



rijksuniversiteit
groningen

faculteit rechtsgeleerdheid

Recht in tijden van chronische ziekten

Oratie Prof. mr. dr. Brigit Toebes
4 juni 2019



Recht in tijden van chronische ziekten

Brigit Toebes, 4 juni 2019

Omslag: 'Bergsee', Gabriele Münter (1908)
Ontwerp: Anja Robbeson

Samenvatting

Chronische ziekten als kanker, diabetes en hart- en vaatziekten vormen de belangrijkste volksgezondheids-uitdaging van onze tijd. Vier gedragsrisico's liggen aan de wortel van deze ziekten: roken, schadelijk alcoholgebruik, ongezond voedsel en gebrek aan beweging.

Deze oratie gaat in op de wijze waarop internationaal en nationaal recht een rol spelen bij het terugdringen van ongezond gedrag in de samenleving. Het recht is een krachtig middel om ongezond gedrag terug te dringen en kan effectiever ingezet worden.

Op internationaal niveau is er de mogelijkheid om verdragen aan te nemen op het terrein van alcohol en ongezond voedsel, in aanvulling op het bestaande WHO-Kaderverdrag inzake de Tabaksontmoediging. Op nationaal niveau zijn maatregelen als een rookverbod, een suikertaks en een verbod op marketing van alcohol effectieve middelen om ongezond gedrag terug te dringen.

De rede besteedt tevens aandacht aan de wijze waarop het reguleren van ongezond gedrag raakt aan mensenrechten als het recht op gezondheid en het recht op zelfbeschikking. Ook komt aan bod dat veel ongezond gedrag veroorzaakt wordt door een ongezonde leefomgeving. Hoe kan het recht daarop inspelen?

“Meneer de rector magnificus, leden van het College van Bestuur, zeer geachte aanwezigen”

In deze rede wil ik u meenemen op een wandeling door het mondiale landschap van het gezondheidsrecht. Om de verbeelding te laten spreken zal ik deze tocht illustreren met een aantal plaatjes.



'Bergsee', Gabriele Münter (1908)

Sterke verbetering van de mondiale volksgezondheid

Ik zal een pleidooi houden voor meer aandacht voor preventie om daarmee chronische ziekten terug te dringen.

Hoe staat de wereld ervoor als het gaat om de mondiale volksgezondheid? Laat mij beginnen met het goede nieuws.¹

¹ Zie ook Hans Rosling et al, *Factfulness: ten reasons why we're wrong about the world – and why things are Better than you think* (ook beschikbaar in een Nederlandse vertaling), Sceptre 2018.

De afgelopen 150 jaar heeft de wereld gigantische vooruitgang geboekt. De levensverwachting van de wereldbevolking is dramatisch gestegen: we leven nu ongeveer twee keer zo lang als 150 jaar geleden.² Kindersterfte is sterk gedaald, veel meer mensen hebben toegang tot noodzakelijke medicijnen, en 80% van de wereldbevolking is gevaccineerd tegen de belangrijkste infectieziekten.³

Toename van chronische ziekten

Er is echter ook reden tot zorg. Zowel in Nederland als mondiaal is sprake van een sterke stijging van chronische, niet overdraagbare ziekten. De vier belangrijkste chronische ziekten zijn kanker, diabetes, hart- en vaatziekten. Wereldwijd is 70%-80% van de totale sterfte te wijten aan een chronische ziekte.⁴

Ik zie u denken: dat is goed nieuws. Het is beter om te sterven aan kanker op je 80^e dan aan een infectieziekte op je vijfde. Maar het probleem is dat veel van deze sterfte prematuur is, dat wil zeggen sterfte onder de 70 jaar. Anders gezegd: meer dan de helft van de mensen die voor hun 70^e sterft, doet dat aan een chronische ziekte.⁵

Chronische ziekten zijn ook allang niet meer een fenomeen van rijke landen. Driekwart van de sterfte vindt inmiddels plaats in lage- en middeninkomenslanden.⁶ Diabetes groeit ook als kool in de sloppenwijken van Kenya en Zuid-Afrika.⁷

Chronische ziekten veroorzaken veel fysiek en psychisch leed voor de individuele patiënt. De behandeling is vaak kostbaar en wordt niet altijd vergoed, en ziekte leidt vaak tot een verlies van inkomen.

² *Our world in data*, <https://ourworldindata.org/life-expectancy>.

³ *The Borgen Project*, <https://borgenproject.org/improvements-in-global-health/>

⁴ WHO, *Global status report on noncommunicable diseases 2014*, Genève: WHO Press, 2014, en WHO website, *Global Health Observatory (GHO) data: NCD mortality and morbidity*, http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/.

⁵ WHO 2014 (zie noot 4).

⁶ WHO, *Global Health Observatory Data* (zie noot 4).

⁷ Steven van de Vijver et al, *Vet arm – leven in de sloppenwijken van Nairobi*, Nijgh & van Ditmar, november 2015.

Daarmee drijft het patiënten en hun gezinnen vaak de armoede in.

De behandeling kost ook overheden en werkgevers veel geld. In Nederland bedraagt de zorg voor chronische ziekten ongeveer 70% van de totale zorgkosten.⁸ Het verlies aan arbeidsproductiviteit kost de Nederlandse samenleving jaarlijks 26 miljard euro.⁹ Voor een land als Nederland is dat misschien nog net te behappen, maar voor lage en midden-inkomenslanden is dit een gigantische opgave.¹⁰ Stelt u zich voor hoe moeilijk het is voor een land als Kenya of Mexico om de kosten van kankerbehandeling te financieren.

Leefstijl en chronische ziekten

Waarom krijgen de mensen in die sloppenwijken van Kenya nou zoiets als diabetes?



'Boomwortels', Vincent van Gogh (1890)

⁸ Volksgezondheidszorg.info, 'Chronische ziekten en multimorbiditeit: Cijfers & Context', <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/cijfers-context/huidige-situatie#node-aantal-mensen-met-chronische-ziekte-bekend-bij-de-huisarts>.

⁹ Centrum Werk en Gezondheid, *Impact Graphic Fit for Work Program*, kosten van non-participatie.

¹⁰ WHO website, 'Global Health Observatory (GHO) data: NCD mortality and morbidity', https://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/.

Chronische ziekten worden ook wel welvaartsziekten genoemd omdat vier zogenaamde gedragsrisico's aan de wortel van chronische ziekten liggen: roken, ongezond voedsel, schadelijk gebruik van alcohol en gebrek aan beweging.¹¹

Door gezonder te leven kunnen we chronische ziekten ongeveer met de helft terugdringen.¹² Het is een ongemakkelijke boodschap, maar we moeten de feiten niet uit de weg gaan. Hier kan niet alleen veel leed, maar ook veel geld bespaard worden.

Hoe reageert het recht op deze mondiale volksgezondheidsuitdagingen? Hoe kan het recht bijdragen aan het beste antwoord?

Het internationaal gezondheidsrecht

Ik wil beginnen met de internationale standaarden die de gezondheid beschermen en vervolgens afdalen naar het Nederlandse juridische landschap. Ik wil bij dit alles kijken hoe het recht reageert op de feiten die ik u zojuist geschetst heb.



'Wegennet', Pauline Westerman (2015)

¹¹WHO website, NCDs, <https://www.who.int/ncds/introduction/en/>.

¹² Berekend op basis van WHO 2014 (zie noot 4).

De afgelopen jaren heb ik als Rosalind Franklin Fellow aan deze universiteit de unieke kans gehad om het internationaal gezondheidsrecht te bestuderen. Ik heb dit gedaan in interactie met mijn onder anderen mijn collega's van internationaal recht, van onderzoekscentrum *Global Health Law Groningen*, en met collega's van over de gehele wereld.¹³

Het internationaal gezondheidsrecht is onderdeel van het internationaal publiekrecht. Voor mijn studenten visualiseer ik het internationaal publiekrecht als een boom. De stam van deze boom bestaat uit de fundamentelementen van het internationale recht, zoals de bronnen van het internationale recht en staatsaansprakelijkheid. De takken van de boom verbeelden dan de verschillende velden van het internationale recht, zoals het internationale handelsrecht, het internationaal milieurecht en het humanitair oorlogsrecht.



'Avond; De rode boom', Piet Mondriaan (1908-1910)

¹³ Zie ook Gian Luca Burci en Brigit Toebes, *Research Handbook on Global Health Law*, Cheltenham/Northampton: Edward Elgar Publishing, 2018.

Een boom krijgt er takken bij; zo ook het internationale recht, dat de afgelopen decennia flink gegroeid is. Het internationaal gezondheidsrecht vormt zo een nieuwe tak van het internationaal publiekrecht. Wat is deze nieuwe tak, en: in hoeverre vormt deze tak een adequaat antwoord op de gezondheids-uitdagingen waar de wereld op dit moment voor staat, in het bijzonder chronische ziekten?

Deze vragen laten zich het beste beantwoorden door gewoon te bekijken welke standaarden er zijn. Wat wij zien is een lappendeken, een patchwork aan standaarden, een gefragmenteerd veld bestaande uit bindende en niet-bindende standaarden, standaarden uit verschillende domeinen van het internationale recht. Een veld met onduidelijke grenzen, kortom een veld dat zich met moeite laat kwalificeren als een nieuwe tak van het internationale recht.



'Montagne Sainte-Victoire', Paul Cézanne (1904)

Zitten we dan wel te wachten op nog een nieuwe tak van het internationale recht?¹⁴ Mijn antwoord is ja. De bescherming van de gezondheid is een belangrijke waarde, een waarde die mondiaal gezien voortdurend onder druk staat. Het internationaal gezondheidsrecht richt zich op de bescherming van deze waarde. Binnen het klassieke internationale recht gaat veel aandacht uit naar het beschermen van de vrede en veiligheid. Maar de kans dat een wereldburger sterft aan een hart- of vaatziekte is 117 groter dan dat hij of zij sterft door gewapend conflict of terrorisme.¹⁵ De grootste pijn zit dus bij de ongezondheid van mensen.

En die volksgezondheidsproblematiek heeft een grensoverschrijdend karakter. Laat mij daarvan een concreet voorbeeld geven. Australië voerde neutrale sigaretten-verpakkingen in, verpakkingen zonder merklogo's en bijvoorbeeld die herkenbare kameel, maar kreeg het toen aan de stok met een aantal tabaks-producerende landen waaronder Cuba en Indonesië. Deze landen dienden een klacht tegen Australië in, in het kader van de Wereldhandelsorganisatie omdat zij vonden dat de sigarettenpakjes wél het merklogo mochten verbeelden.¹⁶ Vooralsnog liep deze zaak voor Australië met een sisser af en mocht het zijn tabakswetgeving continueren.¹⁷

Maar dit voorbeeld laat wel zien dat er een spanning is tussen het internationaal gezondheidsrecht en andere takken van het internationale recht, in het bijzonder het internationaal handelsrecht. Er is behoefte aan mankracht en kennis om de bescherming van de volksgezondheid internationaal op de agenda te zetten, en om tegenwicht te bieden aan andere belangen, zoals de internationale handel.

¹⁴ Over de fragmentatie van het internationale recht zie bijvoorbeeld VN Doc. A/CN.4/L.682, 13 april 2006, (rapport van studiegroep *International Law Commission*; Martti Koskenniemi).

¹⁵ Berekend op basis van *Our world in data*, <https://ourworldindata.org/causes-of-death>.

¹⁶ *WTO – Tobacco Plain Packaging*, Panel Reports, [https://www.wto.org/\(...\)/cases_e/ds435_e.htm](https://www.wto.org/(...)/cases_e/ds435_e.htm).

¹⁷ Pedro Villareal en Brigit Toebes, *WTO Plain Packaging reports – some reflections*, blog post Global Health Law Groningen Blog, 1 september 2018.

Ik concludeer dat de mondiale gezondheid een zaak is van het internationale recht, en het internationaal gezondheidsrecht speelt hierbij een cruciale rol.

Mensenrechten-standaarden

Mensenrechten-standaarden vormen het fundament van het internationaal gezondheidsrecht en geven vorm aan de waarden die hierin centraal staan. Je zou kunnen zeggen dat het gezondheidsrecht op alle niveaus doordrenkt is van mensenrechten.

Het recht op een zo goed mogelijke gezondheidsstandaard, kortweg het recht op gezondheid, staat hierbij centraal. Dit mensenrecht is door de jaren heen niet vrij geweest van controverse.¹⁸ De term 'recht op gezondheid' roept de associatie op met een recht om gezond te zijn, of een recht op iedere denkbare vorm van medische zorg.

Inmiddels wordt gezaghebbend erkend dat het geen recht is om gezond te zijn maar een brede norm die twee belangrijke dimensies kent, een soort dualiteit: aan de ene kant een recht op gezondheidszorg, en aan de andere kant een recht op condities voor gezondheid, dat wil zeggen een recht op een gezonde leefomgeving, wat ook een recht op preventie omvat.¹⁹

Als zodanig reflecteert deze norm heel adequaat de uitdagingen waar we mondiaal voor staan: om gezondheid te garanderen moeten overheden niet alleen zorgen voor betaalbare, kwalitatief goede, en toegankelijke zorg, maar ook voor een omgeving waarbinnen wij gezond kunnen opgroeien en leven. Een recht op zorg én een recht op preventie dus.²⁰

¹⁸ Brigit Toebes, *The right to health as a human right in international law*, Antwerp/Groningen/Oxford: Intersentia/Hart, 1999.

¹⁹ VN-Comité inzake Economische, Sociale en Culturele rechten (CESCR), *Algemene Aanbeveling 14: Het recht op een zo goed mogelijke gezondheidsstandaard (Art. 12)*, 11 augustus 2000, VN Doc. E/C.12/2000/4, para. 4.

²⁰ Zie ook oratie Jos Dute: Gezondheidspreventie is een mensenrecht, 19 september 2013.



'Orange and Yellow', Mark Rothko (1956)

Het recht op gezondheid vormt het hart van het internationaal gezondheidsrecht, maar rept als open norm niet heel nadrukkelijk over chronische ziekten en het reguleren van ongezond gedrag.

WHO-Kaderverdrag inzake de Tabaksontmoediging

Voor specifiekere standaarden moeten wij kijken naar de Wereldgezondheidsorganisatie, de WHO, als belangrijkste mondiale *standard-setter* op het terrein van de volksgezondheid. De WHO heeft aanzienlijke bevoegdheden om zulke bindende standaarden aan te nemen, maar heeft daar – als organisatie voornamelijk gerund door medici – sinds haar oprichting in 1946 maar mondjesmaat gebruik van gemaakt.

Eén bindend instrument richt zich op roken als een van de belangrijkste risicofactoren voor chronische ziekten. Het WHO-Kaderverdrag inzake de Tabaksontmoediging is aangenomen in 2003 en inmiddels zijn 181 landen partij bij dit verdrag.²¹ Dit verdrag heeft ondanks de nogal open formuleringen veel invloed op de wijze waarop nationale overheden hun tabakswetgeving vormgeven.



'Smoke', Marlene Dumas (2018)

²¹ WHO Kaderverdrag inzake de Tabaksontmoediging, voor Nederlandse tekst zie <https://wetten.overheid.nl/>.

Bijvoorbeeld als het gaat om de interactie tussen tabaksindustrie en overheid. Artikel 5, derde lid van dit Verdrag verplicht Lidstaten om hun tabaksbeleid te beschermen tegen de invloeden van de tabaksindustrie. In een rechtszaak tegen de Nederlandse Staat werden de nauwe banden tussen overheid en tabaksindustrie aan de kaak gesteld. De rechter, die rechtstreeks aan deze bepaling toetste, wees de klacht af, maar uiteindelijk leidde deze rechtszaak wel tot een concrete beleidswijziging.²² We kunnen concluderen dat de Nederlandse overheid dankzij dit verdrag meer afstand heeft van de tabaksindustrie.²³

Een alcohol- en een voedselverdrag?

Het tabaksverdrag is al met al een mondiaal succes. Het vormt daarmee een belangrijke inspiratiebron voor mogelijke nieuwe verdragen die ongezonde producten reguleren, zoals ongezond voedsel en alcohol. Voor ongezond voedsel en alcohol zijn tot dusverre alleen niet-bindende strategieën aangenomen. Zulke niet-bindende standaarden, ook wel *soft law* genoemd, spelen een belangrijke rol in het internationale recht, mede gezien hun flexibiliteit, slagkracht en de wijze waarop zij een veelheid aan actoren aan zich kunnen binden.²⁴ Zij zijn als het ware de lijm van het internationale recht, maar zij ontberen de invloed en zeggingskracht van een verdrag. We moeten het daarom hebben over de mogelijkheid om bindende verdragen op het terrein van ongezond voedsel en alcohol aan te nemen.²⁵

²²Stichting Rookpreventie Jeugd tegen de Nederlandse Staat, <http://www.stichtingrookpreventiejeugd.nl> en Rechtbank Den Haag, 9 september 2015, C/09/475711 / HA ZA 14-1193.

²³ Zie ook Gohar Karapetian and Brigit Toebes, The legal enforceability of Articles 5(3) and 8(2) of the WHO Framework Convention on Tobacco Control: the case of the Netherlands, *Brill Open Law*, 22 mei 2018, p. 1-13.

²⁴ J. Pauwelyn, R.A. Wessel en J. Wouters, 'When Structures Become Shackles: Stagnation and Dynamics in International Lawmaking', *European Journal of International Law* 2014-25/3, p. 733-763.

²⁵ Shiu Lun Au Yeung en Tai Hing Lam, 'Unite for a Framework Convention for Alcohol', *The Lancet*, Vol. 393, 4 mei 2019, p. 1778-1779.



'Het dronken paar', Jan Steen (1665)

Het aannemen van zulke verdragen is een heel weerbarstig en tijdrovend proces, daar kan zo'n twintig jaar overheen gaan. Het roept lastige inhoudelijke vragen op, zoals: lenen alcohol en ongezond voedsel zich wel voor regulering in een verdrag? Tussen tabak en alcohol bestaan best wat parallellen, dus het WHO-tabaksverdrag biedt hier duidelijk inspiratie.

Voedsel is een minder eenvormig product, en niet iedere vorm van voedsel is slecht voor de gezondheid. Toch zou je kunnen kijken of je de hoeveelheid vet, suiker en zout in producten zou kunnen beperken. En het is natuurlijk mogelijk om conform het WHO-Tabaksverdrag een bepaling op te nemen die de interactie tussen de overheid en de industrie aan banden legt. Dus op het moment dat je van overheidswege het aantal *fastfood* cafés wilt terugdringen, dan zegt dat verdrag dat je dat doet zonder overleg met de *fastfood* branche.

Niet alleen juridische vragen spelen hier een rol, maar ook politiek-strategische: wat zijn de politieke processen die nodig zijn om te komen tot de aanneming van deze verdragen? Zo'n verdrag aannemen vergt een sterke beweging vanuit wetenschap en *civil society*, en de wens en motivatie bij de leiding van de WHO om deze stap te zetten.²⁶

Dit zijn stroperige processen, maar we moeten ze niet uit de weg gaan. Ik hoop de komende jaren een bijdrage te leveren aan de beweging richting een mogelijke alcohol- en voedselverdrag.

De rol van de industrie

Dan kom ik bij de rol van ondernemingen.



'Der Laden', Neo Rauch (2005)

²⁶ Gro Harlem Brundtland, voormalig WHO-directeur, maakte zich destijds sterk voor het WHO-Kaderverdrag inzake Tabaksontmoediging. Zie ook Marlies Hesselman en Brigit Toebes, 'Adopting new international health instruments', what can we learn from the FCTC?, *International Journal of Health Policy and Management*, 2018, 7(3), p. 264-267.

Zij zijn de motor van onze economie, maar hun handelen schaadt ook vaak onze belangen en ons welzijn. Denk aan de tabaksindustrie, die dodelijke producten produceert, maar ook de voedsel- en alcoholindustrie dragen met hun producten significant bij aan de incidentie van chronische ziekten. Er wordt in dit kader ook wel gesproken van een industriële epidemie, waarbij de ondernemingen de ziekteverwekkers zijn.²⁷

Waar ik echt mee zit is dat deze industrieën zich steeds meer richten op lage- en middeninkomenslanden, landen waar de regulering van ongezonde producten vaak nog niet op gang gekomen is.²⁸ Tragisch om te zien hoe met de komst van *fastfood* ketens mensen hun traditionele eetpatronen veranderen.

Het is daarom echt jammer dat internationaal opererende ondernemingen niet gebonden zijn aan internationale verdragen; dat zijn alleen Staten. Gezien de cruciale invloed die ondernemingen hebben op ons welzijn en op onze gezondheid, hebben zij naar mijn mening een maatschappelijke zorgplicht. We moeten het erover hebben hoe zij die zorgplicht structureel op zich gaan nemen.

Ik concludeer dat het internationaal gezondheidsrecht voor grote uitdagingen staat. Ik hoop de komende jaren een bijdrage te leveren aan de bevordering van dit rechtsgebied.

De sturende rol van het recht op nationaal niveau

Ik daal af naar het nationale niveau, naar de Nederlandse context. Ik heb geconstateerd dat veel gezondheidswinst te behalen is door gezond gedrag te bevorderen. Wat kunnen nationale overheden doen om dit te bewerkstelligen?

²⁷ R. Moodie et al, 'Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries', *The Lancet* 381(9867), 23 februari 2013, p. 670-679.

²⁸ Pieter de Coninck en Jos Dute, Alcohol, in 'Ongezonder gedrag, de rol van het recht', in *Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht*, Den Haag: Sdu, 2019, p. 169-212, p. 181.



'De Trekvliet', Johan Hendrik Weissenbruch (1870)

Nog even de feiten op een rij: in Nederland hebben ongeveer negen miljoen mensen een chronische ziekte, ruim de helft van de totale bevolking.²⁹ In Nederland rookt ongeveer 22% van de volwassen bevolking, hetgeen leidt tot zo'n 20.000 doden per jaar. Dit betekent dat jaarlijks een groep mensen ter grootte van het dorp Haren overlijdt aan roken.

Verder drinkt ruim 9 procent van de volwassenen overmatig alcohol, ongeveer de helft van de volwassen bevolking kampt met overgewicht en ongeveer 14% van de bevolking heeft obesitas.³⁰ Het recht is een krachtig middel om ongezond gedrag terug te dringen. Nationale overheden staat hiertoe een breed scala aan juridische maatregelen ter beschikking. Denk aan een rookverbod, een suikertaks en een verbod op alcoholreclame.

²⁹ Volksgezondheidszorg.info.

³⁰ Volksgezondheidszorg.info, zie ook Brigit Toebes, 'Inleiding', in *Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht* (noot 28), p. 25-26.



'Man with a book', Fernando Botero (2001)

Er is veel onderzoek verricht naar de effectiviteit van dergelijke maatregelen. Hieruit blijkt dat een flink aantal van deze maatregelen bewezen effectief is. De WHO formuleert op basis van dit onderzoek een aantal *best buys*, maatregelen die overheden het beste kunnen nemen om ongezond gedrag terug te dringen.³¹

Voor roken noemt de WHO prijs- en accijnsverhogingen, de invoering van neutrale verpakkingen, een omvangrijk reclameverbod, uitgebreide rookverboden en massamediacampagnes.³²

³¹ WHO, *'Best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases: Updated (2017) Appendix 3 of the Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*, mei 2017.

³² WHO *best buys* (noot 31) en VGR Preadvies (zie noot 28).

Het duurder maken van sigaretten is een van de meest effectieve maatregelen om het roken terug te dringen. Volgens de WHO leidt een prijsverhoging van 10% tot een afname van wel 4% van het aantal rokers.³³ Australië wist met de prijs van een pakje sigaretten van 18 euro het roken terug te dringen van ongeveer een kwart naar 12% van de volwassen bevolking. Een groot verschil met Nederland, waar zoals ik al zei ongeveer 22% van de volwassen bevolking rookt.³⁴

Er is ook wetenschappelijk bewijs dat de suikertaks, dat wil zeggen een verbruiksbelasting op suikerhoudende producten effectief is.³⁵ Met name het duurder maken van frisdrank helpt, zo toont onderzoek aan.³⁶ De opbrengst van een suikertaks zou in Nederland naar het algemene budget gaan, maar kan geormerkt worden voor specifieke doelen. Zo kan dit geld gebruikt worden voor bijvoorbeeld een subsidie op groente en fruit, of het bevorderen van gezonde schoollunches of schoolsport. De mogelijkheden hiertoe, eventueel ook in Europees verband, zijn nog onvoldoende bestudeerd en benut.

Ongezonder gedrag en mensenrechten

Moet Nederland deze maatregelen nu lukraak invoeren?

Het introduceren van zulke maatregelen roept ook ongemak op. Want met het reguleren van gedrag raak je aan de autonomie, de zelfbeschikking van het individu.

Het is daarom belangrijk deze juridische *best buys* steeds af te wegen in het licht van mensenrechten, in het bijzonder rechten als zelfbeschikking en bescherming van de persoonlijke levenssfeer. We moeten steeds blijven evalueren hoe ver we als maatschappij willen gaan met dergelijke maatregelen. Vinden we het acceptabel om roken in de auto, of zelfs in huis te verbieden? Moet de overheid hier voorbij onze voordeur gaan en zo ver onze levens binnendringen?

³³ WHO, *Tobacco-Free Initiative*.

³⁴ Volksgezondheidszorg.info .

³⁵ 'Sugar tax drives make promising start around the world', *Nature (BDJ)* Vol. 225, 27 juli 2018, p.102–103.

³⁶ Zie bijvoorbeeld website overheid Verenigd Koninkrijk, 'Soft Drinks Industry Levy comes into effect'.

Er is hier dus sprake van een mensenrechten-afweging. Grofweg gaat het om het wegen van het recht op gezondheid en het recht op zelfbeschikking. Ik wil deze normen echter niet diametraal tegenover elkaar stellen; eerder beiden meewegen.

Je zou kunnen stellen dat vanuit het perspectief van het recht op gezondheid al deze maatregelen gewenst zijn. Immers, als een roker stopt omdat de sigaretten te duur worden dan bevordert dat zijn gezondheid.

Dit argument gaat zeker op als het gaat om kinderen. Kinderen zijn op verscheidene wijzen kwetsbaar. Ongezond gedrag dat op jonge leeftijd ontstaat is daarna lastig te veranderen.



'Jong meisje aan het venster', Rembrandt van Rijn (1645)

Rond 90% van de volwassen rokers is voor zijn 19^e begonnen.³⁷ De tabaksindustrie ziet kinderen als ‘vervangende rokers’, dus rokers die in de plaats dienen te komen van de huidige volwassen rokers.³⁸ Kinderen met obesitas hebben meer kans op chronische ziekten later in hun leven.³⁹ Kinderen zijn extra gevoelig voor de marketing van ongezonde producten.⁴⁰

Het kinderrechtenverdrag van de Verenigde Naties biedt een stevige basis om kinderen te beschermen tegen allerlei vormen van ongezondheid. Het belang van het kind dient hier beschermd te worden, en kinderen hebben recht op informatie, gezonde ontwikkeling en ja, een recht op gezondheid.⁴¹

Daarnaast hebben we dus het recht op zelfbeschikking dat onze autonomie reflecteert. De vraag is of en in hoeverre leefstijlinterventies een inbreuk maken op deze norm.

Wij zijn als consument erg kwetsbaar als het gaat om de wijze waarop ongezonde producten onze leefomgeving binnendringen. Ongezonde producten zijn overal te koop en zeer betaalbaar; de industrie weet ons met slimme marketingstrategieën steeds weer te verleiden. Hoe vrij ben je in het maken van je keuze, als die sigaretten, chocoladereep of dat nieuwe frisdrankje voor het grijpen liggen bij de kassa? En die alcoholverslaafde, kiest die in vrijheid om te drinken, of ligt die in werkelijkheid geketend aan de fles?

³⁷ US Department of Health & Human Serv., ‘Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General’ 8 (2012), in Marie Elske Gispén en Brigit Toebes, ‘The Human Rights of Children in Tobacco Control’, *Human Rights Quarterly*, mei 2019 (in druk).

³⁸ Sick of Smoking, ‘Replacement Smokers’. Zie ook Marie Elske Gispén, ‘Tabaksontmoediging’, in *Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht*, 2019, p. 75.

³⁹ Renate Dietvorst, ‘Ongezonder voedsel en preventie’, in *Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht* (noot 28), p. 135.

⁴⁰ Gispén en Toebes, *Human Rights Quarterly*, mei 2019 (zie noot 37).

⁴¹ Idem.



'Marcella', Ernst Ludwig Kirchner (1910)

Er is wat mij betreft behoefte aan een invulling van het recht op zelfbeschikking die meer nadruk legt op de kwetsbaarheid van de consument, en die ruimte biedt aan diens bescherming.

Naast 'zelfbeschikking' dus ook 'bescherming'.⁴² Dit betekent een nadrukkelijker sturen van consumenten richting het maken van gezonde keuzes.

⁴² Aart Hendriks onderscheidt drie kernbeginselen in zijn oratie: zelfbeschikking, bescherming en gelijkheid. *In Beginsel, De gezondheidsrechtelijke beginselen uitgediept*, Leiden: Stichting NJCM-Boekerij, 2006.

De overheid dient een krachtig tegenwicht te bieden aan de macht van de industrie. Niet alleen door het geven van informatie, maar ook door prijsmaatregelen, het terugdringen van het aantal verkooppunten en het uit het zicht brengen van ongezonde producten.

Dergelijke maatregelen worden in Nederland al gauw aangemerkt als betutteling. Ik vraag me hierbij af of Nederlanders echt zo allergisch zijn voor gedragsinterventies, of dat dit een beeld is dat graag aangewakkerd wordt door belanghebbenden. Ik ben dus benieuwd naar de werkelijke autonomiebeleving van de Nederlander. Aan de veiligheidsgordel in de auto en het rookverbod in cafés waren we gauw gewend; hoeveel weerstand is er nou tegen nog een aantal maatregelen? Ik zou zeggen, laten we dat eens nader onderzoeken, maar laten we er ook mee experimenteren.

Nationaal Preventieakkoord

Dit alles in ogenschouw nemend, waar staat Nederland? Doet Nederland het goed?

In november 2018 sloot de Nederlandse overheid het Nationaal Preventieakkoord, afspraken met meer dan 70 maatschappelijke organisaties over het terugdringen van ongezond gedrag.⁴³

Het aan tafel brengen van zoveel organisaties vormt een prachtige kans om ze te informeren en om ze te betrekken in deze missie. De Universele Verklaring van de Rechten van de Mens spreekt over de mensenrechten-verantwoordelijkheden van ‘alle actoren in de samenleving’. Het Preventieakkoord appelleert wat mij betreft heel duidelijk aan deze gedachte.⁴⁴

De samenleving als geheel, en ook wijzelf, dragen hierin een verantwoordelijkheid.⁴⁵ Als voorbeeld noem ik diabetes type 2. Ik ben maar een simpele jurist, maar als ik het goed begrijp dan nemen patiënten daar soms meer dan tien verschillende pillen voor.

⁴³ Rijksoverheid, *Nationaal Preventieakkoord*, november 2018.

⁴⁴ Brigit Toebes, *Conclusies bij Preadvies* (noot 28), p. 227.

⁴⁵ Zie ook CESCR Algemene Aanbeveling 14, 2000, para. 42 (zie noot 19).

En dat terwijl het door een verandering in leefstijl te genezen is.⁴⁶ Het terugdringen van deze aandoening is een taak die vele actoren tezamen op zich kunnen nemen. Waaronder huisartsen, tandartsen en andere zorgverleners, zorgverzekeraars, maar ook supermarkten, sportclubs, werkgevers, ouders en wijzelf als consument.⁴⁷ Laten we ook nadenken hoe al deze actoren gefaciliteerd kunnen worden in deze taak.

Terugkomend op het preventieakkoord: de samenwerking met al die actoren is de kracht, maar ook de zwakte van het akkoord. Het staat bol van termen als 'afspraken', 'evaluatie', 'onderzoek', 'opzetten platform', en 'aandacht voor'. Afspraken met de industrie en zelfregulering door de industrie vormen een belangrijk aspect van het akkoord. In sancties is nauwelijks voorzien.

Voor tabak gaat het akkoord een eindje de goede kant op. Pakjes sigaretten worden een euro duurder en het merklogo gaat eraf. De tabaksindustrie zat vanwege het WHO-tabaksverdrag niet aan de onderhandelingstafel.⁴⁸ Het akkoord vormt echter een gemiste kans als het gaat om het reguleren van ongezond voedsel en alcohol.

Er komt geen suikertaks en ook geen subsidie op groente en fruit. De marketing van alcohol wordt niet drastisch aan banden gelegd, evenmin als de zichtbaarheid en beschikbaarheid van alcohol in bijvoorbeeld supermarkt. Hier wreekt zich het feit dat de alcohol- en voedselindustrie bij de onderhandelingen over het akkoord aan tafel zaten.

Deze benadering weerspiegelt het Nederlandse poldermodel. Maar juist bij preventie moet je niet teveel polderen. Gezondheidspreventie verdraagt zich juist slecht met het sluiten van compromissen. De Rijksoverheid is nu wat mij betreft aan zet om een aantal vervolgstappen te nemen.

⁴⁶ Zie bijvoorbeeld interview met Hanno Pijl in *NRC Handelsblad*, 'Genees toch zélf je diabetes', 31 december 2018, p. 20.

⁴⁷ Brigit Toebes, Introductie bij *Preadvies*, paragraaf 3 (noot 28), p. 227.

⁴⁸ Met één euro in 2020; zie Rijksoverheid.nl.

Gezondheidsverschillen

Er is nog een diepere laag in het verhaal over chronische ziekten. De mens is het product van zijn leefomgeving, zo ook als het gaat om zijn gezondheid. Wie je familie en vrienden zijn, waar je opgroeit, naar school gaat en werkt, wat je verdient, of je schulden hebt, je dak lekt: dit alles is in hoge mate bepalend voor hoeveel stress je hebt, voor wat en hoe je consumeert, en uiteindelijk voor je gezondheid en voor je welzijn.

Roken, alcohol en het eten van *fastfood* zijn daarmee vaak een symptoom van een ongezonde leefomgeving en van een veel bredere sociaaleconomische problematiek.



'De aardappeleters', Vincent van Gogh (1885)

Die verschillen in omgevingsfactoren, in leefomgeving, vertalen zich in dramatische gezondheidsverschillen. In Nederland wordt dit vooral gemeten aan de hand van opleidingsniveau. De levensverwachting van hoogopgeleide mensen is in Nederland ongeveer zeven jaar hoger dan die van laagopgeleide mensen, en hoogopgeleide mensen ervaren 18

meer jaren van hun leven als gezond.⁴⁹ Concreet gezegd: de mensen in Haren leven een stuk langer en voelen zich een stuk langer gezond dan de mensen in de Groningse wijk Selwerd, ongeveer acht kilometer verderop. Zelfs binnen een kleine regio als Groningen zijn de verschillen dus zeer groot.⁵⁰



'Na het bezoek', Jan Altink (1925)

⁴⁹ CBS website, 'Hogeropgeleiden leven langer in goede gezondheid' en 'Kloof in levensverwachting tussen hoog- en laagopgeleiden blijft even groot'; en I. Kulhánová, R. Hoffmann, T.A. Eikemo, G. Menvielle en J.P. Mackenbach, 'Educational inequalities in mortality by cause of death: first national data for the Netherlands', *Int J Public Health* 2014-59, p. 687-696. Zie ook Brigit Toebees, 'Introductie' bij Preadvies (noot 28), p. 27-31.

⁵⁰ Jochen Mierau, *De gezondheidsverschillen in Noord-Nederland zijn bizar*, rug.nl/news.

In toekomstig onderzoek wil ik mij buigen over de vraag wat de rol van het recht is bij het gezonder maken van onze leefomgeving en het terugdringen van die gezondheidsverschillen.

Het recht kan hierbij gezien worden als één van de determinanten van gezondheid, als een factor die gezondheid zowel positief als negatief kan beïnvloeden.⁵¹ De vraag rijst daarmee, hoe je het recht zo vorm kunt geven dat het de gezondheid bevordert. Ons realiserend dat leefomgeving zo bepalend is voor onze gezondheid, dan wordt die vraag oneindig complex. Want dan is niet alleen die tabakswet van belang, maar ook die wetgeving die van invloed is op onze huisvesting, ons inkomen, de belasting die wij betalen.

Een antwoord vinden op deze vragen vergt daarmee ook dat wij empirisch meten hoe wetgeving van invloed is op onze gezondheid. Heeft dat rookverbod nou geleid tot minder gezondheidsschade aan rokers en mee-rokers; maar ook bijvoorbeeld: leidt die verhoging van het minimumloon tot minder kindersterfte?⁵²

Gezondheidsverschillen raken ook aan mensenrechten. Vanuit mensenrechtenperspectief betekent dit: reflecteren op de kwetsbaarheid van mensen en het vermijden van discriminatie en stigma. Nadenken hoe je die groep die achterblijft kunt helpen, waar de werkelijke behoeftes liggen, en hoe je ze meekrijgt in het oplossen van deze problematiek. Dus naast 'zelfbeschikking' en 'bescherming', ook denken in termen van 'gelijkheid'.⁵³

Dit zijn geen gemakkelijke vragen. Het duizelt mij als ik hierover nadenk. Ik zie het niettemin als een belangrijke uitdaging voor mijn veld.

⁵¹ Scott Burris, 'From Health Care Law to the Social Determinants of Health: A Public Health Law Research Perspective', *University of Pennsylvania Law Review* 2011: 159(6), p. 1649-1667.

⁵² David H. Cloud et al, 'State minimum wage laws and newly diagnosed cases of HIV among heterosexual black residents of US metropolitan areas', *Population Health* 7 (2019) 10327; en Kelli A. Komro et al, 'The effect of an increased Minimum Wage on Infant Mortality and Birth Weight', *American Journal of Public Health*, augustus 2016, Vol. 106, No. 8, p. 1515-1516.

⁵³ Zie de oratie van Aart Hendriks, 2006 (zie noot 42).

Ik wil deze vragen aangaan in een interactie met wetenschappers uit andere disciplines. De *Aletta Jacobs School of Public Health* vormt hiertoe een uitstekend platform.

Publiek gezondheidsrecht

De komende jaren wil ik onderzoeken wat de rol van het recht is bij het voorkomen van ziekte en ongezondheid in de samenleving. Dan kom ik uit bij het 'publiek gezondheidsrecht', een discipline binnen het gezondheidsrecht die in Nederland nog niet goed op de kaart staat. In bredere zin wil ik mij bezighouden met het gezondheidsrecht als grensoverschrijdende discipline. Een discipline die wandelt door verschillende dimensies van het internationale en nationale recht. Ik prijs mij daarom gelukkig dat ik op de afdeling *Transboundary Legal Studies* werk.

Ik kom aan het einde van mijn tocht door het gezondheidsrechtelijke landschap. Ik hoop dat jullie door de bomen het bos nog zien en dat het mij gelukt is om enkele paden uit te stippelen.



'Woldgate Woods', David Hockney (2006)

Ik heb in deze rede een lans gebroken voor meer ingrijpen door de overheid in het gedrag van burgers. Ik ben mij ervan bewust dat deze boodschap raakt aan de dingen die het leven juist aangenaam maken. Op jullie gezondheid!

Ik heb gezegd.

Dank!

Ik dank mijn collega's van de Faculteit Rechtsgeleerdheid hartelijk voor alle steun die ik ondervonden heb in het traject naar deze benoeming.

De groep van internationaal recht en de bredere Afdeling *Transboundary Legal Studies* wil ik in het bijzonder bedanken voor de meer dan prettige samenwerking en voor hun collegialiteit, die in het huidige wetenschappelijke klimaat zo onder druk staan. Dank aan Marcel Brus voor zijn enthousiaste leiderschap, Marlies Hesselman voor de inspirerende samenwerking, en André de Hoogh en Antenor Hallo de Wolf en mijn andere collega's voor hun kennis en voor de fijne samenwerking in het onderwijs.

Ik dank de groep van *Global Health Law Groningen* voor de inspiratie en de *spirit* om steeds onderwerpen op het terrein van gezondheid en mensenrechten op de agenda te zetten. Ik hoop nog jaren met jullie samen te werken en dat de volgende generaties het veld zullen dragen.

Ik dank de KWF-kankerbestrijding voor de mooie subsidie om de rechten van kinderen in het kader van tabak te onderzoeken en op de kaart te zetten. Ik dank Marie Elske Gispén voor haar geweldige daadkracht in de uitvoering van dit project (en voor de slappe lach).

Ik ben ook bijzonder geïnspireerd door de nieuwe interdisciplinaire samenwerking met collega's binnen de *Aletta Jacobs School of Public Health*. Ik zie ernaar uit om met Viola Angelini de *Justice Pillar* de komende jaren nader vorm te geven. In dit kader dank ik ook Scott Burris hartelijk voor zijn bereidheid om naar Groningen te komen, niet alleen om te fietsen, maar ook om ons te helpen deze rol vorm te geven.

Mijn dank gaat ook uit naar Gian Luca Burci, voor de prettige en humorvolle samenwerking aan het *Research Handbook on Global Health Law*. Ik dank ook Fred Abbott hartelijk voor het prettige voorzitterschap van de *Global Health Law Committee* van de

International Law Association, waarmee we tot een mondiale samenwerking zijn gekomen op dit terrein.

Ik dank IFFHRO voor de jarenlange waardevolle samenwerking. Ik dank het bestuur van de Vereniging voor Gezondheidsrecht voor de fijne samenwerking en voor de mogelijkheid om preventie op de kaart te zetten in de vorm van een Preadvies. Ik dank de collega's binnen de Stichting Farma ter Verantwoording voor de prikkelende interactie en voor de aanzet tot actie. Mijn woorden hierboven over de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de industrie zijn uiteraard ook van toepassing op de farmaceutische industrie.

In de voorbereiding van deze oratie heb ik een heel leuke en inspirerende uitwisseling gehad met een aantal mensen. Ik dank in het bijzonder Gijs Fehmers, Nikee van der Gouw, Anja Robbeson, Meaghan Beyer, José Pouwels, Marcel Brus, Hans Hogerzeil, Jitse van Dijk, Frederieke Jeletich-Visser, Scott Burris, Aart Hendriks, Charlotte Pavillon, Esther Oldekamp, Harry Zijderveld, Edwin Woerdman, Irene Burgers, André Krom, Pieter de Coninck, Jos Dute, Renate Dietvorst, Stefan Weishaar, Pauline Westerman, Anneke Heins, Elvira Narouz, Bolomey Wijnimport en Lopend Vuurtje. Zij weten wel waarom.

Chronische ziekten zijn een fenomeen van onze tijd. Maarten en Julia Fehmers zijn er te jong aan gestorven; Huub Toebes heeft er te lang tegen gevochten. Ik wil ze hierbij graag in dankbaarheid memoreren.

Ik dank Cara Toebes en Ton Casparie voor hun steun en voor hun aanzet tot *happy ageing*.

Gijs Fehmers bedank ik in het bijzonder voor de grandioze steun, inspiratie en prikkelende vragen op de achtergrond.

Ik draag deze oratie op aan Hugo en Koen, mijn allerliefste zoons, van wie ik het allermeest geleerd heb. De toekomst is aan hen.

Biografie

Brigit Toebes is in 1969 geboren te Hattem. In januari 1999 promoveerde zij aan de Universiteit Utrecht op een proefschrift getiteld *The Right to Health as a Human Right in International Law*. Daarna woonde en werkte zij achtereenvolgens in Den Haag, Aberdeen en Kopenhagen.

Sinds 2012 is zij werkzaam bij Faculteit Rechtsgeleerdheid van de Rijksuniversiteit Groningen, achtereenvolgens als Universitair Docent en *Rosalind Franklin Fellow*. In september 2018 is zij benoemd tot hoogleraar in de Leerstoel Gezondheidsrecht in Internationaal Perspectief.

Brigit's expertise bevindt zich op het snijvlak van mensenrechten en het gezondheidsrecht. Haar huidige onderzoek richt zich op het internationaal gezondheidsrecht als discipline binnen het internationaal publiekrecht. De mondiale stijging van chronische ziekten loopt als een rode draad door dit onderzoek heen. De vraag hoe en in hoeverre ongezond gedrag zoals roken en ongezond dieet, veelal aan de wortel van deze ziekten, gereguleerd kan worden staat hierbij centraal. Hierbij richt zij zich ook op het Nederlandse gezondheidsrecht, en de rol van preventie daarin.

