheidszorg, met specifieke aandacht voor detentiecentra, gevangenissen en zorginstellingen voor geestelijk gehandicapten en ouderen;

64. benadrukt opnieuw dat seksueel geweld en seksuele controle over vrouwen, zoals verkrachting (ook in het huwelijk), genitale verminking bij vrouwen, seksueel misbruik, incest, seksuele uitbuiting, seksuele intimidatie en vroegtijdige/kinderhuwelijken een schadelijk langetermijneffect hebben op de seksuele en reproductieve gezondheid van vrouwen en meisjes, alsook op hun zelfvertrouwen en zelfredzaamheid; verzoekt de lidstaten zich in te zetten om vrouwen en meisjes te beschermen tegen deze vormen van misbruik, en om slachtoffers te helpen, daarbij ondersteund door voorlichtingsprogramma's op nationaal en gemeenschapsniveau, en zich te richten op maatregelen om plegers van misbruik zware straffen op te leggen, zoals het strafbaar stellen van aanranding;

65. verzoekt de lidstaten het Verdrag van de Raad van Europa inzake het voorkomen en bestrijden van geweld tegen vrouwen en van huiselijk geweld te ondertekenen en te bekrachtigen;

66. verlangt dat de lidstaten en de kandidaat-lidstaten garanderen dat vrouwen die zwanger zijn als gevolg van een verkrachting, alsmede vrouwen wier zwangerschap hun gezondheid of leven ernstig in gevaar brengt, legaal en in goede medische omstandigheden een abortus kunnen laten uitvoeren zonder dat er beperkingen van welke aard dan ook worden opgelegd;
67. dringt erop aan dat seksuele en reproductieve gezondheid en rechten worden vastgelegd in bestaande internationale mensenrechteninstrumenten en vooraanstaande documenten voor politiek overleg; betreurt dat het ter voorbereiding op de VN-conferentie over duurzame ontwikkeling (Rio+20) geformuleerde EU-standpunt, waarin seksuele en reproductieve gezondheid en rechten worden erkend als horizontaal vraagstuk dat van cruciaal belang is voor andere aspecten van ontwikkeling, niet in het uiteindelijke VN-document is verwerkt, omdat de EU niet met één stem naar buiten trad;
68. verzoekt de lidstaten ervoor te zorgen dat de ICPD+20, Peking+20 en Rio+20-processen in het kader voor de periode na 2015 worden verwerkt;

Seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en officiële ontwikkelingshulp

69. herinnert de lidstaten eraan dat investeringen in reproductieve gezondheid en gezinsplanning op het gebied van ontwikkeling tot de meest rendabele behoren, en een van de meest doeltreffende manieren is om de duurzame ontwikkeling van een land te bevorderen;
70. benadrukt het belang van voorlichting over en bewustzijn van seksuele en reproductieve gezondheid als een onontbeerlijk deel van de agenda voor de gezondheid van vrouwen in ontwikkelingslanden;
71. verzoekt de Commissie om binnen de thematische begrotingslijnen van het instrument voor ontwikkelingssamenwerking een specifieke begrotingslijn inzake seksuele en reproductieve gezondheidsdiensten op te nemen, en om in het kader van alle toepasselijke instrumenten voldoende financiering toe te wijzen voor de ruimere agenda met betrekking tot seksuele en reproductieve gezondheid en rechten;
72. wijst nogmaals op de dringende behoefte aan geschoolde gezondheidswerkers in ontwikkelingslanden, alsook op de noodzaak de braindrain van geschoolde gezondheidswerkers te voorkomen door middel van financiële stimuli en opleidingssteun; benadrukt het belang van geïntegreerde gezondheidsdiensten op het gebied van hiv en seksuele en reproductieve gezondheid en rechten, alsook op het belang van de betrokkenheid op alle niveaus van maatschappelijke organisaties, plaatselijke overheden, gemeenschappen, non-profitorganisaties en vrijwilligersorganisaties op het gebied van volksgezondheid bij het opzetten van gezondheidsdiensten; wijst in het bijzonder op de noodzaak om ook in plattelandsgebieden en afgelegen streken de toegang tot gezondheidszorg op het vlak van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten te vergemakkelijken;
73. schaart zich achter Aanbeveling 1903 (2010) van de parlementaire vergadering van de Raad van Europa om 0,7 % van het bruto nationaal inkomen aan officiële ontwikkelingshulp toe te wijzen; verzoekt de EU blijf te blijven geven van deze toewijding tijdens de financiering en tenuitvoerlegging van de Europese instrumenten voor extern optreden en het Europees ontwikkelingsfonds gedurende de periode 2014-2020;
74. herinnert eraan dat de epidemieën waaronder bepaalde partnerontwikkelingslanden van de EU ernstig te lijden hebben, zoals hiv, een aanzienlijke belemmering vormen voor de ontwikkeling;
75. spoort de organisaties die EU-middelen ontvangen voor hiv/aids-bestrijding en/of gezondheidsbescherming aan om een duidelijke, beknopte en transparante strategie te ontwikkelen waarmee zij seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en primaire hiv-preventie in hun interventies kunnen opnemen;
76. verzoekt de EU met klem erop toe te zien dat in de context van Europese ontwikkelingssamenwerking een op mensenrechten gebaseerde benadering wordt aangenomen met een krachtige en duidelijke nadruk op seksuele en reproductieve gezondheid en rechten, met bijzondere aandacht voor diensten voor gezinsplanning, moeder- en kindersterfte, veilige abortus, anticonceptiemiddelen, de preventie van en de strijd tegen hiv/aids en andere seksueel overdraagbare aandoeningen, en het uitroeien van bepaalde praktijken, zoals genitale verminking bij vrouwen, vroegtijdige en/of gedwongen huwelijken, geslachtsselectie van de foetus en gedwongen sterilisatie;
77. verzoekt EU-delegaties met de desbetreffende regeringen samen te werken aan de vormgeving en tenuitvoerlegging van beleid dat erop is gericht de waarde van vrouwen en meisjes binnen de samenleving te bevorderen, met het oog op de bestrijding van genderongelijkheid, discriminatie van vrouwen en meisjes en

de sociale normen die ervoor zorgen dat de voorkeur uitgaat naar jongens en die de achterliggende oorzaak vormen van prenatale geslachtsselectie, het doden van baby-meisjes en abortus van vrouwelijke foetussen, alsook met het oog op de bestrijding van gedwongen huwelijken op jonge leeftijd en genitale verminking bij vrouwen; onderstreept dat de inspanningen om geslachtsselectie in te perken geen belemmering of beperking mogen vormen voor het recht van vrouwen op toegang tot legitieme diensten en technologieën op het vlak van seksuele en reproductieve gezondheid;

78. dringt erop aan dat de door de EU en haar lidstaten verstrekte humanitaire hulp niet onderhevig mag zijn aan de door de Verenigde Staten of andere donoren opgelegde beperkingen op humanitaire hulp, met name door te zorgen voor toegang tot abortus voor vrouwen en meisjes die het slachtoffer zijn van verkrachting in gewapende conflicten;
79. verzoekt de Commissie en de Europese Dienst voor extern optreden (EDEO) om, in dialogen met betrekking tot de mensenrechten, stil te staan bij obstakels waar mensen tegenaan lopen als zij zich toegang willen verschaffen tot diensten op het gebied van reproductieve gezondheid en hun seksuele en reproductieve rechten willen uitoefenen;
80. wijst erop dat er bij de tenuitvoerlegging van het actieprogramma van de Internationale Conferentie over Bevolking en Ontwikkeling (ICPD) dat in 1994 is vastgesteld in Cairo, is erkend dat seksuele en reproductieve gezondheid en rechten van fundamenteel belang zijn voor duurzame ontwikkeling;
81. dringt er in dit verband bij de Commissie op aan om in het kader van haar ontwikkelingsprioriteiten te blijven streven naar het wegnemen van alle belemmeringen voor toegang tot kwalitatief hoogwaardige, betaalbare, aanvaardbare en toegankelijke diensten op het vlak van seksuele, reproductieve en prenatale gezondheid en gezondheid van moeders, met inbegrip van vrijwillige gezinsplanning, toegang tot anticonceptie en veilige abortus, en jeugdriendelijke dienstverlening, en tegelijkertijd te strijden tegen discriminatie op grond van geslacht die resulteert in geslachtsselectieve en onvrijwillige abortussen, gedwongen sterilisatie en seksueel geweld; verzoekt de Commissie tevens te zorgen voor voorzieningen op het gebied van seksuele, reproductieve en prenatale gezondheidszorg en gezondheidszorg voor moeders, hiv-preventie, behandeling, zorg en steun, zonder onderscheid des persoons;
82. dringt er bij de EU en haar lidstaten op aan om er zorg voor te dragen dat de operationele evaluatie van het ICPD+20 resulteert in een integrale evaluatie van alle aspecten die samenhangen met het volledig kunnen uitoefenen van seksuele en reproductieve rechten, en om opnieuw een duidelijk en progressief standpunt in te nemen ten aanzien van seksuele en reproductieve rechten voor iedereen, dat in overeenstemming is met de internationale normen op het gebied van de mensenrechten en de verantwoordingsplicht van regeringen voor de verwezenlijking van de overeengekomen doelstellingen versterkt; verzoekt de EU en haar lidstaten er in het bijzonder zorg voor te dragen dat voor het evaluatieproces een participerende aanpak gevolgd wordt en dat de verschillende belanghebbende partijen, met inbegrip van het maatschappelijk middenveld en vrouwen, jongeren en jonge volwassenen, daar daadwerkelijk aan kunnen bijdragen; herinnert eraan dat het kader voor deze evaluatie gestoeld moet zijn op de mensenrechten, met specifieke aandacht voor de seksuele en reproductieve rechten;
83. verzoekt de Commissie en de EDEO, en met name de EU-delegaties ter plaatse, zich volledig rekenschap te geven van het feit dat seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en prenatale zorg en kraamzorg belangrijke factoren zijn voor inclusieve en duurzame ontwikkeling, in de context van menselijke ontwikkeling, bestuur, gendergelijkheid en mensenrechten, en economische zelfredzaamheid van jongeren en vrouwen op het niveau van landen, alsook voor het huidige programmeringsproces van de EU voor de periode 2014-2020;
84. verzoekt de EU met klem ervoor te zorgen dat bevolkingsdynamieken, de verbanden tussen inclusieve en duurzame ontwikkeling, en seksuele en reproductieve gezondheid en rechten als prioriteit gelden bij de vormgeving van het kader voor mondiale ontwikkeling na 2015, waarmee ernaar wordt gestreefd dat iedereen zijn/haar mensenrechten kan uitoefenen, met inbegrip van seksuele en reproductieve rechten, ongeacht maatschappelijke status, leeftijd, seksuele geaardheid, genderidentiteit, ras, etnische afkomst, handicap, godsdienst of overtuiging; beklemtoont dat de EU met een verenigde, samenhangende en toonaangevende stem over deze kwestie naar buiten moet treden;
85. herhaalt dat vrouwen die wereldwijd ongewenst zwanger zijn eenvoudige toegang moeten hebben tot betrouwbare informatie en begeleiding; herinnert eraan dat tevens kwaliteit en alomvattende gezondheidsdiensten en -ondersteuning moeten worden geboden;

86. verzoekt de EU en haar lidstaten hun toezeggingen ten aanzien van de volledige en daadwerkelijke tenuitvoerlegging van het actieprogramma van de Internationale Conferentie over Bevolking en Ontwikkeling, alsook de resultaten van de toetsingsconferenties, na te komen;
87. dringt er bij de Commissie en de EDEO op aan de eigen inbreng en het leiderschap te ondersteunen van nationale regeringen, plaatselijke autoriteiten en het maatschappelijk middenveld met betrekking tot de bevordering van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten, die universeel zijn en gebaseerd moeten zijn op gedeelde verantwoordelijkheden;
88. verzoekt het Parlement om schendingen van de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten aan de orde te stellen in het jaarverslag van het Parlement inzake "mensenrechten en democratie in de wereld en het beleid van de Europese Unie ter zake";

°

° °

89. verzoekt zijn Voorzitter deze resolutie te doen toekomen aan de Raad en de Commissie.

(1)

PB C 59 E van 23.2.2001, blz. 133.

(2)

PB C 320 E van 15.12.2005, blz. 12.

(3)

PB C 348 E van 21.12.2010, blz. 11.

(4)

PB L 224 van 6.9.2003, blz. 1.

(5)

PB L 403 van 30.12.2006, blz. 9.

(6)

PB L 142 van 30.4.2004, blz. 1.

(7)

PB C 305 van 31.10.1994, blz. 80.

(8)

PB C 211 van 22.7.1996, blz. 31.

(9)

PB C 271 van 12.11.2003, blz. 219.

(10)

PB L 142 van 30.4.2004, blz. 1.

(11)

PB C 295 van 4.12.2009.

(12)

PB C 296 E van 2.10.2012, blz. 26.

(13)

PB C 251 E van 31.8.2013, blz. 1.

(14)

UNICEF-rapport (2011) getiteld "Opportunity in crisis: preventing HIV from early adolescence to young adulthood".

TOELICHTING

Ieder jaar rangschikt het UNDP landen op basis van hun niveau van genderongelijkheid. Met de Genderongelijkheidsindex worden de nadelen ten gevolge van de ongelijkheid van vrouwen en mannen gemeten op drie aspecten van het leven: reproductieve gezondheidszorg, empowerment en de arbeidsmarkt(1). Dit verslag is gericht op het eerste element en de daaraan gerelateerde rechten, niet alleen als een mensenrechtenkwestie maar ook als een middel om gendergelijkheid te bereiken.

Aangezien de lidstaten tot de meest ontwikkelde landen ter wereld behoren, staan zij bovenaan de mondiale ranglijst van landen voor wat de reproductieve gezondheidstoestand van hun bevolking betreft(2). Uit de door de lidstaten ter beschikking gestelde gegevens blijkt echter dat er binnen Europa grote ongelijkheid bestaat tussen de seksuele en reproductieve gezondheid van vrouwen.

Het Europees Parlement (EP) heeft bij diverse gelegenheden aangegeven investeringen in seksuele en reproductieve gezondheid en rechten te steunen. Een krachtig EU-standpunt inzake seksuele en reproductieve gezondheid en rechten is alleen mogelijk met een krachtige aansporing van deze instelling.

Dit verslag komt op een zeer belangrijk moment. De eerbiediging van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten wordt bedreigd door de huidige politieke en economische context. Vanwege de huidige financiële crisis en economische achteruitgang, alsmede de hiermee samenhangende bezuinigingen in de overheidsbegrotingen, zijn de lidstaten geneigd de privatisering van gezondheidszorg te versnellen en de toegang tot en het kwaliteitsniveau van gezondheidszorg te verlagen(3). Daarnaast zijn er in heel Europa zeer conservatieve standpunten inzake seksuele en reproductieve gezondheid en rechten ontstaan. In landen als Spanje en Hongarije, evenals in regionale fora zoals de parlementaire vergadering van de Raad van Europa, het Europees Comité voor Sociale Rechten en zelfs het EP, is duidelijk te merken dat de anti-abortusbeweging steeds sterker en zichtbaarder wordt. Gezien deze kritiek is het belangrijker dan ooit dat het EP opkomt voor seksuele en reproductieve rechten als mensenrechten alsmede een nuttig overzicht verstrekt van de huidige stand van zaken van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten op Europees niveau.

Seksuele en reproductieve gezondheid

Volgens de WHO wordt onder reproductieve gezondheid verstaan: "de reproductieve processen, functies en systemen in alle stadia van het leven". Dit houdt in "...dat mensen in staat zijn een verantwoord, bevredigend en veilig seksleven te hebben en dat zij beschikken over het vermogen te reproduceren, alsmede over de vrijheid om te beslissen of, wanneer en hoe vaak zij reproduceren. Impliciet valt hieronder het recht van mannen en vrouwen op informatie over en toegang tot de veilige, efficiënte, betaalbare en aanvaardbare methoden van vruchtbaarheidsregulering van hun keuze, en het recht op toegang tot een passende gezondheidszorg, welke vrouwen de mogelijkheid biedt op een veilige manier zwanger te zijn en te bevallen, en paren de beste kansen geeft op het krijgen van een gezond kind."(4)

Seksuele gezondheid wordt gedefinieerd als "een staat van lichamelijk, emotioneel, geestelijk en sociaal welzijn met betrekking tot seksualiteit; het is niet louter de afwezigheid van ziekte, een stoornis of een kwaal. Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties als ook de mogelijkheid om plezierige en veilige seksuele ervaringen te hebben, vrij van dwang, discriminatie en geweld. Om seksuele gezondheid te bereiken en te behouden, moeten de seksuele rechten van alle personen worden gerespecteerd, beschermd, en ten uitvoer gelegd."(5)

Seksuele en reproductieve rechten

Seksuele en reproductieve gezondheid wordt gewaarborgd door seksuele en reproductieve rechten. Overeenkomstig artikel 96 van het actieplatform van Beijing (1995) zijn die rechten gebaseerd op de mensenrechten gelijkheid en waardigheid.

Seksuele en reproductieve rechten, met inbegrip van het recht op gezondheidszorg voor moeders en gezinsplanning, omvatten zowel vrijheden als aanspraken op het gebied van veel van de reeds vastgestelde burger-, politieke, economische, sociale en culturele rechten. Hoewel ze niet onderling verwisselbaar zijn, maken reproductieve rechten deel uit van seksuele rechten, en maken seksuele rechten deel uit van reproductieve rechten.(6)

Moedersterfte

Ondanks het feit dat de meeste lidstaten nog steeds een zeer laag moedersterftecijfer kennen (tussen 2 en 10 vrouwen die in het kraambed sterven per 100 000 levendgeborenen)(7), ligt dit cijfer in een aantal lidstaten significant hoger (34 in Letland, 27 in Roemenië, 21 in Hongarije, 20 in Luxemburg). In sommige lidstaten worden bemoedigende tendensen waargenomen; zo is de moedersterfte tussen 1990 en 2010 in Roemenië afgenomen van 170 tot 27, in Letland van 54 tot 34, en in Litouwen van 34 tot 8. Tegelijkertijd hebben andere lidstaten echter te maken met zorgwekkende tendensen en schommelingen: in Luxemburg is de geschatte moedersterfte gestaag toegenomen van 6 in 1990 tot 20 in 2010, en in Hongarije is de moedersterfte teruggebracht van 23 in 1990 tot 10 in de eerste jaren van de 21ste eeuw, maar vervolgens opnieuw uitgekomen op 21 in 2010.(8) In zijn resolutie van 13 december 2012 over het jaarverslag over mensenrechten en democratie in de wereld in 2011 en het beleid van de Europese Unie ter zake wijst het Europees Parlement er opnieuw op dat de mensenrechten van vrouwen en meisjes, en met name hun recht op leven, onderwijs, informatie en gezondheid, doeltreffend moeten worden bevorderd en beschermd om sterfte en ziekte onder moeders te voorkomen. Het EP heeft hierin benadrukt dat de EU daarom een belangrijke rol moet spelen bij het verlagen van het aantal te voorkomen complicaties vóór, tijdens en na de zwangerschap en geboorte.

Verzamelen van gegevens

De gegevens die nodig zijn om de reproductieve en seksuele gezondheid volledig in kaart te brengen, worden door een groot aantal lidstaten niet verzameld. Zo hebben meer dan twee derden van de lidstaten geen informatie over het percentage zwangere vrouwen dat ten minste één prenataal bezoek heeft gehad en beschikt meer dan een kwart van de lidstaten niet over gegevens inzake het

percentage geboortes waarbij een gekwalificeerde gezondheidswerker aanwezig was.(9) Hoewel het verzamelen van dergelijke gegevens door sommige hoog ontwikkelde landen als overbodig kan worden beschouwd, vormen deze gegevens niettemin belangrijke indicatoren waarmee reproductieve gezondheidsstandaarden op consistente wijze kunnen worden gecontroleerd. De lidstaten moeten meer uitgebreide gegevens en statistieken op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheidsindicatoren (percentages inzake soa's, abortus en anticonceptie, onervulde behoefte aan anticonceptie, tienerzwangerschappen...) verzamelen en controleren, uitgesplitst naar -in ieder geval- geslacht en leeftijd. Om de situatie in de gehele Unie beter in kaart te brengen, moet het Europees Instituut voor gendergelijkheid de bevoegdheid krijgen om toe te zien op de verzameling en analyse van gegevens en beste praktijken.

Seksuele voorlichting

In de meeste lidstaten is seksuele voorlichting een verplicht vak, op grond van de nationale wetgeving, maar de inhoud en kwaliteit variëren. Volgens een recente studie zijn de Benelux, de noordse landen, Frankrijk en Duitsland voorlopers op het gebied van seksuele voorlichting. De lidstaten in Oost- en Zuid-Europa hebben over het algemeen gebrekkige of niet bestaande seksuele voorlichtingsprogramma's(10).

Een hoog percentage tienerbevallingen, -abortussen en seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) staat vaak in verband met gebrekkige of ontoereikende seksuele voorlichting. Deze vooronderstelling is in overeenstemming met de huidige EU-gegevens, aangezien in de lidstaten in Oost-Europa relatief de meeste tienerbevallingen en -abortussen plaatsvinden.(11)

Hoewel de kwaliteit van seksuele voorlichtingsprogramma's in het algemeen gestaag toeneemt, zou de uitwisseling van gemeenschappelijke doelstellingen en beste praktijken onder de lidstaten bijdragen aan het vergemakkelijken van de harmonisatie van normen voor seksuele voorlichting alsmede aan een meer gelijkwaardige seksuele en reproductieve gezondheid voor alle Europese jongeren.

Cijfers inzake tienerbevallingen en ongewilde zwangerschappen

Het aantal tienerbevallingen(12) varieert sterk tussen de lidstaten. Nederland, Slovenië, Denemarken, Zweden, Cyprus, Italië, Luxemburg en Finland hebben momenteel het laagste cijfer (tussen 5 en 9 tienerbevallingen per jaar). In de meeste overige lidstaten ligt het aantal tienerbevallingen iets hoger (tussen 10 en 20 bevallingen): Duitsland, Oostenrijk, Frankrijk, België, Griekenland, Spanje, Tsjechië, Letland, Polen, Portugal, Ierland, Litouwen, Hongarije en Malta. De hoogste cijfers worden waargenomen in Slowakije (22), Estland (24), Verenigd Koninkrijk (26), Roemenië (40) en Bulgarije (44).

Ondanks de bemoedigende tendensen in een aantal lidstaten blijkt uit het grote verschil tussen het aantal tienerbevallingen in Nederland (5), Verenigd Koninkrijk (26) en Bulgarije (44) dat veel Europese jongeren nog altijd niet over de nodige vaardigheden en kennis beschikken om verantwoordelijke seksuele en reproductieve keuzes te kunnen maken.

Afgezien van het ongeplande karakter van de meeste tienerzwangerschappen en het feit dat jonge meisjes over het algemeen niet zijn voorbereid op het moederschap, hebben tienerbevallingen vaak langetermijngevolgen. Gezondheidsproblemen als gevolg van zwangerschap komen vaker voor bij tienerzwangerschappen dan bij zwangerschappen onder volwassenen (bijv. miskramen, overlijden van levendgeborenen). Uit studies blijkt ook dat tienermoeders vaker hun middelbare school niet afmaken en vaker in armoede leven. Bovendien hebben kinderen van tieners vaak een te laag geboortegewicht, evenals gezondheids- en ontwikkelingsproblemen(13).

Volwassen vrouwen hebben ook te maken met het probleem van ongewilde zwangerschap, dat om vele redenen kan ontstaan: mislukte anticonceptie, onjuist of inconsequent gebruik van anticonceptie, seksuele partners die geen anticonceptiemiddel willen gebruiken, gedwongen seks of verkrachting, of gezondheidsredenen. Zoals de WHO opmerkt, kan zelfs een geplande zwangerschap ongewild worden als de omstandigheden veranderen.(14)

Abortus

In twintig lidstaten is abortus op verzoek wettelijk toegestaan. In drie van de overige zeven lidstaten (Groot-Brittannië, Finland, Cyprus) kunnen de beperkende redenen breed worden geïnterpreteerd, en in drie andere lidstaten (Ierland, Polen, Luxemburg) heeft een restrictieve interpretatie van de beperkende redenen en de algemene onbereidheid of angst om abortus uit te voeren ertoe geleid dat hier (bijna) geen enkele -bekendgemaakte- wettelijke abortus plaatsvindt. Malta is de enige lidstaat waar abortus wettelijk is verboden, zonder uitzonderingen.(15) Voorbeelden van beperkende redenen om abortus toe te staan, zijn: het leven of de lichamelijke en/of geestelijke gezondheid van de vrouw is in gevaar, beschadiging van de foetus, verkrachting, of medische of sociaaleconomische redenen. In de meeste lidstaten moet abortus in de eerste twaalf weken van de zwangerschap worden uitgevoerd. De lidstaten hanteren zeer uiteenlopende abortustarieven; in landen waar een abortus door de nationale zorgverzekering wordt gedekt, worden gewoonlijk uitsluitend abortussen om medische redenen vergoed. Sommige lidstaten hanteren een verplichte wachttijd en toestemming van de ouders als een minderjarige een abortus wil plegen(16).

Opgemerkt dient te worden dat abortusdiensten steeds vaker worden belemmerd, zelfs in landen met vrijblijvende abortiewetten. Vrouwen worden met name geconfronteerd met ongereguleerd gebruik van gewetensbezwaren van verstrekkers van reproductieve gezondheidszorg, verplichte wachttijden of bevooroordeeld advies(17). Het gebruik van gewetensbezwaren in de praktijk heeft tot gevolg dat veel vrouwen de toegang wordt ontzegd tot reproductieve gezondheidszorg, zoals informatie over, toegang tot, en aankoop van anticonceptie, prenatale tests en legale zwangerschapsonderbreking. Er zijn gevallen gemeld in Slowakije, Hongarije, Roemenië, Polen, Ierland en Italië, waar bijna 70% van alle gynaecologen en 40% van alle anesthesisten geen abortus uitvoeren vanwege gewetensbezwaren. Deze belemmeringen zijn duidelijk in strijd met normen inzake de mensenrechten en internationale medische normen(18).

Het is niet ongebruikelijk dat vrouwen in landen met een restrictief abortusbeleid naar een andere lidstaat afreizen voor een abortus. Deze praktijk brengt voor bepaalde groepen echter een grote economische last met zich mee, afgezien van de mogelijkheid van strafvervolging in hun woonstaat. Bovendien bemoeilijkt dit het verzamelen van betrouwbare gegevens inzake abortus. Reizen voor

een legale abortus is ook vaak noodzakelijk binnen sommige lidstaten, voor vrouwen die in een landelijk gebied wonen.(19) In de praktijk treft het verbod met name vrouwen die zich reeds in een gemarginaliseerde positie bevinden (vrouwen die niet gemakkelijk naar een andere lidstaat kunnen afreizen om een abortus te laten plegen, zoals vrouwen in een financieel moeilijke situatie, asielzoekers, vrouwen in opvangcentra of in hechtenis, enz.), hetgeen bijdraagt aan toenemende ongelijkheden op gezondheidsvlak binnen de Unie.

Duitsland, Griekenland, Denemarken en Portugal zijn de lidstaten waar de minste abortussen zijn gemeld(20) (variërend van 7 tot 9 legaal opgewekte abortussen per 1 000 vrouwen in de leeftijd van 15 t/m 44 jaar), en Estland, Roemenië, Bulgarije, Letland, Hongarije en Zweden zijn de lidstaten waar de meeste abortussen zijn gemeld (variërend van 35 tot 21 abortussen), gevolgd door het Verenigd Koninkrijk (17) en Frankrijk (18)(21).

Vanwege de potentiële gevolgen van een verbod op abortus voor de volksgezondheid, lijkt het duidelijk dat het verbieden van abortus de cijfers niet zal doen afnemen; het zou doeltreffender zijn om de nadruk te leggen op het voorkomen van ongewilde zwangerschappen(22). Er bestaat tenslotte zeer weinig verband tussen de legaliteit van abortus en het aantal abortussen, maar wel een sterke correlatie tussen de legaliteit van abortus en de veiligheid ervan. Daarnaast zijn volgens de WHO "de kosten van het opwekken van een veilige abortus [. . .] een tiende van de kosten van het behandelen van de gevolgen van een onveilige abortus."(23)

Tevens moet erop worden gewezen dat de huidige focus op gezinsbeleid vanwege de demografische crisis ook rechtstreekse en niet-rechtstreekse invloed heeft op politieke keuzes met betrekking tot seksuele en reproductieve gezondheid en rechten. Het idee lijkt te bestaan dat een verbod op abortus het aantal geboortes zal doen toenemen en dat het legaliseren van abortus zou bijdragen aan bevolkingsafname. Dit idee wordt niet door concrete gegevens ondersteund, en wij geloven sterk dat het verbeteren van de mogelijkheden voor moeders en vaders om hun privéleven en beroep goed te combineren op meer doeltreffende wijze zou bijdragen aan een hoger geboortecijfer in Europa.

Seksueel overdraagbare aandoeningen

De EU doet systematisch onderzoek naar een aantal soa's: hiv, syfilis, aangeboren syfilis, gonorrhoe, chlamydia en lymphogranuloma venereum (LGV). Op grond van Besluit 2119/98/EG wordt van de lidstaten verwacht dat zij gegevens indienen over alle vereiste variabelen; in de praktijk gebeurt dit echter niet altijd en zijn bepaalde nationale soa-toezichtsystemen onbegrijpelijk. Bij het vergelijken en vaststellen van trends worden dus mogelijkwerwijs ontoereikende of niet bestaande gegevens gebruikt.

Het gemiddelde aantal nieuwe hiv-gevallen per jaar in de lidstaten is 5,7 per 100 000 inwoners; in 2010 werden de laagste cijfers gemeld door Slowakije (0,5) en Roemenië (0,7) en de hoogste cijfers door Estland (27,8), Letland (12,2), België (11) en het Verenigd Koninkrijk (10,7). Uit de naar leeftijd uitgesplitste gegevens blijkt dat 11% van de nieuwe hiv-gevallen jongeren in de leeftijd van 15 t/m 24 jaar zijn(24).

Het is van belang dat de Europese Commissie (EC) en de lidstaten zich richten op de specifieke seksuele en reproductieve gezondheid en rechten alsmede de behoeften van vrouwen met hiv, als onderdeel van een holistische aanpak om de epidemie terug te dringen. Dit kan worden verwezenlijkt door de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidszorgprogramma's uit te breiden, door hierin de toegang tot hiv/aids-tests en -behandelingen op te nemen, alsmede onderlinge steun en advies- en preventieve diensten, en door de onderliggende sociaaleconomische factoren die het risico voor vrouwen op hiv/aids verhogen, aan te pakken, zoals genderongelijkheid, discriminatie en ontoereikende bescherming van de mensenrechten.

Geweld in verband met seksuele en reproductieve rechten

Geschat wordt dat zeven van de tien vrouwen in hun leven te maken krijgen met lichamelijk en/of seksueel geweld. Op geslacht gebaseerd geweld is een vorm van discriminatie waardoor het vermogen van vrouwen om op dezelfde manier als mannen gebruik te maken van rechten en vrijheden, ernstig wordt gehinderd. De eerbiediging en bevordering van seksuele en reproductieve gezondheid, evenals de bescherming en tenuitvoerlegging van reproductieve rechten, zijn noodzakelijke voorwaarden voor het bereiken van gendergelijkheid en de zelfredzaamheid van vrouwen, teneinde hen in staat te stellen al hun mensenrechten en fundamentele vrijheden te genieten alsmede geweld tegen vrouwen te voorkomen en te verminderen.

Tevens moet bijzondere aandacht worden besteed aan schadelijke traditionele praktijken, zoals genitale verminking/besnijdenis bij vrouwen en vroegtijdige en gedwongen huwelijken, aangezien die praktijken niet alleen schadelijke gevolgen kunnen hebben voor het welzijn, seksuele relaties, zwangerschappen en bevallingen, maar ook voor gemeenschappen.

Seksuele en reproductieve gezondheid en rechten in officiële ontwikkelingshulp

Seksuele en reproductieve rechten zijn essentiële elementen van menselijke waardigheid en menselijke ontwikkeling en liggen ten grondslag aan sociale en economische vooruitgang. Uit onlangs verzamelde gegevens blijkt dat er overal ter wereld aanhoudende, ernstige uitdagingen op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid bestaan, en in het bijzonder in ontwikkelingslanden.

De EU moet krachtige beleidstoezeggingen doen, maar ook haar rol van ontwikkelings- en politieke speler vervullen in het streven naar seksuele en reproductieve gezondheid en rechten. De EU heeft een belangrijke rol bij de bevordering, versterking en verdediging van seksuele gezondheid en rechten op internationaal niveau, ook in het ontwikkelingssamenwerkingskader na 2015, om ervoor te zorgen dat de bevolking en seksuele en reproductieve gezondheid en rechten voorrang krijgen bij de vormgeving van het ontwikkelingssamenwerkingskader na 2015 en de follow-up van de Rio+20-conferentie.

De lidstaten moeten bijdragen tot een snellere vooruitgang met betrekking tot de verwezenlijking van millenniumontwikkelingsdoelstelling 5 en de twee hierbij behorende doelen door reproductieve gezondheid en de gezondheid van moeders, pasgeborenen en kinderen op veelomvattende wijze aan te pakken. Dit kan bijvoorbeeld door het aanbieden van gezinsplanningsdiensten, prenatale zorg,

gekwalficeerde verloskundigen, verloskundige noodhulp en noodhulp voor pasgeborenen, postnatale zorg en preventie- en behandelingsmethoden voor seksueel overdraagbare aandoeningen en infecties, zoals hiv. Daarnaast moeten de lidstaten systemen bevorderen die gelijke toegang verlenen tot betaalbare, rechtvaardige en hoogwaardige geïntegreerde gezondheidszorg en in de gemeenschap gevestigde preventieve en klinische zorg omvatten.

De EC kan een belangrijke rol spelen door ervoor te zorgen dat de Europese ontwikkelingssamenwerking gebaseerd is op een op mensenrechten gebaseerde aanpak met bijzondere aandacht voor en concrete doelstellingen op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten.

(1)

VN-Ontwikkelingsfonds (2011). Human Development Report 2011: Sustainability and Equity: A Better Future for All, technische noot 3.

(2)

Zoals aangetoond door de indicatorgegevens die zijn gebruikt om de Genderongelijkheidsindex te berekenen. UNDF(2011). Human Development Report 2011: Sustainability and Equity: A Better Future for All. Statistische bijlage, tabel 4.

(3)

EP-resolutie van 12 maart 2013 over de gevolgen van de economische crisis voor de gendergelijkheid en de rechten van de vrouw.

(4)

Global Policy Committee van de WHO (1994). "Position Paper on Health, Population and development for the International Conference on Population and Development", Caïro, 5-13 september 1994, blz. 24, paragraaf 89.

(5)

WHO (2006). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health; 28 t/m 31 januari 2002, Genève.

(6)

Yamin, A. E. (Ed.), 2005, Learning to dance: Advancing women's reproductive health and well-being from the perspectives of public health and human rights, Cambridge, Harvard University Press.

(7)

Aangenomen wordt dat 'landen met 1–10 sterfgevallen per 100 000 geboortes vrijwel op hetzelfde niveau presteren en dat de verschillen willekeurig zijn', zie voetnoot 1.

(8)

Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group van de VN (2012). "Trends in maternal mortality 1990 to 2010: WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates."

(9)

UNDF (2011). Human Development Report 2011: Sustainability and Equity: A Better Future for All. Statistische bijlage, tabel 4.

(10)

Beaumont, K; Maguire, M; Schulze, E; Europees Parlement (2013). Policies for Sexuality Education in the European Union, beschikbaar op: <http://www.europarl.europa.eu/committees/en/femm>

(11)

Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (juni 2012). Sexually Transmitted Infections in Europe 1990-2010.

(12)

Aantal bevallingen per jaar onder meisjes in de leeftijd van 15 tot 19 jaar per 1 000 meisjes in die leeftijdscategorie.

(13)

Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (juni 2012). Sexually Transmitted Infections in Europe 1990-2010.

(14)

WHO (2012). Sexual and reproductive health: facts and figures about abortion in the European region.

(15)

Zie UN ICPD Beyond 2014 Review (juli 2012), Country Implementation Profiles; International Planned Parenthood Federation (mei 2012), Abortion Legislation in Europe.

(16)

IPPF (mei 2012). Abortion Legislation in Europe.

(17)

Verslag van Christine McCafferty van de Raad van Europa, Women's access to lawful medical care: the problem of unregulated use of conscientious objection, 20.07.2010 en resolutie 1763 (2010) van de parlementaire vergadering van de Raad van Europa.

(18)

WHO (2de editie, 2012), Safe abortion: technical and policy guidance for health systems

(19)

IPPF (mei 2012), Abortion Legislation in Europe.

(20)

De lidstaten met een zeer restrictief beleid (Ierland, Polen, Luxemburg, Malta) zijn niet meegerekend.

(21)

Gegevens voor Oostenrijk, Cyprus, Luxemburg en Malta zijn niet beschikbaar. Departement Economische en Sociale Zaken van de VN: Population Division (maart 2011), World Abortion Policies, 2011.

(22)

IPPF (mei 2012), Abortion Legislation in Europe.

(23)

WHO (2012). Sexual and reproductive health: facts and figures about abortion in the European region.

(24)

Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC)/Regionaal Bureau voor Europa van de WHO, HIV/AIDS surveillance in Europe, 2011.