

Preventie van overgewicht: dik in orde?

Onderzoek naar de mogelijkheden om preventie van overgewicht juridisch beter te borgen

Masterscriptie Recht van de Gezondheidszorg
Erasmus Universiteit Rotterdam

Natasja van Veen
22 juni 2018

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1. Inleiding	5
1.1 Introductie	5
1.2 Overgewicht is een groeiend probleem	5
1.3 Overgewicht leidt tot een hoge ziektelast en maatschappelijke kosten	5
1.4 Preventie van overgewicht heeft hoge prioriteit	6
1.5 Preventie van overgewicht tot nu toe weinig succesvol	7
1.6 Betere borging van preventie van overgewicht gewenst	8
Hoofdstuk 2 Preventie binnen het recht op gezondheid	10
2.1 Inleiding	10
2.2 Het recht op gezondheid is erkend als een fundamenteel recht	10
2.3 Het begrip recht op gezondheid vraagt om nadere duiding	10
2.4 Verwezenlijken van het recht op gezondheid is vooral een overheidstaak	11
2.5 Preventie is onderdeel van het recht op gezondheid	12
2.6 Preventie van overgewicht verdient meer aandacht	12
2.7 Conclusie	13
Hoofdstuk 3 Noodzaak van juridische borging	14
3.1 Inleiding	14
3.2 Overheidsingrijpen vereist een deugdelijke motivering	14
3.3 Het belang van gezondheidsbeschermende maatregelen	15
3.4 Tabaksontmoediging kan als voorbeeld dienen	15
3.5 Van gezondheidsbevordering naar gezondheidsbescherming	16
3.6 Conclusie	17
Hoofdstuk 4 Voorwaarden voor preventie van overgewicht	18
4.1 Inleiding	18
4.2 Beschikbaarheid	18
4.3 Toegankelijkheid	20
4.3.1 Non-discriminatie	20
4.3.2 Fysieke toegankelijkheid	20
4.3.3 Betaalbaarheid	21
4.3.4 Toegang tot informatie	21
4.4 Aanvaardbaarheid	22
4.5 Kwaliteit	24

4.6 Conclusie	24
Hoofdstuk 5 Borgen van preventie van overgewicht	26
5.1 Inleiding	26
5.2 Borging van preventie van overgewicht binnen de publieke en curatieve gezondheidszorg.....	26
5.2.1 Borgen van beschikbaarheid	26
5.2.2 Borgen van toegankelijkheid	28
5.2.3 Borgen van aanvaardbaarheid	28
5.2.4 Borgen van kwaliteit.....	28
5.3 Borging van condities voor gezond gewicht.....	29
5.3.1 Borgen van beschikbaarheid	29
5.3.2 Borgen van toegankelijkheid	30
5.3.3 Borgen van aanvaardbaarheid	32
5.3.4 Borgen van kwaliteit.....	32
5.4 Conclusie	32
6. Conclusie en aanbevelingen	34
6.1 Conclusie	34
6.2 Aanbevelingen.....	35
Literatuurlijst	37
Bijlage 1 Indelingen van preventie	46
Afkortingenlijst	47

Voorwoord

Preventie van overgewicht en gezondheidsrecht. Op het eerste gezicht lijken deze twee weinig met elkaar te maken te hebben. Wie echter wat dieper in het onderwerp duikt, komt erachter dat er wel degelijk raakvlakken zijn. Overgewicht gaat gepaard met een hoge ziektelast en wordt als een belangrijk gezondheidsprobleem gezien. De dikmakende omgeving wordt vaak als boosdoener aangewezen. Het recht op gezondheid gaat niet alleen over gezondheidszorg, maar ook over condities voor gezondheid. En dan is het bruggetje naar preventie al snel gemaakt. Preventie richt zich op het wegnemen van oorzaken van een slechte gezondheid en het creëren van omstandigheden die nodig zijn voor een goede gezondheid. Daarmee is preventie een breed en tegelijkertijd complex begrip. Want de omstandigheden die bijdragen aan gezondheid kunnen zeer divers zijn. Maar ook kunnen de omstandigheden heel verschillend zijn voor verscheidene bevolkingsgroepen.

Preventie van overgewicht is binnen het (gezondheids)recht nog onvoldoende ingebed. Hierdoor valt er op dit terrein nog veel gezondheidswinst te boeken. In deze scriptie geef ik een aanzet tot hoe preventie van overgewicht juridisch beter kan worden geborgd.

1. Inleiding

1.1 Introductie

In deze algemene inleiding wordt een schets gegeven van ontwikkelingen die ertoe hebben geleid dat overgewicht wereldwijd als volksgezondheidsprobleem wordt beschouwd. Tevens wordt in grote lijnen het huidige preventiebeleid van overgewicht en de (juridische) tekortkomingen ervan beschreven. In de laatste paragraaf wordt de probleemstelling toegelicht.

1.2 Overgewicht is een groeiend probleem

Overgewicht, ook wel adipositas genoemd, is – letterlijk en figuurlijk – een groeiend probleem. Bij overgewicht is sprake van een langdurig verstoorde energiebalans. Dit leidt tot een overmatige vetstapeling in het lichaam, waardoor gezondheidsproblemen kunnen ontstaan.¹ Overgewicht wordt vastgesteld met behulp van de Body Mass Index (BMI), uitgedrukt in kg/m^2 , en kent verschillende gradaties. Bij een BMI tussen de 25 en 30 wordt gesproken van overgewicht. Matig of ernstig overgewicht, beter bekend als obesitas, wordt gedefinieerd als een BMI tussen de 30 en 40. Bij een BMI van 40 of hoger is sprake van morbide obesitas (zeer ernstig overgewicht).²

Begin jaren tachtig van de vorige eeuw had een derde (33%) van de Nederlanders van 20 jaar of ouder overgewicht. Bij 5% hiervan was sprake van obesitas.³ Sindsdien is het percentage gestaag toegenomen. In 2017 was bijna de helft (49%) van de volwassen Nederlanders te zwaar. Het percentage volwassenen met obesitas is gestegen tot 14%. Bij kinderen onder de 12 jaar had circa 1 op de 8 kinderen overgewicht (13%). Hiervan had 3% obesitas.⁴

Toekomstige scenario's voorspellen dat het percentage mensen met overgewicht in Nederland zal stijgen tot 62% in 2040. Dit kan deels worden verklaard door de toenemende vergrijzing. Naarmate mensen ouder worden, komt overgewicht vaker voor. Bij jongere mensen wordt echter ook een toename in overgewicht verwacht.⁵

Niet alleen in Nederland, maar wereldwijd is de trend dat steeds meer mensen dikker worden. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) spreekt zelfs van een wereldwijde obesitas epidemie ('*globesity*').⁶ In 2016 hadden bijna twee miljard mensen overgewicht.⁷ Er zijn momenteel meer mensen met overgewicht dan ondergewicht.⁸ De WHO heeft zich ten doel gesteld om voor 2025 de groei van obesitas een halt toe te roepen.⁹ Als de trend zich echter doorzet, is de kans vrijwel nihil dat dit doel wordt gehaald.¹⁰

1.3 Overgewicht leidt tot een hoge ziektelast en maatschappelijke kosten

Overgewicht gaat gepaard met een hoge ziektelast. Wereldwijd overleden in 2015 vier miljoen mensen als gevolg van overgewicht of obesitas. Het aantal verloren gezonde levensjaren bedroeg 120 miljoen.¹¹

¹ Van Binsbergen e.a., *Huisarts Wet* 2010, p. 610, 615.

² Van Binsbergen e.a., *Huisarts Wet* 2010, p. 610.

³ CBS 2017.

⁴ RIVM 2017.

⁵ RIVM, *VTV* 2018.

⁶ WHO 2018.

⁷ WHO, *Obesity and overweight* 2017.

⁸ NCD Risk Factor Collaboration, *Lancet* 2016, p.1389.

⁹ WHO 2013, p. 1, 5.

¹⁰ NCD Risk Factor Collaboration, *Lancet* 2016, p.1377.

¹¹ GBD 2015 Obesity Collaborators, *N Eng J Med* 2017, p. 22. Verloren gezonde levensjaren worden ook wel disability adjusted life years (DALY's) genoemd.

Overgewicht wordt, na roken, gezien als de belangrijkste leefstijldeterminant van sterfte en ziekte.¹² Daarbij neemt de kans op ziekte toe, naarmate het overgewicht ernstiger is.¹³

Overgewicht is met name een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van chronische ziekten.¹⁴ De aandoeningen die het meest in verband worden gebracht met overgewicht zijn diabetes mellitus type 2 en hart- en vaatziekten. Ruim 40% van de nieuwe gevallen van diabetes mellitus type 2 is het gevolg van overgewicht. Van de incidentie van zowel acuut myocard infarct als chronisch hartfalen kan circa 10% worden toegeschreven aan overgewicht. Ongeveer 5% van de incidentie van beroerte komt door overgewicht.¹⁵ Ook bij andere aandoeningen speelt overgewicht een rol. Overgewicht geeft een verhoogde kans op aandoeningen van het bewegingsstelsel (waaronder artrose), aandoeningen van de ademhalingswegen (zoals slaapapneu), bepaalde vormen van kanker en onvruchtbaarheid.¹⁶ Naast fysieke gezondheidsproblemen, wordt overgewicht geassocieerd met psychische en sociale problemen, mede ten gevolge van stigmatisering en discriminatie.¹⁷

Overgewicht gaat niet alleen ten koste van de gezondheid van individuen. Het leidt ook tot maatschappelijke kosten. In 2010 werd in de zorg 1,6 miljard euro uitgegeven aan ziekten ten gevolge van overgewicht. Dit was 2,2% van de totale zorguitgaven in 2010.¹⁸

Overgewicht kan effect hebben op de arbeidsproductiviteit. Uit onderzoek blijkt dat met name ernstig overgewicht tot meer ziekteverzuim leidt. Werknemers met ernstig overgewicht hebben een significant hoger ziekteverzuim dan werknemers met een normaal gewicht.¹⁹

Hoewel preventie van overgewicht in eerste instantie tot lagere zorgkosten leidt, levert het op termijn naar verwachting geen besparing op. Door preventie leven mensen in het algemeen langer, waardoor de kans op ziekten die op latere leeftijd optreden, toeneemt.²⁰ Dit betekent echter niet dat de overheid vanwege de kosten mag afzien van preventie van overgewicht. De overheid heeft de verplichting om de volksgezondheid te bevorderen en de kosten mogen daarbij geen doorslaggevende rol spelen.²¹

1.4 Preventie van overgewicht heeft hoge prioriteit

Uit het voorgaande blijkt dat overgewicht vanwege de hoge ziektelast wereldwijd een groot volksgezondheidsprobleem is. Overgewicht is echter in veel gevallen te voorkomen.²² Het is dan ook niet verwonderlijk dat preventie van overgewicht al jaren hoog op de internationale, Europese en nationale gezondheidsagenda staat.²³ Bij preventie van overgewicht gaat het zowel om het voorkomen als het verminderen van overgewicht, of in positievere zin om het bevorderen van een gezond gewicht.²⁴

Preventie van overgewicht heeft vooral prioriteit bij kwetsbare groepen. Het gaat dan om groepen met een lage sociaaleconomische status en om kinderen en jongeren.²⁵ Mensen met een lage opleiding

¹² RIVM 2014, p. 14.

¹³ Gezondheidsraad 2003, p. 46.

¹⁴ WHO 2004, p. 2.

¹⁵ In 't Panhuis-Plasmans, Luijben & Hoogenveen 2012, p. 4-5.

¹⁶ Gezondheidsraad 2003, p. 46; WHO, *Obesity and overweight* 2017. Zie ook het recent verschenen derde rapport van het Wereld Kanker Onderzoek Fonds (wcrf.org/dietandcancer).

¹⁷ Gezondheidsraad 2003, p. 50; Nadakavukaren Schefer, *AJWH* 2014, p. 10.

¹⁸ In 't Panhuis-Plasmans, Luijben & Hoogenveen 2012, p. 8.

¹⁹ CBS 2007, p. 19.

²⁰ In 't Panhuis-Plasmans, Luijben & Hoogenveen 2012, p. 12.

²¹ RVZ 2002, p. 41.

²² WHO 2006, p. 2; *Nota Overgewicht* 2009, p. 23; Conly, *Theor Med Bioeth* 2016, p. 313.

²³ Zie bijv. WHO 2004, p. 2; WHO 2006; VN-resolutie 66/2 2011, par. 24; Commissiedocument 2005, 637; Commissiedocument 2007, 279; *Nota Overgewicht* 2009; *Landelijke nota gezondheidsbeleid* 2015, p. 3.

²⁴ Van den Berg & Schoemaker 2010, p. 50, 54.

²⁵ IBO 2016, p. 21; WHO 2006; p. 3; *Nota Overgewicht* 2009, p. 51; WHO 2016.

kampen relatief vaker met overgewicht dan mensen met een hoge opleiding.²⁶ Dit heeft niet alleen met een ongezonde leefstijl te maken, maar ook met de vaak minder gunstige omstandigheden waarin ze leven.²⁷ Kinderen en jongeren zijn kwetsbaar, omdat zij vaak niet de gevolgen kunnen overzien van een ongezonde leefstijl.²⁸ Daarnaast vormt overgewicht op jonge leeftijd een belangrijk risico voor overgewicht en gezondheidsproblemen op latere leeftijd.²⁹ Kinderen en jongeren worden daarom als de belangrijkste doelgroep voor preventie van overgewicht gezien.³⁰

1.5 Preventie van overgewicht tot nu toe weinig succesvol

De groei van het aantal mensen met overgewicht wordt vaak verklaard door de veranderingen in onze leefgewoonten en omstandigheden. Deze veranderingen hangen samen met de toegenomen welvaart, globalisering en verstedelijking. Feitelijk komt het erop neer dat we hierdoor meer (calorierijk) zijn gaan eten en minder zijn gaan bewegen.³¹ De oplossing lijkt dan ook simpel. Overgewicht kan worden voorkomen door minder te eten, meer te bewegen of door een combinatie van beide. Dit is echter makkelijker gezegd dan gedaan. De keuze om gezonder te leven hangt namelijk in belangrijke mate af van de omstandigheden.³² Dit maakt het probleem complexer dan in eerste instantie wel eens wordt gedacht.

In Nederland is het tegengaan van overgewicht sinds begin van deze eeuw steeds meer onder de politieke aandacht gekomen. In 2002 bracht de toenmalige Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) een advies uit over gezondheid en gedrag met bijzondere aandacht voor preventie van overgewicht en obesitas.³³ Sindsdien heeft het bevorderen van een gezonde leefstijl een vaste plek gekregen in het preventiebeleid van de overheid.³⁴ Daarbij heeft preventie van roken, overgewicht en overmatig alcoholgebruik prioriteit.³⁵

Preventie van overgewicht vormt dus al jaren een speerpunt in het gezondheidsbeleid van de overheid. Toch lijkt het tot op heden weinig effect te hebben. Het aantal mensen met overgewicht is niet afgenomen. Integendeel, het aantal mensen met overgewicht stijgt nog steeds.³⁶ Er worden verschillende verklaringen gegeven voor het falende preventiebeleid ten aanzien van overgewicht. Een aantal belangrijke verklaringen wordt hieronder kort op een rijtje gezet.

Een eerste verklaring is dat bij preventie van overgewicht de individuele vrijheid voorop staat. Respect voor de keuzevrijheid van het individu vormt het uitgangspunt van het overheidsbeleid ten aanzien van overgewicht.³⁷ Mensen zijn in de eerste plaats zelf verantwoordelijk voor het maken van gezonde keuzes. De overheid stimuleert dit door middel van informatie en voorlichting. Daarnaast worden andere partijen aangespoord om de gezonde keuze makkelijker te maken.³⁸

Een tweede verklaring is dat preventie van overgewicht wordt gekenmerkt door vrijblijvendheid. De landelijke overheid heeft de gemeenten verantwoordelijk gemaakt voor het bevorderen van een

²⁶ Van den Berg & Schoemaker 2010, p. 50.

²⁷ IBO 2016, p. 22; Van den Muijsenbergh 2018, p. 6.

²⁸ IBO 2016, p. 15.

²⁹ WHO 2016, p. 7.

³⁰ IBO 2016, p. 15, 24.

³¹ WHO 2016, p. 4; RVZ 2011, p. 7; *Nota Overgewicht* 2009, p. 24; Polder e.a. 2012, p. 112.

³² Dute 2013, p. 19; Faeh, *Eur J Health Law* 2012, p. 81; WHO, *Obesity and overweight* 2017.

³³ RVZ 2002. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling zijn per 1 januari 2015 opgegaan in de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS).

³⁴ Van den Berg e.a. 2014, p. 19.

³⁵ *Landelijke nota gezondheidsbeleid* 2015, p. 3.

³⁶ RIVM, VTV 2018.

³⁷ *Nota Overgewicht* 2009, p. 23.

³⁸ *Nota Overgewicht* 2009, p. 28.

gezonde leefstijl van hun burgers.³⁹ Gemeenten hebben hierin een grote mate van beleidsvrijheid. Dit kan tot gevolg hebben dat in de ene gemeente wel preventie van overgewicht beschikbaar is, terwijl in een andere gemeente geen aanbod aanwezig is voor mensen die dat nodig hebben.⁴⁰

Een derde verklaring is dat bij preventie van overgewicht de nadruk ligt op gezondheidsbevordering en niet op gezondheidsbescherming.⁴¹ Gezondheidsbescherming richt zich op het tegengaan van factoren die de gezondheid bedreigen, zoals infectieziekten. Gezondheidsbevorderende maatregelen hebben als doel een gezonde leefstijl en een gezonde sociale en fysieke omgeving te bevorderen en in stand te houden.⁴² Het beleid ten aanzien van gezondheidsbevordering steekt mager af bij het beleid gericht op gezondheidsbescherming. Bij gezondheidsbescherming speelt de overheid een centrale rol, zijn er wettelijke kaders, toezicht en handhaving en is er een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling tussen de verschillende betrokken partijen.⁴³ Het verschil in beleid komt ook tot uitdrukking in de uitgaven. In 2007 werd ongeveer 13 miljard euro besteed aan preventie.⁴⁴ Hiervan werd 78% uitgegeven aan gezondheidsbeschermende maatregelen, 19% aan ziektepreventie en 3% aan gezondheidsbevordering. Slechts 60 miljoen euro werd besteed aan maatregelen ter bevordering van gezond gedrag (roken, overgewicht en alcohol).⁴⁵

Een vierde verklaring is dat er een alternatief voor preventie van overgewicht voorhanden is, namelijk gezondheidszorg. De goed toegankelijke gezondheidszorg is één van de redenen waarom preventie minder aandacht krijgt. Het leidt ertoe dat behandelen van gezondheidsschade ten gevolge van overgewicht makkelijker is dan het voorkomen ervan.⁴⁶

Een vijfde verklaring is dat samenhang en samenwerking tussen de publieke gezondheidszorg en de curatieve gezondheidszorg ontbreekt. Bij preventie wordt nog te veel in indelingen en domeinen gedacht.⁴⁷ Dit belemmert een integrale en structurele aanpak van bijvoorbeeld overgewicht.⁴⁸

1.6 Betere borging van preventie van overgewicht gewenst

De overheid heeft als taak het recht op gezondheid te verwezenlijken.⁴⁹ In essentie betekent dit dat de overheid moet streven naar de hoogst haalbare gezondheid voor iedereen. Daarvoor dient de overheid de beschikbaarheid, toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en kwaliteit van gezondheidszorg en condities voor gezondheid te waarborgen.⁵⁰

Als vanuit het perspectief van het recht op gezondheid wordt gekeken naar preventie van overgewicht, is de vraag of de overheid haar uiterste best doet om op dit terrein het hoogst mogelijke niveau van gezondheid te verwezenlijken. Hoewel preventie binnen de curatieve zorg in het algemeen goed is geregeld, geldt dit niet voor preventie van overgewicht die buiten de curatieve zorg valt. Gebleken is dat wetgeving effectief is in het bevorderen van gezondheid.⁵¹ Daarom klinkt steeds vaker de roep om preventie van overgewicht juridisch beter te borgen.⁵²

³⁹ *Landelijke nota gezondheidsbeleid 2015*, p. 3

⁴⁰ Heijnk & Struijs 2016, p. 20; Van den Berg e.a. 2014, p. 28.

⁴¹ RVZ 2011, p. 42.

⁴² Van den Berg & Schoemaker 2010, p. 11.

⁴³ RVZ 2011, p. 15.

⁴⁴ Recentere cijfers over uitgaven aan preventie in Nederland zijn niet bekend (*eengezondernederland.nl*).

⁴⁵ RVZ 2011, p. 61.

⁴⁶ RVZ 2011, p. 12.

⁴⁷ Frissen & Ploch 2011, p. 7; zie bijlage 1 voor indelingen van preventie.

⁴⁸ Voorbeeld integrale aanpak kinderen met overgewicht en obesitas. Zie Heijnk & Struijs 2016, p. 16-23.

⁴⁹ Zie art. 12 IVESCR.

⁵⁰ United Nations. CESCR 2000, par. 12 (General Comment no. 14).

⁵¹ Van den Berg & Schoemaker 2010, p. 49; Polder e.a. 2012, p. 125; IBO 2016, p. 6.

⁵² KNMG 2016; RVZ 2011, p. 42-43; WHO, *Vital role of law 2017*, p. xiii-xiv; Faeh *Eur J Health Law* 2012, p. 86.

De vraag die in deze scriptie centraal staat, luidt:

“In hoeverre kan preventie van overgewicht, in termen van beschikbaarheid, toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en kwaliteit, juridisch beter worden geborgd?”

Deze probleemstelling zal worden beantwoord aan de hand van enkele deelvragen die in de volgende hoofdstukken aan de orde worden gesteld. In hoofdstuk twee wordt nagegaan in hoeverre preventie onderdeel uitmaakt van het recht op gezondheid. Hoofdstuk drie richt zich op de vraag in hoeverre het noodzakelijk is om preventie van overgewicht juridisch te borgen. In hoofdstuk vier zal worden ingegaan op de vraag in hoeverre preventie van overgewicht beschikbaar, toegankelijk, aanvaardbaar en van goede kwaliteit is. In het vijfde hoofdstuk wordt nagegaan in hoeverre de beschikbaarheid, toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en kwaliteit van preventie van overgewicht juridisch kunnen worden geborgd. De conclusie en aanbevelingen vormen het sluitstuk van de scriptie. In dit laatste hoofdstuk zal een antwoord op de probleemstelling worden gegeven en zullen aanbevelingen voor de praktijk worden geformuleerd.

Hoofdstuk 2 Preventie binnen het recht op gezondheid

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt nagegaan in hoeverre preventie onderdeel uitmaakt van het recht op gezondheid. Daarbij wordt ingegaan op de verplichtingen die hieruit voortvloeien voor de overheid en de rol van preventie binnen het gezondheidsrecht.

2.2 Het recht op gezondheid is erkend als een fundamenteel recht

Gezondheid werd voor het eerst als fundamenteel recht benoemd in de preambule van het Statuut van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) daterend uit 1946.⁵³ Het recht op gezondheid, zoals geformuleerd in de preambule, is het recht van ieder mens op het hoogst haalbare niveau van gezondheid.

In 1948, het jaar dat de WHO formeel werd opgericht, werd ook de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (UVRM) als resolutie door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties (VN) aangenomen.⁵⁴ Ook hierin wordt het recht op gezondheid erkend.⁵⁵ Hoewel dit document geen juridische status heeft, is een groot deel van de inhoud aanvaard als internationaal gewoonterecht.⁵⁶ De UVRM vormde de opmaat voor het vastleggen en erkennen van mensenrechten in internationale verdragen. De rechten in de UVRM zijn nader uitgewerkt in twee algemene internationale mensenrechtenverdragen: het internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten (IVBPR) en het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (IVESCR). Het recht op gezondheid is in het IVESCR opgenomen.⁵⁷ Daarnaast is in een aantal specifieke internationale mensenrechtenverdragen het recht op gezondheid benoemd.⁵⁸

Niet alleen op mondiaal niveau, ook op regionaal niveau wordt in verdragen gerefereerd aan het recht op gezondheid. In Europa komt het recht op gezondheid onder meer tot uitdrukking in het Europees Sociaal Handvest (ESH), het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie en het Verdrag inzake de rechten van de mens en de biogeneeskunde (Biogeneeskundeoverdrag).⁵⁹

2.3 Het begrip recht op gezondheid vraagt om nadere duiding

Voor de betekenis van het recht op gezondheid is artikel 12 IVESCR van belang. Hierin wordt het recht van een ieder op het hoogst haalbare niveau van lichamelijke en geestelijke gezondheid erkend. Door de algemene bewoordingen van artikel 12 IVESCR kan makkelijk verwarring ontstaan over de betekenis ervan. In 2000 heeft het Comité inzake economische, sociale en culturele rechten daarom een Algemene Aanbeveling bij artikel 12 IVESCR uitgebracht.⁶⁰ In dit document wordt een uitgebreide toelichting gegeven op wat onder het recht op gezondheid wordt verstaan. Hoewel de Algemene Aanbeveling juridisch gezien niet bindend is, wordt het algemeen aanvaard als een gezaghebbende uitleg van het recht op gezondheid.⁶¹

Eén van de punten waarover onduidelijkheid heerste, was de definitie van gezondheid. In de preambule van het Statuut van de WHO wordt gezondheid gedefinieerd als een staat van volledig

⁵³ Toebes, *TvGR* 2016, p. 519.

⁵⁴ Grad, *Bulletin of the World Health Organization* 2002, p. 981.

⁵⁵ Zie art. 25 UVRM.

⁵⁶ Den Exter 2017, p. 112.

⁵⁷ Zie art. 12 IVESCR.

⁵⁸ Zie bijv. art. 12 VN-Vrouwenverdrag, art. 24 VN-Kinderrechtenverdrag, art. 25 VN-Gehandicaptenverdrag.

⁵⁹ Zie bijv. art. 11 ESH, art. 35 Handvest van de grondrechten van de EU, art. 3 Biogeneeskundeoverdrag.

Overigens heeft Nederland het Biogeneeskundeoverdrag niet geratificeerd.

⁶⁰ United Nations. CESCR 2000 (General Comment no. 14).

⁶¹ Toebes, *TvGR* 2016, p. 520; Den Exter 2017, p. 113.

fysiek, mentaal en sociaal welzijn en niet slechts als de afwezigheid van ziekte. Deze formulering wekt de indruk dat het recht op gezondheid begrepen moet worden als het recht op volledige gezondheid. Gezien de tijdsperiode (net na de Tweede Wereldoorlog) waarin het Statuut is opgesteld, is het niet vreemd dat een zekere mate van idealisme mogelijk een rol heeft gespeeld bij het definiëren van gezondheid. De waarde van de WHO-definitie ligt in het feit dat niet alleen fysieke gezondheid, maar ook mentale en sociale aspecten van gezondheid en welzijn worden benoemd.⁶²

In de Algemene Aanbeveling wordt afstand genomen van de WHO-definitie van gezondheid.⁶³ Benadrukt wordt dat het recht op gezondheid niet moet worden opgevat als het recht op gezond zijn.⁶⁴

Een ander discussiepunt betreft de reikwijdte van het recht op gezondheid. Het recht op gezondheid wordt vaak uitgelegd als het recht op gezondheidszorg. De vraag is of het recht op gezondheid meer inhoudt dan enkel het recht op gezondheidszorg. Sommigen zijn van mening dat vanuit praktisch oogpunt het recht op gezondheid beperkt moet blijven tot het recht op gezondheidszorg. Hierdoor kan het zich onderscheiden van andere (mensen)rechten, zoals het recht op voedsel en huisvesting.⁶⁵ Anderen zijn van mening dat het recht op gezondheid niet alleen gezondheidszorg, maar ook de onderliggende determinanten van gezondheid omvat. Deze laatste visie wordt onderschreven in de Algemene Aanbeveling. Het recht op gezondheid omvat zowel gezondheidszorg als de onderliggende condities die nodig zijn voor gezondheid.⁶⁶ Essentiële elementen van het recht op gezondheid zijn beschikbaarheid, toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en kwaliteit.⁶⁷

Binnen het Nederlandse gezondheidsrecht ligt de focus sterk op gezondheidszorg en het waarborgen van de beschikbaarheid, toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en kwaliteit ervan. In die zin dekt de term gezondheidsrecht niet de volledige lading van wat onder het recht op gezondheid wordt verstaan.⁶⁸

2.4 Verwezenlijken van het recht op gezondheid is vooral een overheidstaak

Bij het recht op gezondheid worden primair lidstaten aangesproken. Van hen wordt verwacht dat zij maatregelen treffen om het recht op gezondheid te verwezenlijken. Uit artikel 12 IVESCR volgt een aantal overheidsverplichtingen.

Ten eerste worden aan lidstaten verplichtingen opgelegd waaraan onmiddellijk moet worden voldaan. Dit zijn de zogeheten kernverplichtingen. Een eerste kernverplichting is dat het recht op toegang tot gezondheidszorg en condities voor gezondheid voor iedereen gelijk moet zijn, in het bijzonder voor kwetsbare groepen. Een andere kernverplichting is dat een minimumniveau aan gezondheidszorg en condities voor gezondheid aanwezig moet zijn.⁶⁹

Ten tweede worden verplichtingen genoemd die van even groot belang worden geacht als kernverplichtingen. Hieronder valt de verplichting om maatregelen te nemen ter voorkoming en bestrijding van epidemieën en endemieën.⁷⁰

Ten derde dienen lidstaten het recht op gezondheid progressief te verwezenlijken.⁷¹ Concreet betekent het dat de overheid voortdurend stappen moet nemen om het hoogst haalbare niveau van gezondheid voor haar burgers te realiseren. Progressieve verwezenlijking veronderstelt tegelijkertijd

⁶² Toebes, *TvGR* 2016, p. 519.

⁶³ United Nations. CESCR 2000, par. 4 (General Comment no. 14).

⁶⁴ United Nations. CESCR 2000, par. 8 (General Comment no. 14).

⁶⁵ Den Exter 2017, p. 109-110.

⁶⁶ United Nations. CESCR 2000, par. 4, 11 (General Comment no. 14).

⁶⁷ United Nations. CESCR 2000, par. 12 (General Comment no. 14).

⁶⁸ Dute 2013, p. 7, 9; Hendriks 2009, p. 25-26.

⁶⁹ United Nations. CESCR 2000, par. 30, 43 (General Comment no. 14).

⁷⁰ United Nations. CESCR 2000, par. 44 (General Comment no. 14).

⁷¹ United Nations. CESCR 2000, par. 31 (General Comment no. 14).

dat maatregelen die leiden tot stilstand of achteruitgang in het bereiken van dit doel niet geoorloofd zijn.⁷²

Ten vierde hebben lidstaten de plicht het recht op gezondheid te respecteren, te beschermen en te verwezenlijken.⁷³

De plicht tot respecteren houdt onder meer in dat de overheid zich onthoudt van (discriminerende) maatregelen die de toegang tot preventieve, curatieve en palliatieve gezondheidszorg beperken of belemmeren.⁷⁴

De beschermingsplicht ziet op het nemen van maatregelen die de beschikbaarheid, toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en kwaliteit van (private) gezondheidszorg waarborgen.⁷⁵

Lidstaten zijn verplicht het recht op gezondheid te verwezenlijken. Dit betekent allereerst dat de overheid het recht op gezondheid wettelijk verankert en een nationaal gezondheidsbeleid heeft, waarin is uitgewerkt hoe het recht op gezondheid wordt gerealiseerd. De plicht tot verwezenlijking houdt in dat lidstaten alle maatregelen nemen die nodig zijn om de gezondheid te beschermen en te bevorderen.⁷⁶

2.5 Preventie is onderdeel van het recht op gezondheid

Preventie is een prominent onderdeel van het recht op gezondheid.⁷⁷ Allereerst blijkt dit uit artikel 12 IVESCR en de bijbehorende Algemene Aanbeveling. Van lidstaten wordt verwacht dat zij maatregelen treffen ter preventie van epidemieën en endemieën, beroepsziekten en andere ziekten.⁷⁸ Gerelateerd hieraan is de verplichting om te investeren in het verbeteren van de leef- en werkomstandigheden.⁷⁹ Daarnaast moet de overheid toegang tot noodzakelijke preventieve gezondheidszorg waarborgen.⁸⁰

Op Europees niveau speelt preventie een hoofdrol in artikel 11 ESH. In dit artikel ligt de nadruk op het beschermen van de gezondheid. Daarvoor dienen oorzaken van een slechte gezondheid zoveel mogelijk te worden weggenomen en ziekten zoveel mogelijk te worden voorkomen.

In Nederland heeft de overheid de grondwettelijke verplichting de volksgezondheid te bevorderen.⁸¹ Hier valt preventie ook onder. Dit blijkt onder meer uit de definitie van publieke gezondheidszorg. De publieke gezondheidszorg richt zich op maatregelen ter bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking, waaronder het voorkomen van ziekten.⁸² Voorheen werd dit collectieve preventie genoemd.⁸³

2.6 Preventie van overgewicht verdient meer aandacht

Bezien vanuit het recht op gezondheid, is het de vraag of de overheid haar verplichtingen voldoende nakomt als het gaat om preventie van overgewicht. De plicht om te respecteren houdt in dat de overheid zich onthoudt van het schenden van het recht op gezondheid. In de context van overgewicht kan dit betekenen dat wetgeving niet mag leiden tot ongezond gedrag. Een voorbeeld is het verbreden van wegen ten koste van voetgangerspaden.

⁷² United Nations. CESCR 2000, par. 32 (General Comment no. 14).

⁷³ United Nations. CESCR 2000, par. 33 (General Comment no. 14).

⁷⁴ United Nations. CESCR 2000, par. 34 (General Comment no. 14).

⁷⁵ United Nations. CESCR 2000, par. 35 (General Comment no. 14).

⁷⁶ United Nations. CESCR 2000, par. 36-37 (General Comment no. 14).

⁷⁷ Dute 2013, p. 8-9.

⁷⁸ Art. 12 lid 2 onderdeel c IVESCR.

⁷⁹ Art. 12 lid 2 onderdeel b IVESCR; United Nations. CESCR 2000, par. 15 (General Comment no. 14).

⁸⁰ Art. 12 lid 2 onderdeel c IVESCR; United Nations. CESCR 2000, par. 17 (General Comment no. 14).

⁸¹ Art. 22 lid 1 Gw.

⁸² Zie art. 1 aanhef en onder c Wpg.

⁸³ Zie art. 1 aanhef en onderdeel b Wet collectieve preventie volksgezondheid. Deze wet is met ingang van 1 december 2008 vervallen en opgegaan in de Wpg.

De plicht om te beschermen betekent onder meer dat de overheid moet voorkomen dat derden inbreuk maken op het recht op gezondheid. Als het gaat om overgewicht, speelt de levensmiddelenindustrie een grote rol. Bescherming tegen blootstelling aan (te veel) ongezonde voeding kan in dit verband nodig zijn.

De plicht om te verwezenlijken verwijst naar het faciliteren van en voorzien in mogelijkheden om een gezond gewicht te bevorderen. Daarbij is het extra belangrijk dat maatregelen worden afgestemd op de behoeften van kwetsbare groepen.⁸⁴

Uit het recht op gezondheid volgt ook dat het voorkomen en bestrijden van epidemieën die de gezondheid bedreigen een belangrijke prioriteit hoort te zijn. Gezien de ernst en omvang van de ziektelast ten gevolge van overgewicht, blijkt uit epidemiologische data, zou preventie van overgewicht daarom meer aandacht moeten krijgen.⁸⁵

2.7 Conclusie

Het recht op gezondheid wordt wereldwijd erkend als fundamenteel recht. Het moet niet worden opgevat als een recht op gezond zijn, maar het erkent dat een ieder recht heeft om het hoogst haalbare niveau van gezondheid te genieten. Het recht op gezondheid heeft niet alleen betrekking op gezondheidszorg, maar ook op condities voor gezondheid. De overheid heeft de plicht om het recht op gezondheid steeds verder te realiseren. Dit houdt onder meer in dat de overheid het recht op gezondheid respecteert, beschermt en verwezenlijkt.

Preventie is onlosmakelijk verbonden met het recht op gezondheid. Het houdt aan de ene kant bescherming tegen ziekten en onderliggende determinanten in en aan de andere kant is het gericht op het bevorderen van gezondheid en gezonde omstandigheden. Preventie richt zich dus in belangrijke mate op het scheppen van de juiste condities die nodig zijn voor een goede gezondheid en om ziekte te voorkomen. Preventie is daarmee een wezenlijk onderdeel van het recht op gezondheid en van groot belang voor het verwezenlijken ervan.

Ten aanzien van overgewicht kan worden gesteld dat verdergaande stappen nodig zijn om ziekte ten gevolge van overgewicht te voorkomen en te verminderen.

⁸⁴ Nadakavukaren Schefer, *AJWH* 2014, p. 28-30.

⁸⁵ Nadakavukaren Schefer, *AJWH* 2014, p. 32.

Hoofdstuk 3 Noodzaak van juridische borging

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt nagegaan in hoeverre het noodzakelijk is om preventie van overgewicht juridisch te borgen. De vraag is of juridische borging van preventie van overgewicht effectief kan bijdragen aan het terugdringen van overgewicht. Daarbij wordt een vergelijking gemaakt met infectieziektenbestrijding en preventie van roken.

3.2 Overheidsingrijpen vereist een deugdelijke motivering

De overheid is bevoegd maatregelen te nemen die in het belang van de volksgezondheid zijn.⁸⁶ Deze kunnen in meerdere of mindere mate botsen met vrijheidsrechten. Als het gaat om overheidsbemoeienis met het gedrag en de keuzes van individuele burgers rijst al snel de vraag in hoeverre dit is toegestaan.

Een aantal vrijheidsrechten bevat een beperkingsclausule.⁸⁷ Hierdoor is inperking van deze rechten onder bepaalde voorwaarden toegestaan. Deze (cumulatieve) voorwaarden zijn dat de inperking moet zijn voorzien bij wet, een legitiem doel dient en noodzakelijk is in een democratische samenleving. Deze voorwaarden worden hieronder kort toegelicht.

Voorzien bij wet

Het begrip wet wordt ruim opgevat, ongeschreven recht en jurisprudentie vallen er ook onder. Dit betekent dat al snel aan de voorwaarde dat een inperking moet zijn voorzien bij wet, is voldaan.⁸⁸

Legitiem belang

De beperkingsclausules bevatten een limitatieve opsomming van legitieme belangen. Het beschermen van de gezondheid is hierin opgenomen. Het is niet duidelijk wanneer precies sprake is van een legitieme gezondheidsbeschermende maatregel. Nationale autoriteiten hebben hierin een grote mate van beoordelingsvrijheid. Een bedreiging voor de gezondheid kan daarmee al snel een grondslag vormen voor legitieme overheidsinmenging.⁸⁹

Proportionaliteitstoets

De beoordeling van de noodzakelijkheid van inmenging ligt in eerste instantie bij de nationale autoriteiten. Getoetst moet worden of er een dringende maatschappelijke noodzaak bestaat voor de inmenging en of deze in redelijke verhouding staat tot het beoogde doel.⁹⁰

Dit vereist een zorgvuldige weging van de belangen die in het geding zijn. Daarbij wordt aan nationale autoriteiten een zekere beoordelingsruimte gelaten. In het algemeen kan worden gesteld dat de beoordelingsruimte groter is in gevallen waar (Europese) consensus, met name over gevoelige kwesties, ontbreekt.⁹¹ Hetzelfde geldt voor vraagstukken ten aanzien van de verdeling van beperkte financiële middelen voor gezondheidszorg.⁹²

Samengevat komt het erop neer dat overheidsmaatregelen die vrijheidsrechten inperken, deugdelijk gemotiveerd, dat wil zeggen toetsbaar, dienen te zijn.⁹³

⁸⁶ Zie art. 22 lid 1 Gw.

⁸⁷ Zie tweede lid van art. 8-11 EVRM.

⁸⁸ Hendriks 2009, p. 34.

⁸⁹ Greer 2000, p. 10; Hendriks 2009, p. 37-38.

⁹⁰ Zie bijv. EHRM 16 december 2010, ECLI:CE:ECHR:2010:1216JUD002557905 (*A, B en C/Ierland*), par. 229.

⁹¹ Zie bijv. EHRM 10 april 2007, ECLI:CE:ECHR:2007:0410JUD000633905 (*Evans/Verenigd Koninkrijk*), par. 77.

⁹² Zie bijv. EHRM 8 juli 2003, ECLI:CE:ECHR:2003:0708DEC002767702 (*Sentges/Nederland*).

⁹³ Bouwes, *RegelMaat* 2013, p. 162.

3.3 Het belang van gezondheidsbeschermende maatregelen

Van oudsher bestaat preventie vooral uit het nemen van gezondheidsbeschermende maatregelen. Het gaat daarbij vaak om wet- en regelgeving.⁹⁴ Voorbeelden van gezondheidsbescherming zijn infectieziektenbestrijding, inclusief vaccinaties, het tegengaan van verkeers- en arbeidsongevallen en bescherming tegen onveilig voedsel.

De effecten van gezondheidsbeschermende maatregelen overtreffen verreweg de bijdrage van de (curatieve) gezondheidszorg aan het verminderen van de sterfte en het verbeteren van de gezondheid.⁹⁵ Een goed voorbeeld van succesvolle gezondheidsbescherming is de bestrijding van infectieziekten in de twintigste eeuw. Om infectieziekten tegen te gaan, zijn maatregelen genomen op het gebied van hygiëne, drinkwater, huisvesting en milieu. Door de verbeterde leefomstandigheden is de sterfte sterk afgenomen.⁹⁶ Het terugdringen van infectieziekten heeft in de afgelopen eeuw tot de grootste verbetering in de volksgezondheid geleid.⁹⁷

Er wordt wel eens een vergelijking gemaakt tussen overgewicht en infectieziekten. Infectieziekten waren eind van de negentiende eeuw een groot volksgezondheidsprobleem. Overgewicht kan als één van de hedendaagse bedreigingen van de volksgezondheid worden gezien.⁹⁸ Net als bij infectieziekten, is het bij overgewicht van belang de omstandigheden aan te passen. De omstandigheden bepalen voor een groot deel of gezonde keuzes mogelijk en gemakkelijk zijn.⁹⁹

Overgewicht verschilt echter op een aantal punten van infectieziekten. Ten eerste leidt overgewicht niet acuut tot gezondheidsproblemen, maar vaak pas na verloop van tijd. Hierdoor wordt de urgentie van het probleem minder snel gevoeld.¹⁰⁰ Ten tweede grijpen maatregelen al snel in op de leefstijl en vrije keuze van mensen. Dit kan op weerstand stuiten.¹⁰¹ Mede hierdoor is de aanpak van overgewicht vooral een kwestie van gezondheidsbevordering en niet van gezondheidsbescherming.

3.4 Tabaksontmoediging kan als voorbeeld dienen

Een voorbeeld van preventie van ongezond gedrag, waarbij gezondheidsbevordering langzamerhand is overgegaan in gezondheidsbescherming, is tabaksontmoediging. Roken en overgewicht vertonen belangrijke parallellen. Roken wordt, net als overgewicht, beschouwd als een groot volksgezondheidsprobleem en veroorzaakt door een ongezonde leefstijl. Ook zijn de gevolgen voor de gezondheid, net als bij overgewicht, grotendeels te voorkomen. Jongeren en groepen met een lagere sociaaleconomische status zijn zowel bij roken als overgewicht kwetsbare groepen.¹⁰² Daarnaast kan overgewicht, net als roken, effect hebben op anderen, dat wil zeggen overgedragen worden van de één op de ander, hoewel zich dit voornamelijk beperkt tot het sociale netwerk van een individu.¹⁰³ Overgewicht kan op deze wijze invloed hebben op de gezondheid van anderen, zij het minder direct dan bij roken het geval is.¹⁰⁴

Een belangrijk verschil tussen roken en overgewicht is dat tabaksproducten per definitie schadelijk zijn voor de gezondheid, terwijl bij overgewicht niet één boosdoener kan worden aangewezen. Dat maakt

⁹⁴ Van den Berg & Schoemaker 2010, p. 11.

⁹⁵ Dute 2013, p. 6-7; Schaapveld, *Ned Tijdschr Geneesk* 1999, p. 1876.

⁹⁶ Polder e.a. 2012, p. 123-124.

⁹⁷ Schaapveld, *Ned Tijdschr Geneesk* 1999, p. 1877.

⁹⁸ *Nota Overgewicht* 2009, p. 7.

⁹⁹ *Nota Overgewicht* 2009, p. 24; Dute 2013, p. 19.

¹⁰⁰ *Nota Overgewicht* 2009, p. 7; RVZ 2011, p. 24.

¹⁰¹ Nadakavukaren Schefer, *AJWH* 2014, p. 17; RVZ 2011, p. 11.

¹⁰² IBO 2016, p. 5.

¹⁰³ Christakis & Fowler, *N Eng J Med* 2007, p. 377.

¹⁰⁴ Hartlev, *Eur J Health Law* 2012, p. 151.

het complexer om bij overgewicht gericht te kunnen interveniëren.¹⁰⁵ Daarbij zijn de belangrijkste determinanten van overgewicht, voeding en beweging, lastig of beperkt te reguleren.¹⁰⁶

Bij zowel roken als overgewicht vormt voorlichting de basis van het preventiebeleid. Ten aanzien van roken wordt dit kracht bijgezet door regels te stellen aan etiketten. Tabaksproducten dienen te zijn voorzien van een duidelijk zichtbare gezondheidswaarschuwing en een afschrikwekkende foto op de voorkant van de verpakking.¹⁰⁷ Daarnaast geldt een reclameverbod voor tabaksproducten.¹⁰⁸ Roken wordt verder ontmoedigd door het heffen van accijns op tabaksproducten.¹⁰⁹

De meest vergaande maatregel om roken tegen te gaan, is het rookverbod. Het rookverbod heeft als doel de blootstelling aan schadelijke stoffen in tabaksrook, oftewel het meerroken, te verminderen.¹¹⁰ Tegelijkertijd leidt het rookverbod tot inperking van vrijheidsrechten. Dit betekent dat het rookverbod een rechtvaardiging vereist.¹¹¹ De Nederlandse overheid heeft het rookverbod gerechtvaardigd door te wijzen op de grondwettelijke verplichting die zij heeft om de volksgezondheid te bevorderen. Het beschermen van de gezondheid is een legitiem doel en het rookverbod draagt bij aan het voorkomen van gezondheidsschade ten gevolge van roken. Wat betreft de proportionaliteit van de maatregel wordt gesteld dat het rookverbod niet verder gaat dan noodzakelijk is om het gewenste niveau van gezondheidsbescherming te bereiken. Daarnaast geldt het rookverbod bijvoorbeeld niet in privéruimten. Ook zijn er geen minder ingrijpende alternatieven voorhanden om bescherming te bieden tegen blootstelling aan tabaksrook.¹¹²

De succesvol gebleken aanpak van roken is in belangrijke mate te danken aan internationale consensus. Het WHO-Kaderverdrag inzake tabaksontmoediging heeft wereldwijd geleid tot strikte wetgeving en handhaving.¹¹³ Hierdoor zijn in veel landen de tabaksconsumptie en het aantal rokers gereduceerd.¹¹⁴ Ook in Nederland heeft de steeds verdergaande ontmoediging van roken geleid tot een daling van het aantal rokers. Daarbij zijn maatregelen die het meest ingrijpend zijn, zoals rookverboden, verkoopbeperkingen en accijnzen, het meest effectief gebleken.¹¹⁵

3.5 Van gezondheidsbevordering naar gezondheidsbescherming

Het huidige preventiebeleid ten aanzien van overgewicht bestaat hoofdzakelijk uit gezondheidsbevorderende maatregelen die weliswaar de keuzevrijheid zo min mogelijk inperken, maar mede daardoor onvoldoende effectief zijn.¹¹⁶ Er wordt dan ook voor gepleit om preventie van ongezond gedrag uit de hoek van de gezondheidsbevordering te halen en meer in het kader van gezondheidsbescherming te plaatsen.¹¹⁷ Bij preventie van roken is hier al sprake van.

Ondanks dat overgewicht een min of meer vergelijkbare problematiek kent als roken en net als infectieziekten als een bedreiging voor de volksgezondheid wordt gezien, blijft de aanpak ervan voornamelijk gericht op gezondheidsbevordering. In die zin blijft preventie van overgewicht achter.

¹⁰⁵ Hartlev, *Eur J Health Law* 2012, p. 146-147.

¹⁰⁶ IBO 2016, p. 15-16.

¹⁰⁷ Zie art. 3.2 lid 1 jo. art. 1.1 Tabaks- en rookwarenbesluit.

¹⁰⁸ Zie art. 5 Tabaks- en rookwarenwet.

¹⁰⁹ Zie afd. 7 Wet op de accijns.

¹¹⁰ Nationaal expertisecentrum tabaksontmoediging 2015.

¹¹¹ Hartlev, *Eur J Health Law* 2012, p. 148.

¹¹² *Kamerstukken II* 2013/14, 33791, 3, p. 6.

¹¹³ Toebes e.a., *BMC Int Health Hum Rights* 2017, p. 3.

¹¹⁴ GBD 2015 Tobacco Collaborators, *Lancet* 2017, p. 1886.

¹¹⁵ Polder e.a. 2012, p. 125; Van den Berg & Schoemaker 2010, p. 32; IBO 2016, p. 6.

¹¹⁶ RVZ 2011, p. 11.

¹¹⁷ RVZ 2011, p. 48.

Gesteld kan worden dat er geen sprake is van vooruitgang, terwijl overheden hiertoe wel de verplichting en mogelijkheden hebben, zoals ook uit het vorige hoofdstuk bleek. De mogelijkheid om wettelijke maatregelen te nemen wordt als een effectief middel gezien om gezondheid te bevorderen en veilig te stellen.¹¹⁸ Dit geldt ook voor preventie van overgewicht.¹¹⁹ Daarbij valt te denken aan financiële prikkels om gezond gedrag te stimuleren en ongezond gedrag te ontmoedigen, het stellen van strengere eisen aan verpakkingen en wetgeving om de omgeving beweegvriendelijker te maken.¹²⁰

Gezondheidsbescherming in het kader van overgewicht is in het bijzonder van belang voor kinderen en jongeren. De noodzaak van extra bescherming voor kinderen blijkt ook uit de Algemene Aanbeveling bij het recht van kinderen op gezondheid. Daarin wordt het belang van preventie van overgewicht expliciet benoemd. Kinderen dienen te worden beschermd tegen blootstelling aan (te veel) ongezonde voeding. Daarom wordt aanbevolen om reclame voor ongezonde voeding en de beschikbaarheid van ongezonde voeding op scholen en andere plekken te beperken.¹²¹ Het realiseren hiervan vraagt om gezondheidsbeschermende maatregelen.

De vraag daarbij is wel hoe ver deze bescherming mag gaan. Het is al meerdere malen voorgekomen dat is ingegrepen in situaties waarin ouders niet in staat waren of niet bereid waren de gezondheid van hun obese kind of kinderen te verbeteren.¹²² Hieruit blijkt dat ingrijpen noodzakelijk kan worden geacht in het belang van het kind, in dit geval het kind beschermen tegen de ernstige bedreiging die overgewicht met zich meebrengt voor de gezondheid.¹²³

3.6 Conclusie

De overheid kan in het belang van de gezondheid maatregelen nemen. Overheidsingrijpen kan botsen met vrijheidsrechten, zoals keuzevrijheid. Inperking van deze rechten vereist een zorgvuldige belangenafweging, waarbij aan nationale autoriteiten, zeker als het gaat om het beschermen van de gezondheid, een zekere beoordelingsruimte wordt gelaten.

Gezondheidsbescherming is van essentieel belang geweest voor het verbeteren van de volksgezondheid. Gedacht kan worden aan maatregelen die zijn genomen om infectieziekten te bestrijden. Ook preventie van roken, waar van oudsher gezondheidsbevordering centraal stond, lijkt te zijn opgeschoven richting gezondheidsbescherming.

De successen die behaald zijn met preventie van infectieziekten en roken worden in belangrijke mate toegeschreven aan (strenge) wet- en regelgeving en handhaving. Preventie van overgewicht blijft in die zin achter, terwijl het gezondheidsprobleem vergelijkbaar in ernst en omvang is. De noodzaak om verdergaande maatregelen te nemen in het belang van de gezondheid, lijkt dan ook gerechtvaardigd.

¹¹⁸ WHO, *Vital role of law* 2017, p. xiii.

¹¹⁹ Conly, *Theor Med Bioeth* 2016, p. 313.

¹²⁰ WHO, *Vital role of law* 2017, p. xiv.

¹²¹ United Nations. CRC 2013, par. 47 (General Comment no. 15).

¹²² Zie bijv. Rb. Utrecht 7 oktober 2011, ECLI:NL:RBUTR:2011:BZ5000, Hof Arnhem 22 maart 2012, ECLI:NL:GHARN:2012:BW5429, Hof Leeuwarden 24 juli 2012, ECLI:NL:GHLEE:2012:BX5439.

¹²³ Hartlev, *Eur J Health Law* 2012, p. 151; Hof Arnhem 22 maart 2012, ECLI:NL:GHARN:2012:BW5429, r.o. 4.7.

Hoofdstuk 4 Voorwaarden voor preventie van overgewicht

4.1 Inleiding

Het verwezenlijken van het recht op gezondheid betekent onder meer dat gezondheidszorg en condities voor gezondheid aan vier voorwaarden moeten voldoen. Deze voorwaarden zijn: beschikbaarheid, toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en kwaliteit.¹²⁴ In dit hoofdstuk wordt nagegaan in hoeverre preventie van overgewicht beschikbaar, toegankelijk, aanvaardbaar en van goede kwaliteit is. In het bijzonder wordt aandacht besteed aan de toegankelijkheid van preventie van overgewicht voor kwetsbare groepen.

4.2 Beschikbaarheid

Onder beschikbaarheid wordt verstaan dat zowel publieke als curatieve gezondheidszorg en de noodzakelijke condities voor gezondheid in voldoende mate voorhanden zijn. Wat 'in voldoende mate' inhoudt, wordt niet nader gedefinieerd.¹²⁵ In deze paragraaf zal worden stilgestaan bij de beschikbaarheid van preventieve interventies voor overgewicht.

Preventieve maatregelen op het gebied van overgewicht zijn divers en worden op verschillende niveaus en door verschillende partijen aangeboden. De maatregelen richten zich voornamelijk op het bevorderen van gezond eten en voldoende bewegen als condities voor een gezond gewicht.

Op landelijk niveau loopt het Nationaal Programma Preventie (NPP). Hieronder valt een scala aan initiatieven en activiteiten die gericht zijn op het bevorderen van een gezonde leefstijl.¹²⁶ De belangrijkste doelen van dit programma zijn het verminderen van het aantal mensen met chronische ziekten en het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Daarbij richten de activiteiten zich hoofdzakelijk op roken, alcoholconsumptie, overgewicht, bewegen, depressie en diabetes.¹²⁷ Wat opvalt, is dat bij preventie van overgewicht voornamelijk wordt ingezet op stimuleringsprogramma's en zelfregulering. Wet- en regelgeving ontbreken.¹²⁸

De verantwoordelijkheid voor het bevorderen van een gezonde leefstijl van burgers is bij gemeenten neergelegd.¹²⁹ Zij hebben een grote mate van beleidsvrijheid ten aanzien van hoe zij uitvoering geven aan deze verantwoordelijkheid. Hoewel door deze beleidsvrijheid preventie beter kan worden afgestemd op de lokale situatie, kan het ook tot ongewenste verschillen in preventie-aanbod tussen gemeenten leiden.¹³⁰ De beschikbaarheid van preventieve interventies voor overgewicht is op deze wijze afhankelijk van hoe belangrijk gemeenten dit vinden.

Ook zorgverzekeraars en zorgaanbieders spelen een rol bij de beschikbaarheid van preventie van overgewicht. Het gaat hierbij om individuele preventie ter onderscheid van collectieve preventie. Individuele preventie kan worden onderscheiden in geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Bij geïndiceerde preventie is er sprake van een verhoogd risico op ziekte en is preventieve zorg gericht op het voorkomen van het optreden van ziekte. Een voorbeeld is de behandeling van verhoogd cholesterol om hart- en vaatziekten te voorkomen. Zorggerelateerde preventie is onderdeel van het behandeltraject en heeft als doel verergering van de ziekte te voorkomen.¹³¹ Zowel geïndiceerde als

¹²⁴ United Nations. CESCR 2000, par. 12 (General Comment no. 14).

¹²⁵ United Nations. CESCR 2000, par. 12 (General Comment no. 14).

¹²⁶ *Kamerstukken II 2016/17*, 32793, 256 (bijlage).

¹²⁷ Brief van de Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 3 november 2016, 1031111-157041-PG, p. 1.

¹²⁸ *Kamerstukken II 2016/17*, 32793, 256 (bijlage); Van den Berg & Schoemaker 2010, p. 52-53.

¹²⁹ *Landelijke nota gezondheidsbeleid 2015*, p. 3.

¹³⁰ Heijnk & Struijs 2016, p. 20.

¹³¹ CVZ 2007, p. 3.

zorggerelateerde preventie kan onder verzekerde zorg vallen. Daarvoor moet de preventieve interventie voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarnaast moet het zorg zijn die zorgverleners plegen te bieden.¹³²

Als preventieve zorg tot de te verzekeren prestaties behoort, kunnen verzekerden hier onder bepaalde voorwaarden aanspraak op maken. Een belangrijke voorwaarde is dat een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op deze vorm van zorg. Dit betekent dat de ziekte of het verhoogde risico op ziekte is opgetreden bij een verzekerde.¹³³ Preventieve zorg die onder verzekerde zorg valt, zijn bijvoorbeeld leefstijladviesing als onderdeel van (keten)zorg, dieetadviesing en bariatrische chirurgie. Daarnaast kan preventie onderdeel zijn van aanvullende verzekeringen, zoals een gezondheidscursus of voedingsadvies.¹³⁴

Vanaf 2019 valt ook de gecombineerde leefstijlinterventie onder verzekerde zorg. Dit wordt gezien als een belangrijke stap voorwaarts in het voorkomen en behandelen van overgewicht.¹³⁵ Reeds in 2009 heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) geadviseerd een gecombineerde leefstijlinterventie op te nemen in het verzekerde pakket.¹³⁶ De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft dit advies destijds niet overgenomen vanwege de kosten die hiermee gepaard gingen. Daarnaast was de minister van mening dat het in de eerste plaats een eigen keuze is van mensen om (on)gezond te leven en dat deze verantwoordelijkheid niet op de overheid kan worden afgewenteld.¹³⁷ In 2018 heeft het Zorginstituut Nederland een nadere duiding van de inhoud en omvang van een gecombineerde leefstijlinterventie gegeven. Mede op basis van dit advies heeft de minister van VWS besloten structurele bekostiging van een gecombineerde leefstijlinterventie per 1 januari 2019 mogelijk te maken door het vaststellen van prestaties en maximumtarieven.¹³⁸ Kinderen met (ernstig) overgewicht komen in principe niet in aanmerking voor de gecombineerde leefstijlinterventie. Er wordt momenteel in een zogeheten proeftuin gekeken naar een ketenaanpak voor kinderen met (ernstig) overgewicht.¹³⁹

In veel richtlijnen van de beroepsgroepen van zorgverleners komt preventie aan bod, meestal als onderdeel van het behandeltraject.¹⁴⁰ Een belangrijke richtlijn op het gebied van overgewicht vormt de zorgstandaard obesitas.¹⁴¹ De eerstelijnszorg lijkt bij uitstek de plek om preventie onder de aandacht van de doelgroep te brengen.¹⁴² Op initiatief van de huisartsen zijn richtlijnen over leefstijladviesing ontwikkeld, waaronder op het gebied van voeding en bewegen.¹⁴³ Ook de medisch specialisten onderschrijven het belang van preventie. Eén van de ambities voor 2025 is dat medisch specialisten bijdragen aan een gezonde leefstijl waardoor er minder wordt gerookt, minder alcohol wordt gebruikt en meer wordt bewogen.¹⁴⁴ Hoewel preventie in veel richtlijnen wordt aanbevolen, blijkt in de praktijk niet iedereen op de hoogte te zijn van en toepassing te geven aan deze aanbevelingen.¹⁴⁵

¹³² CVZ 2007, p. 5; zie ook art. 2.1 lid 2 Besluit Zorgverzekering.

¹³³ CVZ 2007, p. 5; zie ook art. 2.1 lid 3 Besluit Zorgverzekering.

¹³⁴ Zie bijv. cz.nl/zorgadvies/themas/overgewicht-en-afvallen

¹³⁵ Rijksoverheid 2018.

¹³⁶ CVZ 2009; ZIN 2018, p. 7.

¹³⁷ *Kamerstukken II* 2010/11, 29689, 326, p. 7.

¹³⁸ *Kamerstukken II* 2017/18, 32793, 300.

¹³⁹ ZIN 2018, p. 7.

¹⁴⁰ CVZ 2007, p. 9.

¹⁴¹ PON 2010.

¹⁴² CVZ 2007, p. 9-10.

¹⁴³ NHG 2015.

¹⁴⁴ FMS 2017, p. 25.

¹⁴⁵ CVZ 2007, p. 10.

4.3 Toegankelijkheid

Toegankelijkheid heeft vier aspecten: non-discriminatie, fysieke toegankelijkheid, betaalbaarheid en toegang tot informatie.¹⁴⁶ Deze aspecten zullen hierna afzonderlijk worden besproken.

4.3.1 Non-discriminatie

Toegankelijkheid houdt onder meer in dat gezondheidszorg en condities voor gezondheid voor iedereen toegankelijk moeten zijn. Dit geldt in het bijzonder voor kwetsbare groepen in de samenleving.¹⁴⁷

Mensen met een lage sociaaleconomische status zijn een kwetsbare groep. Zij hebben vaak een gezondheidsachterstand ten opzichte van groepen met een hogere sociaaleconomische status. De ongelijkheid in gezondheid wordt veroorzaakt en in stand gehouden door minder gezonde omstandigheden en minder goede toegang tot gezondheidszorg.¹⁴⁸

De overheid heeft een speciale verplichting om toegang tot de noodzakelijke zorg voor deze groep mensen te waarborgen. Bij de allocatie van middelen in de gezondheidszorg kan hier rekening mee worden gehouden. De overheid zou bijvoorbeeld niet onevenredig veel middelen moeten besteden aan dure curatieve zorg die voor een kleine groep mensen toegankelijk is ten koste van preventieve gezondheidszorg waar een veel grotere groep mensen baat bij heeft.¹⁴⁹

Een andere kwetsbare groep zijn kinderen. Zij hebben extra bescherming nodig als het gaat om hun gezondheid.¹⁵⁰

4.3.2 Fysieke toegankelijkheid

Met fysieke toegankelijkheid wordt onder meer bedoeld dat afstand geen barrière mag vormen voor toegang tot gezondheidszorg en condities voor gezondheid. Met name voor kwetsbare groepen dient fysieke toegankelijkheid te worden gewaarborgd.¹⁵¹ Preventie van overgewicht is meestal lokaal georganiseerd, aangezien het onder de verantwoordelijkheid van gemeenten valt. Dit betekent dat preventie in de regel dicht bij huis plaatsvindt. Daarvoor moet lokaal wel een passend preventieaanbod beschikbaar zijn. Hoewel groepen met een lage sociaaleconomische status een belangrijke doelgroep zijn, blijkt dat het lokale aanbod aan preventie van overgewicht voor deze groepen beperkt is.¹⁵²

Voor kinderen en jongeren, de belangrijkste doelgroep, bestaan verschillende initiatieven op lokaal niveau om overgewicht bij jongeren tegen te gaan. Een bekend voorbeeld is Jongeren op Gezond Gewicht. Deze zelfstandige stichting beoogt door middel van publiek-private samenwerking een gezonde omgeving en een gezonde leefstijl voor kinderen te bevorderen.¹⁵³ In 2017 nam één op de drie gemeenten deel aan dit programma.¹⁵⁴ Een ander initiatief is de Gezonde School. Dit programma richt zich op het bevorderen van een gezonde leefstijl van leerlingen in het basisonderwijs, voortgezet onderwijs en het middelbaar beroepsonderwijs. In 2016 waren er bijna 1.000 scholen die het vignet Gezonde School hadden behaald.¹⁵⁵

Hoewel de cijfers een positief beeld laten zien, maken ze ook duidelijk dat fysieke toegankelijkheid op veel plekken nog geen werkelijkheid is.

¹⁴⁶ United Nations. CESCR 2000, par. 12 (General Comment no. 14).

¹⁴⁷ United Nations. CESCR 2000, par. 12 (General Comment no. 14).

¹⁴⁸ Van den Muijsenbergh 2018, p. 5-7.

¹⁴⁹ United Nations. CESCR 2000, par. 19 (General Comment no. 14).

¹⁵⁰ Zie art. 24 Kinderrechtenverdrag; United Nations. CRC 2013 (General Comment no. 15).

¹⁵¹ United Nations. CESCR 2000, par. 12 (General Comment no. 14).

¹⁵² Busch & Schrijvers 2010, p. 22.

¹⁵³ Collard e.a. 2018, p. 13.

¹⁵⁴ Collard e.a. 2018, p. 7.

¹⁵⁵ *Kamerstukken II* 2016/17, 31899, 28, p. 2.

4.3.3 Betaalbaarheid

Gezondheidszorg en condities voor gezondheid moeten ook financieel toegankelijk, dat wil zeggen betaalbaar, zijn voor iedereen. Vooral voor mensen met een laag inkomen mogen de kosten geen extra drempel zijn voor toegang tot zorg.¹⁵⁶ Het verplichte eigen risico voor de zorgverzekering kan leiden tot zorgmijding. Mensen met lage inkomens zien bijvoorbeeld vaker af van een huisartsenbezoek vanwege de (eventuele vervolg)kosten.¹⁵⁷ Ook het niet (langer) vergoeden van behandeling kan toegang tot zorg belemmeren.

Een voorbeeld is dieetadvisering. In 2012 werd dieetadvisering niet langer vergoed vanuit de zorgverzekering. Het idee was dat mensen de kosten hiervan zelf konden dragen. De vraag was of hiermee zorg werd onthouden aan mensen die niet in staat waren deze kosten voor eigen rekening te nemen.¹⁵⁸ Overigens kwam dieetadvisering een jaar later terug in het basispakket, zij het dat het aantal te vergoeden uren was teruggebracht.¹⁵⁹

Voor de gecombineerde leefstijlinterventie zal het verplicht eigen risico in principe niet van toepassing zijn, omdat het valt onder zorg die huisartsen plegen te bieden.¹⁶⁰ Begeleiding bij bewegen, zoals sporten onder supervisie, valt buiten de gecombineerde leefstijlinterventie en wordt daarmee niet vergoed vanuit de zorgverzekering. De huisarts kan patiënten wijzen op eventuele beweegprogramma's die lokaal beschikbaar zijn voor verschillende doelgroepen.¹⁶¹

Betaalbaarheid is ook van toepassing op condities voor gezondheid. Bij preventie van overgewicht kan dan gedacht worden aan de betaalbaarheid van gezonde voeding. Cijfers laten zien dat tussen 2007 en 2017 gezondere voedingsmiddelen (waaronder vers fruit en verse groente) relatief meer in prijs zijn gestegen dan ongezonder voedingmiddelen (zoals snoep en ijs). De prijs van gezondere voedingsmiddelen steeg met gemiddeld 22 procent, terwijl ongezonder voedingmiddelen 13 procent duurder zijn geworden. Suiker, snoep en ijs zijn zelfs goedkoper geworden.¹⁶² Consumenten zouden gezondere voedingsmiddelen eerder kopen als ze goedkoper zouden zijn. Vaak is gezond eten duurder dan ongezond eten.¹⁶³

De betaalbaarheid van bewegen in het kader van overgewicht wordt op lokaal niveau (financieel) gestimuleerd. Gemeenten kunnen bijvoorbeeld subsidie aanvragen voor een bijdrage in de kosten. Hiermee kan deelname aan beweegprogramma's betaalbaar worden gemaakt voor met name mensen met een laag inkomen.¹⁶⁴

4.3.4 Toegang tot informatie

Toegang tot informatie houdt in dat mensen het recht hebben informatie over gezondheid te zoeken, te ontvangen en te delen. De overheid heeft hierin een belangrijke taak. Onderdeel van het verwezenlijken van het recht op gezondheid is dat de overheid geschikte informatie over gezonde leefstijl en voeding toegankelijk dient te maken.¹⁶⁵

¹⁵⁶ United Nations. CESCR 2000, par. 12 (General Comment no. 14).

¹⁵⁷ Van Esch e.a. 2015, p. 26.

¹⁵⁸ *Aanhangsel Handelingen II* 2011/12, 1704, p. 3; Dute 2013, p. 12.

¹⁵⁹ Besluit van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 13 oktober 2012, *Stb* 2012, 512, p. 2. Het aantal te vergoeden uren ging van maximaal vier behandeluren naar maximaal drie behandeluren per kalenderjaar.

¹⁶⁰ ZIN 2018, p. 19.

¹⁶¹ ZIN 2018, p. 16.

¹⁶² CBS 2018.

¹⁶³ Van den Berg & Schoemaker 2010, p. 53.

¹⁶⁴ *Kamerstukken II*, 2016/17, 32793, 249, p. 3.

¹⁶⁵ United Nations. CESCR 2000, par. 37 (General Comment no. 14).

In Nederland lijkt hier steeds minder aandacht voor te zijn. In de Nota Overgewicht van 2009 wordt nog de nadruk gelegd op het informeren van burgers over gezonde keuzes met betrekking tot voeding en bewegen.¹⁶⁶

De Landelijke nota gezondheidsbeleid van 2011 focust niet langer op centraal gecoördineerde voorlichting. In plaats daarvan richt de aandacht zich op het lokaal toegankelijk maken van basisinformatie voor de burger, via bijvoorbeeld de gemeente, school en zorg.¹⁶⁷

In de Landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019 is het toegankelijk maken van informatie over een gezonde leefstijl en voeding voor burgers als doelstelling helemaal verdwenen. De nadruk in deze nota ligt op gezondheidsbevordering door middel van een integrale aanpak. Hierin is een belangrijke taak weggelegd voor gemeenten, zorgverzekeraars en zorgverleners.¹⁶⁸ De informatievoorziening richt zich daarbij vooral op gemeenten vanwege hun verantwoordelijkheid lokaal invulling te geven aan preventie.¹⁶⁹ Burgers zijn hierdoor steeds meer aangewezen op hun gemeente, zorgverzekeraar of zorgaanbieder voor informatie over een gezonde leefstijl.

Informatie moet voor iedereen toegankelijk zijn. Dit betekent dat informatie ook voor mensen met een lage sociaaleconomische status toegankelijk en begrijpelijk moet zijn. Gebleken is dat gezondheidsvoorlichting vaak niet aanslaat bij de doelgroepen die er het meeste baat bij zouden hebben.¹⁷⁰ Ook kinderen moeten toegang hebben tot begrijpelijke informatie over gezond gedrag.¹⁷¹

4.4 Aanvaardbaarheid

Bij aanvaardbaarheid gaat het zowel om culturele aanvaardbaarheid als medisch-ethische aanvaardbaarheid van gezondheidszorg en condities voor gezondheid.¹⁷²

Culturele aanvaardbaarheid wil – in dit geval – zeggen dat preventie van overgewicht aansluit bij de cultuur (zoals normen en waarden) van mensen. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat preventie van overgewicht bij personen met een niet-westerse achtergrond anders wordt vormgegeven dan bij personen met een westerse achtergrond.

Aanvaardbaarheid heeft ook te maken met hoe mensen aankijken tegen preventie van overgewicht. Het algemene beeld is dat burgers overheidsbemoeyenis met leefstijlkeuzes ongewenst en betuttelend vinden. Hoewel niet alle maatregelen evenveel weerstand oproepen, leidt het opleggen van regels in de ogen van burgers tot steeds verdergaande inperking van de keuzevrijheid.¹⁷³ Als het gaat om preventie van overgewicht, lijkt de overheid de mening van burgers te volgen. De vrijheid van de burger staat centraal in het overheidsbeleid ten aanzien van overgewicht.

Toch wordt niet elke vorm van overheidsbemoeyenis afgewezen. Het grootste deel van de bevolking vindt dat de overheid voorlichting moet geven over gezonde voeding en beweging en dat op levensmiddelen moet worden vermeld of het om een gezond of ongezond product gaat. Ook vindt de meerderheid van de bevolking dat de overheid moet stimuleren dat er alleen maar gezond eten wordt aangeboden in kantines.¹⁷⁴

¹⁶⁶ *Nota Overgewicht* 2009, p. 28. Vanaf 1 januari 2016 zijn het NISB en Onbeperkt Sportief samengevoegd tot het Kenniscentrum Sport.

¹⁶⁷ *Gezondheid dichtbij* 2011, p. 34-35.

¹⁶⁸ *Landelijke nota gezondheidsbeleid* 2015, p. 3-4.

¹⁶⁹ *Landelijke nota gezondheidsbeleid* 2015, p. 7.

¹⁷⁰ *Nota Overgewicht* 2009, p. 22; RVZ 2002, p. 26; Dute 2013, p. 12.

¹⁷¹ United Nations. CESCR 2000, par. 22 (General Comment no. 14).

¹⁷² United Nations. CESCR 2000, par. 12 (General Comment no. 14).

¹⁷³ Van den Berg & Schoemaker 2010, p. 57.

¹⁷⁴ Knoop & Moonen 2015, p. 5.

Ter vergelijking: een meerderheid is voorstander van accijns op roken en een rookverbod in de horeca.¹⁷⁵ Het maatschappelijk draagvlak voor deze maatregelen is niet zonder slag of stoot gegaan en heeft jaren geduurd. Het creëren van voldoende steun vanuit de samenleving voor overheidsingrijpen als het gaat om ongezond gedrag lijkt een zaak van een lange adem.¹⁷⁶

Medisch-ethische aanvaardbaarheid in de context van preventie van overgewicht kan betrekking hebben op onderzoek naar of behandeling van overgewicht. Een voorbeeld is bariatrische chirurgie, zoals maagbandplaatsing, bij patiënten met ernstige obesitas. Bariatrische chirurgie is slechts onder bepaalde voorwaarden geïndiceerd. Eén daarvan is dat de patiënt de levenslange gevolgen van de chirurgische interventie begrijpt en bereid is zijn leven hierop aan te passen.¹⁷⁷

Bariatrische chirurgie bij kinderen en adolescenten wordt ontraden. Bij uitzondering kan het plaatsvinden in onderzoeksverband.¹⁷⁸ De terughoudendheid bij het toepassen van bariatrische chirurgie bij kinderen en adolescenten heeft onder meer te maken met de morele aanvaardbaarheid ervan. Degenen die ernstige obesitas vooral als een medisch probleem zien, vinden bariatrische chirurgie als laatste redmiddel moreel aanvaardbaar. Voor degenen die ernstige obesitas associëren met psychosociale problematiek is bariatrische chirurgie moreel onaanvaardbaar, omdat het niet het onderliggende probleem oplost.¹⁷⁹ Daarnaast werpt het toestemmingsvereiste (*'informed consent'*) een morele drempel op. De vraag is in hoeverre een kind of adolescent in staat is de ingrijpende en levenslange gevolgen van bariatrische chirurgie te overzien.¹⁸⁰

Ethische aanvaardbaarheid kan ook een rol spelen bij de vraag in hoeverre mensen beïnvloed mogen worden in het maken van gezonde keuzes. Zo kunnen zorgverleners vanuit hun rol invloed uitoefenen op patiënten. Daarbij kunnen zich ethische vragen voordoen, zoals: hoe ver mag een arts gaan in het beïnvloeden van een patiënt om af te vallen? Wat valt onder goed hulpverlenerschap en wanneer is sprake van ongewenste drang?¹⁸¹ En mag een arts behandeling weigeren als behandeling vanwege overgewicht medisch onverantwoord of niet zinvol is?¹⁸²

Een bekende manier om gezonde keuzes te stimuleren, is *'nudging'*. De Engelse term *'nudge'* betekent letterlijk vertaald 'duwtje'. Met *'nudging'* wordt beoogd mensen een duwtje in de goede richting te geven zonder daarbij bepaalde keuzes te verbieden.¹⁸³ Hierdoor wordt het makkelijker gemaakt om gezond te kiezen. Voorbeelden zijn het plaatsen van fruit op ooghoogte of een kleinere portie als standaardoptie aanbieden.¹⁸⁴ Sommigen vinden *'nudging'* ethisch onaanvaardbaar. Zij zien het als een vorm van manipulatie doordat mensen onbewust worden beïnvloed. Hierdoor wordt hun keuzevrijheid ingeperkt.¹⁸⁵ Zolang *'nudging'* transparant is en mensen bewust maakt van hun keuzegedrag, maar niet hun gedrag bepaalt, kan het een aanvaardbaar middel zijn om gezonde keuzes te bevorderen.¹⁸⁶

¹⁷⁵ Knoops & Moonen 2015, p. 11.

¹⁷⁶ Polder e.a. 2012, p. 125

¹⁷⁷ PON 2010, p. 61.

¹⁷⁸ PON 2010, p. 36-37.

¹⁷⁹ Van Geelen e.a., *J Bioeth Inq* 2013, p. 235.

¹⁸⁰ Van Geelen e.a., *J Bioeth Inq* 2013, p. 236.

¹⁸¹ Drang is een vorm van beïnvloeding of manipulatie waardoor de ander in zijn keuzevrijheid wordt beperkt. Zie Schermer 2003, p. 33, 39-40.

¹⁸² KNMG 2015.

¹⁸³ Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling 2014, p. 16.

¹⁸⁴ Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling 2014, p. 33.

¹⁸⁵ Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling 2014, p. 57.

¹⁸⁶ Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling 2014, p. 51.

4.5 Kwaliteit

Onder kwaliteit wordt verstaan dat gezondheidszorg en condities voor gezondheid van goede kwaliteit zijn en vanuit wetenschappelijk oogpunt geschikt bevonden zijn.¹⁸⁷ De kwaliteit van de gezondheidszorg is in Nederland wettelijk verankerd. Zorgaanbieders moeten goede zorg leveren. Goede zorg wordt omschreven als zorg van goede kwaliteit en van goed niveau die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is en voldoet aan de professionele standaard.¹⁸⁸ Zorgaanbieders moeten de kwaliteit van de zorg systematisch bewaken.¹⁸⁹ Daarnaast zijn zorgaanbieders verplicht informatie over de kwaliteit van de verleende zorg aan te leveren voor publicatie.¹⁹⁰ De kwaliteit van de zorgverlening door individuele beroepsbeoefenaren wordt bevorderd door de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG). De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening.¹⁹¹

Preventieve zorg bij overgewicht die wordt aangeboden door zorgaanbieders moet voldoen aan de in de wet gestelde kwaliteitseisen. Dit houdt onder meer in dat zorgverleners bekwaam moeten zijn om over leefstijl te adviseren.¹⁹²

Het grootste deel van preventie van overgewicht valt buiten de curatieve gezondheidszorg. De kwaliteit en de bewaking ervan is niet centraal of wettelijk geregeld. Daardoor is onduidelijk wie hiervoor verantwoordelijk is.¹⁹³

Een belangrijk aspect van goede kwaliteit is dat preventieve interventies effectief zijn. Er zijn veel interventies die gericht zijn op het tegengaan van overgewicht, maar van slechts enkele is aangetoond dat ze effectief zijn in het verminderen van overgewicht. De gecombineerde leefstijlinterventie is één van de uitzonderingen die effectief is gebleken.¹⁹⁴ Andere interventies waarvoor evidentie is, zijn wettelijke maatregelen, zoals een verbod op tv-reclame voor ongezonde voeding gericht op kinderen en accijns op ongezonde voeding.¹⁹⁵ Interventies die zich richten op gedragsverandering bij groepen, zoals een schoolprogramma waarin aandacht wordt besteed aan gezond eten en bewegen, lijken vaak een kortstondig en gering effect te hebben.¹⁹⁶

In het huidige overheidsbeleid wordt veel verwacht van een integrale aanpak van overgewicht op lokaal niveau. Een voorbeeld is Jongeren op Gezond Gewicht. Of deze aanpak leidt tot een toename van het aantal jongeren met een gezond gewicht, moet nog blijken.¹⁹⁷

Andere interventies die mogelijk effectief kunnen zijn, betreffen onder meer het herformuleren van voedingsmiddelen door regulering, 'nudging' en het beperken van het aanbod aan ongezonde voeding.¹⁹⁸

4.6 Conclusie

In dit hoofdstuk is beschreven in hoeverre preventie van overgewicht beschikbaar, toegankelijk, aanvaardbaar en van goede kwaliteit is. Er is een breed aanbod aan preventieve interventies beschikbaar. Opvallend is dat wettelijke maatregelen om overgewicht tegen te gaan, zoals reclameverboden of prijsmaatregelen, ontbreken. De beschikbaarheid, en daarmee toegankelijkheid,

¹⁸⁷ United Nations. CESCR 2000, par. 12 (General Comment no. 14).

¹⁸⁸ Art. 2 lid 2 onderdelen a en b Wkkgz.

¹⁸⁹ Art. 7 Wkkgz.

¹⁹⁰ Art. 66d lid 2 Zvw.

¹⁹¹ Sinds 1 oktober 2017 zijn de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Inspectie Jeugdzorg opgegaan in een nieuwe organisatie: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (in oprichting).

¹⁹² Frissen & Ploch 2011, p. 19.

¹⁹³ Frissen & Ploch 2011, p. 19; RVZ 2011, p. 33.

¹⁹⁴ CVZ 2009, p. 12-13; Van den Berg & Schoemaker 2010, p. 58.

¹⁹⁵ Van den Berg & Schoemaker 2010, p. 55-56.

¹⁹⁶ Van den Berg & Schoemaker 2010, p. 56.

¹⁹⁷ Collard e.a. 2018, p. 82.

¹⁹⁸ IBO 2016, p. 27-28.

hangt in belangrijke mate af van hoe gemeenten invulling geven aan hun taak om de gezondheid van burgers te bevorderen. Zij hebben hierin een grote mate van beleidsvrijheid. Dit geldt ook voor bijvoorbeeld scholen, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Er bestaat geen wettelijke plicht om preventie van overgewicht aan te bieden.

Bij toegankelijkheid speelt non-discriminatie een centrale rol. Voor een ieder moet toegang tot de noodzakelijke gezondheidszorg en condities voor gezondheid worden gewaarborgd. Dit geldt in het bijzonder voor kwetsbare groepen, zoals mensen met een lage sociaaleconomische status en kinderen. Ook voor hen moet gezondheidszorg en condities die bijdragen aan een gezond gewicht fysiek toegankelijk en betaalbaar zijn. Daarnaast is het belangrijk dat informatie voor deze doelgroepen toegankelijk en begrijpelijk is. De beschikbaarheid en daarmee toegankelijkheid is in grote mate afhankelijk van gemeentelijke keuzes.

Aanvaardbaarheid kent twee dimensies. Het heeft enerzijds betrekking op culturele aanvaardbaarheid, dat wil zeggen dat de zorg moet aansluiten bij de verschillende normen en waarden in de samenleving. Bij de vormgeving van preventie van overgewicht dient hier rekening mee te worden gehouden. Daarnaast speelt mee dat burgers vaak weerstand lijken te hebben tegen overheidsbemoeienis als het gaat om leefstijlkeuzes. Hoewel overheidsingrijpen bij roken tegenwoordig algemeen wordt aanvaard, is dit (nog) niet het geval bij preventie van overgewicht. Aanvaardbaarheid heeft nog een tweede dimensie, namelijk (medisch-)ethische aanvaardbaarheid. Hierbij kan het gaan om vragen als de morele aanvaardbaarheid van bariatrische chirurgie bij kinderen met ernstige obesitas of het toepassen van vormen van beïnvloeding waardoor de keuzevrijheid kan worden beperkt.

Tenslotte moet preventie van overgewicht van goede kwaliteit zijn en wetenschappelijk gezien geschikt bevonden zijn. De kwaliteit van (curatieve) gezondheidszorg is juridisch goed geborgd. Preventieve zorg bij overgewicht moet voldoen aan de wettelijk vastgestelde kwaliteitseisen. Voor preventieve interventies voor overgewicht, die buiten het curatieve gezondheidszorgdomein vallen, ontbreken centrale regie en een wettelijk kader om de kwaliteit ervan te toetsen en te bewaken. Van veel interventies gericht op het tegengaan van overgewicht is niet bewezen dat ze effectief zijn. Er zijn een paar uitzonderingen, zoals de gecombineerde leefstijlinterventie, reclameverboden en accijnzen op ongezonde voeding. Van veelbelovende interventies, zoals een integrale aanpak op lokaal niveau, is het effect nog onbekend.

Uit bovenstaande blijkt dat preventie van overgewicht in meer of mindere mate beschikbaar, toegankelijk, aanvaardbaar en van goede kwaliteit is. Er zijn nog de nodige hobbels te nemen, voordat preventie van overgewicht in alle opzichten aan de voorwaarden van beschikbaarheid, toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en kwaliteit kan voldoen. Met name de toegankelijkheid van preventie van overgewicht voor de meest kwetsbare groepen dient beter te worden geborgd.

Hoofdstuk 5 Borgen van preventie van overgewicht

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt besproken in hoeverre de beschikbaarheid, toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en kwaliteit van preventie van overgewicht juridisch kunnen worden geborgd. Daarbij wordt gekeken naar de wijze waarop preventie van overgewicht binnen de huidige wet- en regelgeving is verankerd en in hoeverre dit kan worden verbeterd. Allereerst zal worden ingegaan op de inbedding van preventie van overgewicht binnen de publieke en curatieve gezondheidszorg. Vervolgens zal worden beschreven in hoeverre condities voor gezond gewicht zijn geborgd.

5.2 Borging van preventie van overgewicht binnen de publieke en curatieve gezondheidszorg

Preventie speelt zowel binnen de publieke gezondheidszorg als de curatieve zorg een rol. Hoewel ook binnen de langdurige zorg preventie kan worden aangeboden, speelt preventie van overgewicht hier vrijwel geen rol van betekenis. In deze paragraaf wordt nagegaan in hoeverre preventie van overgewicht binnen de publieke en curatieve gezondheidszorg is verankerd en welke verbeteringen mogelijk zijn.

5.2.1 Borgen van beschikbaarheid

De beschikbaarheid van publieke gezondheidszorg is voornamelijk geregeld in de Wet Publieke Gezondheidszorg (Wpg). Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg op lokaal niveau.¹⁹⁹ Daaronder vallen onder meer algemene gezondheidsbevorderende taken, jeugdgezondheidszorg, ouderengezondheidszorg en infectieziektenbestrijding. De uitvoering van de Jeugdwet en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is eveneens belegd bij gemeenten.²⁰⁰ Preventie speelt ook in deze wetten een rol.²⁰¹

Voor jeugdgezondheidszorg en infectieziektenbestrijding bestaan duidelijke wettelijke kaders.²⁰² Gemeenten hebben hier dan ook weinig beleidsvrijheid.²⁰³ Gezondheidsbevordering in algemene zin kent geen uitgewerkt wettelijk kader. Zoals uit het vorige hoofdstuk bleek hebben gemeenten op dit terrein veel beleidsvrijheid. Daarnaast hebben gemeenten beperkte financiële middelen. Zij moeten hun preventieve taken zien te realiseren binnen het beschikbare budget.²⁰⁴ De vraag is of preventie van overgewicht dan voldoende prioriteit krijgt.²⁰⁵

Dit probleem zou deels kunnen worden verholpen door een wettelijke 'weetplicht' voor gemeenten in te voeren. Deze verplichting houdt in dat gemeenten analyseren wat op lokaal niveau of wijkniveau de grootste gezondheidsrisico's zijn en bij welke groepen. Op basis van deze analyse wordt duidelijk welke gezondheidsproblemen de meeste prioriteit verdienen.²⁰⁶ Als bijvoorbeeld blijkt dat overgewicht een belangrijke risicofactor is voor de gezondheid van een bepaalde doelgroep, dan zouden gemeenten hier in hun preventiebeleid prioriteit aan moeten geven.

Daarnaast zou het helpen als gemeenten worden ondersteund met maatregelen die op landelijk niveau worden genomen. De landelijke overheid zegt wel dat ze preventie van overgewicht belangrijk vindt, maar geeft daar verder geen gevolg aan in de vorm van bijvoorbeeld structurele financiering of wet- en regelgeving. Hierdoor is de kans groot dat gemeenten minder urgentie voelen om preventie

¹⁹⁹ Zie art. 2 lid 1 Wpg.

²⁰⁰ Zie art. 2.1.1 Wmo.

²⁰¹ Zie bijv. art. 2.1 Jw en art. 2.1.2 lid 4 onderdeel a Wmo.

²⁰² Zie Wpg en Jw.

²⁰³ Soeters & Verhoeks, *Financiering van preventie* 2015, p. 14.

²⁰⁴ Soeters & Verhoeks, *Analyse van belemmeringen* 2015, p. 5.

²⁰⁵ Soeters & Verhoeks, *Financiering van preventie* 2015, p. 15.

²⁰⁶ RVZ 2011, p. 40-41.

van overgewicht op te pakken. En ook al zouden gemeenten hiermee aan de slag gaan, dan kan het gebrek aan landelijk ondersteunende maatregelen een ontmoedigend effect hebben.²⁰⁷

Naast de gemeenten spelen zorgverzekeraars een rol als het gaat om preventie. Er zijn enkele belangrijke verschillen tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Ten eerste hebben zorgverzekeraars een wettelijke zorgplicht.²⁰⁸ Dit betekent dat zorgverzekeraars wettelijk verplicht zijn ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg ontvangt waar hij aanspraak op kan maken en die hij nodig heeft.²⁰⁹ Ten tweede worden preventieve interventies die onderdeel uitmaken van verzekerde zorg onder bepaalde voorwaarden vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw).²¹⁰

Ondanks de, formeel gezien, strikte scheiding tussen de publieke en de curatieve gezondheidszorg is er op bepaalde punten overlap. Deze doet zich met name voor bij selectieve preventie (groepen met een verhoogd gezondheidsrisico) en geïndiceerde preventie (individuen met een verhoogd gezondheidsrisico). Omdat er geen scherpe afbakening kan worden gemaakt, is vaak onduidelijk waar selectieve preventie eindigt en geïndiceerde preventie begint. Dit zorgt voor onduidelijkheid over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen gemeenten en zorgverzekeraars.²¹¹ Van gemeenten en zorgverzekeraars wordt dan ook verwacht dat ze hun taken onderling afstemmen.²¹² Toch is dit in de praktijk geen vanzelfsprekendheid, waardoor de gewenste samenwerking vaak moeilijk tot stand komt. Het verduidelijken van de wettelijk vastgelegde onderlinge afstemming is dan ook gewenst om preventie gericht op risicogroepen juridisch beter te borgen.²¹³

Een ander knelpunt voor het borgen van de beschikbaarheid van preventie van overgewicht is het gebrek aan structurele financiering. Nieuwe en veelbelovende interventies worden vaak op projectbasis gestart. Niet zelden stranden succesvol gebleken projecten vanwege een gebrek aan reguliere financiering.²¹⁴ De reden hiervoor is dat gemeenten en zorgverzekeraars grotendeels risicodragers zijn, waardoor ze terughoudend zijn met het structureel bekostigen van preventieve interventies. Interventies moeten daarom aantoonbaar effectief zijn gebleken, willen ze in aanmerking komen voor financiering.²¹⁵ Het probleem is echter dat er onvoldoende aanbod is aan bewezen effectieve interventies en dat onderzoek naar de effectiviteit van bestaande en nieuwe interventies tijd en geld kost.²¹⁶ Een andere reden dat gemeenten en zorgverzekeraars niet snel investeren in preventie is dat onduidelijk is of de kosten opwegen tegen de financiële baten. En als er financiële baten zijn, is het onzeker of deze neerslaan bij de investeerder of bij een andere partij.²¹⁷

Een mogelijke oplossing voor bovengenoemde problemen is het opzetten van een (regionaal) preventiefonds. Dit is een praktische oplossing waarbij gemeenten en zorgverzekeraars gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor en investeren in preventieve interventies.²¹⁸ Daarnaast is het mogelijk om vanuit de Zvw-premies of de opbrengst van bijvoorbeeld tabaksaccijnzen bij te dragen aan een dergelijk fonds.²¹⁹

²⁰⁷ RVZ 2011, p. 30.

²⁰⁸ Zie art. 11 lid 1 Zvw.

²⁰⁹ Zie Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw.

²¹⁰ CVZ 2007, p. 7.

²¹¹ Soeters & Verhoeks, *Analyse van belemmeringen* 2015, p. 6.

²¹² Zie art. 2 lid 1 Wpg en art. 14a lid 2 Zvw.

²¹³ Heijnk & Struijs 2016, p. 20, 53; RVZ 2011, p. 37; Soeters & Verhoeks, *Analyse van belemmeringen* 2015, p. 4.

²¹⁴ Soeters & Verhoeks, *Analyse van belemmeringen* 2015, p. 14; RVZ 2011, p. 7.

²¹⁵ Soeters & Verhoeks, *Analyse van belemmeringen* 2015, p. 6.

²¹⁶ Soeters & Verhoeks, *Analyse van belemmeringen* 2015, p. 22.

²¹⁷ Soeters & Verhoeks, *Financiering van preventie* 2015, p. 6.

²¹⁸ Soeters & Verhoeks, *Financiering van preventie* 2015, p. 21-22.

²¹⁹ RVZ 2011, p. 39-40.

De goed toegankelijke curatieve zorg vormt eveneens een belemmering om te investeren in de beschikbaarheid van preventie van overgewicht. Het is eenvoudiger om gezondheidsschade af te wentelen dan te voorkomen.²²⁰ Het bekostigingssysteem is hier grotendeels debet aan. Dit zorgt ervoor dat behandelen financieel aantrekkelijk is voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders en preventie niet.

Zo leidt het risicovereveningssysteem tot een hogere vergoeding voor verzekerden die (chronisch) ziek worden. In dat opzicht lijkt het preventie eerder af te straffen dan te belonen.²²¹ Ook zorgaanbieders worden in het huidige systeem onvoldoende geprikkeld tot preventie. Zij worden immers betaald voor het behandelen van ziekte en niet voor het voorkomen van ziekte.²²²

Investeren in preventie kan aantrekkelijker worden gemaakt door het risicovereveningssysteem aan te passen. Dit kan door bijvoorbeeld Preventie Kosten Groepen in de risicoverevening op te nemen. Op deze wijze worden zorgverzekeraars geprikkeld om preventieactiviteiten in te kopen.²²³

5.2.2 Borgen van toegankelijkheid

Bij het borgen van toegankelijkheid van preventie van overgewicht is in de eerste plaats van belang dat het voor iedereen toegankelijk is. Dit geldt met name voor kwetsbare groepen. Uit het voorgaande hoofdstuk bleek dat interventies gericht op mensen met een lage sociaaleconomische status beperkt beschikbaar, en daarmee toegankelijk, zijn. Preventie van overgewicht zou daarom beter moeten worden geborgd voor deze groep.

Voor kinderen en jongeren bestaan verschillende initiatieven gericht op preventie van overgewicht, zoals uit het vorige hoofdstuk naar voren kwam. Echter de toegankelijkheid ervan is afhankelijk van de bereidheid van gemeenten om in preventie van overgewicht bij kinderen te investeren. Gemeenten hebben een wettelijke plicht om jeugdhulp te bieden indien dit nodig is.²²⁴ Preventie valt hier echter niet onder.²²⁵ Wel kan jeugdhulp noodzakelijk zijn als bij kinderen ernstig overgewicht wordt geconstateerd. Dit moet evenwel als een laatste redmiddel worden beschouwd. Hulpverlening zou zich in eerste instantie moeten richten op het voorkomen van overgewicht bij kinderen.²²⁶

5.2.3 Borgen van aanvaardbaarheid

Voor het borgen van de aanvaardbaarheid van preventie van overgewicht is het van groot belang dat degenen op wie de preventie zich richt, betrokken worden bij het opzetten en uitvoeren ervan. Participatie van de doelgroep is een belangrijke factor voor het succes van een interventie. Hierdoor kunnen interventies beter worden afgestemd op de behoefte van de doelgroep.²²⁷ Voor preventie binnen de curatieve zorg is wettelijk vastgelegd dat goede zorg cliëntgericht is en afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.²²⁸

5.2.4 Borgen van kwaliteit

De kwaliteit van preventie van overgewicht kan worden geborgd door interventies aan te bieden die bewezen effectief zijn. Dit criterium geldt in ieder geval voor preventieve interventies die onderdeel uitmaken van de verzekerde zorg. De kwaliteit of effectiviteit van interventies kan op lokaal niveau systematisch worden gemonitord en geëvalueerd. Hierdoor kan ook op landelijk niveau inzicht worden

²²⁰ RVZ 2011, p. 12

²²¹ Soeters & Verhoeks, *Financiering van preventie* 2015, p. 6.

²²² Soeters & Verhoeks, *Financiering van preventie* 2015, p. 6; RVZ, p. 12.

²²³ Soeters & Verhoeks, *Financiering van preventie* 2015, p. 6; RVZ, p. 32-33.

²²⁴ Zie art. 2.3 Jw; Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 12 oktober 2016, 1032166-157183-J, p. 1.

²²⁵ Zie art. 1.1 Jw (definitie jeugdhulp).

²²⁶ Van den Berg & Groenhuijsen, *FJR* 2005/35, par. 7.

²²⁷ Heijnk & Struijs 2016, p. 20; RVZ 2002, p. 31.

²²⁸ Zie art. 2 lid 2 onderdeel a Wkkgz.

verkregen in de effecten van preventieve interventies.²²⁹ De kwaliteit van preventieve zorg die zorgaanbieders leveren, dient al systematisch te worden bewaakt.²³⁰

Preventie van overgewicht vereist een integrale benadering. Dit betekent dat zowel een samenhangende set aan maatregelen als de betrokkenheid van meerdere partijen nodig zijn, wil preventie van overgewicht effectief zijn.²³¹ Dit geldt in het bijzonder voor groepen met een lage sociaaleconomische status. Hun slechtere gezondheid wordt niet alleen veroorzaakt door een ongezonde leefstijl. Andere factoren, zoals werkloosheid, armoede, schulden en een laag zelfbeeld, zijn mede van invloed op (het in stand houden van) gezondheidsachterstanden. Een aanpak die zich alleen richt op een ongezonde leefstijl is niet voldoende om de gezondheid van deze doelgroep te bevorderen en daarmee sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen. Daarvoor lijkt een bredere aanpak, die zich ook richt op andere factoren die de gezondheid negatief beïnvloeden, het meest effectief.²³²

De overheid zet daarom in op een integrale aanpak bij het bevorderen van een gezonde leefstijl. Daarvoor wordt verbinding gezocht met andere departementen op het gebied van onderwijs, leefomgeving en sociale zaken. Ook worden partijen, zoals gemeenten en zorgverzekeraars, opgeroepen samen te werken op het gebied van preventie.²³³ Deze integrale aanpak is echter niet juridisch geborgd.

5.3 Borging van condities voor gezond gewicht

Naast gezondheidszorg, dienen ook condities voor een gezond gewicht te worden geborgd. In deze paragraaf wordt nagegaan in hoeverre de twee belangrijkste condities voor een gezond gewicht, gezonde voeding en voldoende beweegmogelijkheden, juridisch zijn geborgd en welke verbeteringen mogelijk zijn.

5.3.1 Borgen van beschikbaarheid

Het beschikbare aanbod aan gezonde(re) voeding wordt door de overheid gestimuleerd via zelfregulering. Een voorbeeld hiervan is het bevorderen van een gezondere samenstelling van levensmiddelen. Afgesproken is dat de hoeveelheid suiker, vet en zout in voedingsmiddelen wordt gereduceerd.²³⁴ Uit een evaluatie blijkt dat naleving van de huidige afspraken weinig effect heeft op de suiker- en zoutconsumptie. Het aanscherpen of uitbreiden van deze afspraken is nodig om een substantiële vermindering van de suiker- en zoutinname te realiseren.²³⁵ De vraag is of de industrie open staat voor strengere herformuleringsnormen, zolang een internationaal gelijk speelveld ontbreekt.²³⁶

Het ontbreken van internationale consensus over het bevorderen van gezonde voeding heeft geleid tot de ontwikkeling van een ontwerp verdrag.²³⁷ Hierin wordt onder meer ingezet op (strikttere) regelgeving ten aanzien van het verminderen van zout-, suiker- en vetgehaltes van levensmiddelen, en het ontmoedigen van de consumptie en het aanbod van ongezonde voeding. Hoewel in sommige landen al maatregelen worden genomen, kan een internationaal verdrag bijdragen aan het wereldwijd

²²⁹ Heijnk & Struijs 2016, p. 20; Frissen & Plochg 2011, p. 18.

²³⁰ Zie art. 7 Wkkgz.

²³¹ Nadakavukaren Schefer, *AJWH* 2014, p. 20; Toebes e.a., *BMC Int Health Hum Rights* 2017, p. 3; RVZ 2002, p. 31.

²³² IBO 2016, p. 22; Van den Muijsenbergh 2018, p. 6-7.

²³³ *Landelijke nota gezondheidsbeleid* 2015, p. 3-4.

²³⁴ Zie het Akkoord Verbetering Productsamenstelling 2014.

²³⁵ RIVM, *Akkoord Verbetering Productsamenstelling* 2018; RIVM, *Lagere suikergehaltes* 2018, p. 1, RIVM, *Lagere zoutgehaltes* 2018, p. 1.

²³⁶ Wilson-van den Hooven e.a. 2018, p. 41.

²³⁷ Consumers International & World Obesity 2014.

beter waarborgen van de beschikbaarheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid van gezonde voeding.²³⁸ De vraag is echter of, en zo ja wanneer, zo'n verdrag op brede steun kan rekenen.

Ook op Europees niveau zijn er mogelijkheden om de regelgeving ten aanzien van de samenstelling van voedsel aan te scherpen. Er kan bijvoorbeeld een maximum worden gesteld aan het suiker-, zout- en vetgehalte van bewerkte levensmiddelen en er kan een systeem worden ingevoerd waarbij gewaarschuwd wordt voor levensmiddelen die deze maxima overschrijden.²³⁹ Er is wel eerst consensus onder de lidstaten nodig over de wenselijkheid van verdergaande maatregelen.²⁴⁰

Het beschikbare aanbod aan eten en drinken wordt niet gereguleerd. Wel bevordert de overheid een gezonder aanbod.²⁴¹ Ook hier wordt voornamelijk uitgegaan van zelfregulering.²⁴² Gemeenten zouden meer werk kunnen maken van het gezonder maken van het voedselaanbod op lokaal niveau. Het beschikbare aanbod bepaalt namelijk wat we (kunnen) eten.²⁴³ De nieuwe Omgevingswet biedt kansen aan gemeenten om een gezonde omgeving te bevorderen. Zij krijgen een centrale rol bij de uitvoering ervan.²⁴⁴ In deze wet is het realiseren en in stand houden van een veilige en gezonde fysieke leefomgeving één van de maatschappelijke doelen.²⁴⁵

Naast het realiseren van een gezonder voedselaanbod kan daarbij worden gedacht aan het beweegvriendelijker maken van de omgeving.²⁴⁶ De beschikbaarheid van voldoende beweegmogelijkheden is niet wettelijk geregeld. De overheid stimuleert wel dat mensen voldoende bewegen, maar laat het aan gemeenten over om hier voorzieningen voor te treffen.²⁴⁷

5.3.2 Borgen van toegankelijkheid

Het borgen van toegankelijkheid hangt sterk samen met de beschikbaarheid. Bij toegankelijkheid speelt non-discriminatie een belangrijke rol. Dit houdt in dat de belangrijkste condities voor gezond gewicht beschikbaar, toegankelijk en betaalbaar moeten zijn voor iedereen, dus ook voor mensen met een lage sociaaleconomische status.²⁴⁸ Uit het voorgaande hoofdstuk bleek dat aan deze voorwaarden vaak niet wordt voldaan. Zo is het aanbod aan ongezonde voeding vaak groter dan het aanbod aan gezonde voeding en is gezond eten meestal duurder dan ongezond eten.

Ook is het zeer de vraag of de informatie over voeding voldoende toegankelijk is om gezonde keuzes te kunnen maken. Op grond van Europese wetgeving is het vermelden van bepaalde voedingsinformatie verplicht gesteld. Zo moeten etiketten van levensmiddelen de voedingswaarde, waaronder de energetische waarde en de hoeveelheid vetten, suikers en zout, vermelden.²⁴⁹ Hoewel deze wetgeving bijdraagt aan het beter informeren van consumenten, is de invloed ervan op het voorkomen en tegengaan van overgewicht beperkt. Een verklaring hiervoor is dat de maatregelen onvoldoende effectief zijn. Zo hoeft voedingsinformatie niet verplicht op de voorkant van verpakkingen te worden vermeld, terwijl gebleken is dat consumenten hierdoor beter in staat worden gesteld gezonde keuzes te maken.²⁵⁰ Daarnaast vereist het begrijpen van voedingsinformatie op

²³⁸ Consumers International & World Obesity 2014, p. 3, 18.

²³⁹ Faeh, *Eur J Health Law* 2012, p. 86.

²⁴⁰ PHEIAC 2013, p. 162.

²⁴¹ *Landelijke nota gezondheidsbeleid* 2015, p. 3.

²⁴² *Resultaten voedseltop* 2017, p. 1-2.

²⁴³ Voedingscentrum 2018.

²⁴⁴ *Landelijke nota gezondheidsbeleid* 2015, p. 4.

²⁴⁵ Zie art. 1.3 Omgevingswet. Deze wet treedt 1 januari 2021 in werking.

²⁴⁶ WHO, *Vital role of law* 2017, p. 252.

²⁴⁷ *Landelijke nota gezondheidsbeleid* 2015, p. 3.

²⁴⁸ WHO, *Obesity and overweight* 2017; Nadakavukaren Schefer, *AJWH* 2014, p. 19.

²⁴⁹ Verordening (EU) 1169/2011.

²⁵⁰ PHEIAC 2013, p. 154.

levensmiddelen een behoorlijke mate van warenkennis.²⁵¹ Een andere verklaring is dat voorlichting niet automatisch gezonder gedrag tot gevolg heeft. De veronderstelling dat burgers vanzelf gezonder gaan eten of meer gaan bewegen als ze hierover goed worden geïnformeerd, lijkt onjuist te zijn. Voor gedragsverandering is meer nodig dan alleen voorlichting. Bovendien is informatie vaak niet toegesneden op kwetsbare groepen, zoals mensen met een lage sociaaleconomische status.²⁵² Door ervan uit te gaan dat informatie voor iedereen toegankelijk is en dat iedereen in staat is op grond van die informatie gezonde keuzes te maken, wordt voorbijgegaan aan de specifieke behoeften van deze kwetsbare groep. Hierdoor kan sociale ongelijkheid in overgewicht eerder vergroot dan verkleind worden.²⁵³

Niet alleen is het van belang om de toegankelijkheid van gezonde voeding te borgen, maar ook om de – vaak grote – toegankelijkheid van ongezonde voeding te verminderen. Mogelijkheden zijn bijvoorbeeld het invoeren van een heffing op ongezonde levensmiddelen of ingrediënten of het verminderen van het aanbod ervan.

Van bepaalde ingrediënten is bekend of wordt verondersteld dat ze – in bepaalde hoeveelheden – schadelijk kunnen zijn voor de gezondheid. Een voorbeeld zijn transvetzuren. In sommige landen worden transvetzuren in levensmiddelen daarom verboden of beperkt.²⁵⁴ Een besluit van het Europees Parlement om een wettelijke limiet voor transvetzuren in te stellen, kan een eerste stap zijn in de richting van Europese wetgeving op dit gebied.²⁵⁵

Suikers staan bekend als dikmaker.²⁵⁶ In verschillende landen is een heffing op suiker, de zogeheten suikertaks, ingevoerd als maatregel tegen overgewicht.²⁵⁷

Er zijn diverse bezwaren geuit tegen het belasten van specifieke voeding of ingrediënten. Zo kan het leiden tot substitutie (bijvoorbeeld een zoet product vervangen door een vet product).²⁵⁸

Een tweede bezwaar is dat het sociaaleconomische ongelijkheid tot gevolg kan hebben. Mensen met lage inkomens worden financieel gezien harder getroffen door deze maatregel dan mensen met hogere inkomens.²⁵⁹ Dit laatste kan worden tegengegaan door de opbrengst van de suikertaks ten goede te laten komen aan mensen met lagere inkomens, bijvoorbeeld in de vorm van subsidies voor gezonde voeding en beweegprogramma's voor deze groep.²⁶⁰

Een derde bezwaar dat wordt genoemd, is dat een heffing verder gaat dan noodzakelijk is en dat mogelijk minder ingrijpende alternatieven beschikbaar zijn om het beoogde doel te bereiken. Het is dan ook van belang dat een heffing op specifieke voeding of ingrediënten onderdeel is van een bredere mix aan maatregelen en niet als afzonderlijke of enige maatregel ingezet wordt. Een heffing kan dan als aanvullende in plaats van alternatieve maatregel worden aangemerkt.²⁶¹

Tenslotte kan als bezwaar worden ingebracht dat er nog onvoldoende bewijs is voor de effectiviteit van een suikertaks. Hoewel nog geen onomstotelijk bewijs is vastgesteld, zijn er wel steeds meer aanwijzingen dat een suikertaks effect heeft op het verminderen van overgewicht en daarmee samenhangende gezondheidsproblemen.²⁶²

²⁵¹ *Nota Overgewicht 2009*, p. 23.

²⁵² RVZ 2002, p. 26; *Nota Overgewicht 2009*, p. 22; Faeh, *Eur J Health Law* 2012, p. 81.

²⁵³ PHEIAC 2013, p. 160; Dute 2013, p. 12.

²⁵⁴ Faeh, *Eur J Health Law* 2012, p. 82.

²⁵⁵ Besluit EU 2016/2637/RSP.

²⁵⁶ Malik e.a., *Circulation* 2010, p. 1362.

²⁵⁷ Veerman e.a., *PLoS ONE* 2016, p. 2. In bijv. Mexico, Frankrijk, Hongarije en het Verenigd Koninkrijk is een suikertaks ingevoerd.

²⁵⁸ Hartlev, *Eur J Health Law* 2012, p. 147.

²⁵⁹ Hartlev, *Eur J Health Law* 2012, p. 147-148; Schermer 2002, p. 109.

²⁶⁰ Lal e.a., *PLoS Med* 2017, p. 13-14.

²⁶¹ George, *Health Econ Policy Law*, 2018, p. 17-18.

²⁶² Bijv. Briggs e.a., *BMJ* 2013; Veerman e.a., *PLoS ONE* 2016.

Kinderen hebben extra bescherming nodig tegen blootstelling aan ongezonde voeding.²⁶³ De overheid beperkt zich echter tot het stimuleren van andere partijen om hun verantwoordelijkheid te nemen. Zo bestaat er een gedragscode voor kinderreclame.²⁶⁴ Een wettelijk verbod zou echter, vanwege het belang om de gezondheid van kinderen te beschermen, gerechtvaardigd zijn.²⁶⁵ Ook andere wettelijke maatregelen om blootstelling aan ongezonde voeding te verminderen, worden niet genomen. Voorbeelden zijn het verbieden van snoepautomaten op scholen en het beperken van het ongezonde aanbod in school- en sportkantines.

De toegankelijkheid van voldoende beweegmogelijkheden is afhankelijk van de beschikbaarheid. Een goede toegankelijkheid is voor kwetsbare groepen extra belangrijk, maar is niet juridisch geborgd.

5.3.3 Borgen van aanvaardbaarheid

Het is belangrijk om draagvlak te creëren voor overheidsmaatregelen die in het belang van de gezondheid worden genomen. Daarom wordt aanbevolen om de bevolking of specifieke doelgroep(en) bij de besluitvorming te betrekken.²⁶⁶

5.3.4 Borgen van kwaliteit

Het borgen van veilige en gezonde voeding is een taak van de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA). Zo mag op levensmiddelen niet ten onrechte worden vermeld dat ze gezond zijn. Voor het gebruik van goedgekeurde voedings- en gezondheidsclaims, zoals 'light' of 'cholesterolverlagend', geldt dat levensmiddelen aan bepaalde eisen moeten voldoen.²⁶⁷ Deze eisen zijn ook van toepassing op voedingsmiddelen die onderdeel zijn van afvaldiëten. Zo is het bijvoorbeeld verboden om op het etiket of via de website van zulke voedingsmiddelen de suggestie te wekken dat consumptie leidt tot gewichtsverlies (met uitzondering van maaltijdvervangers).²⁶⁸

Door het gebruik van onjuiste voedings- en gezondheidsclaims te verbieden, wordt ook de toegankelijkheid van niet-effectieve preventie beperkt.²⁶⁹

Wat wordt verstaan onder kwalitatief gezonde voeding is beschreven in een richtlijn.²⁷⁰ De richtlijn vormt het uitgangspunt van de vernieuwde Schijf van Vijf.²⁷¹ Aan de hand hiervan kunnen consumenten zelf gezonde en verantwoorde voedselkeuzes maken.²⁷²

5.4 Conclusie

Preventie van overgewicht, in termen van beschikbaarheid, toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en kwaliteit, is onvoldoende juridisch geborgd. Er zijn wel mogelijkheden om het beter te borgen. Daarbij kan onderscheid worden gemaakt tussen enerzijds de borging van gezondheidszorg bij overgewicht en anderzijds de condities voor gezond gewicht.

Preventie speelt een rol binnen zowel de publieke als curatieve gezondheidszorg. Preventieve interventies die onder de verzekerde zorg vallen zijn wettelijk goed geborgd. Dit is anders voor preventie van overgewicht binnen de publieke gezondheidszorg. De borging hiervan is afhankelijk van de keuzes die gemeenten maken. De verplichting om op basis van epidemiologische gegevens te

²⁶³ United Nations. CRC 2013, par. 47 (General Comment no. 15).

²⁶⁴ Art. 8 van de Reclamecode voor Voedingsmiddelen; zie ook art. 9.2 Richtlijn 2010/13/EU.

²⁶⁵ Buchner, *Eur J Health Law* 2011, p. 5.

²⁶⁶ United Nations. CESCR 2000, par. 11, 17, 54 (General Comment no. 14).

²⁶⁷ Zie Verordening (EG) 1924/2006.

²⁶⁸ NVWA 2018, p. 1

²⁶⁹ Burgering & Drewes 2015, p. 18-19.

²⁷⁰ Gezondheidsraad 2015.

²⁷¹ Voedingscentrum 2016.

²⁷² Voedingscentrum 2016, p. 18.

prioriteren, kan keuzes transparanter maken en ertoe leiden dat preventie in ieder geval beschikbaar is voor degenen die er het meeste baat bij hebben. Daarnaast zouden financiering en een heldere verantwoordelijkheidsverdeling tussen gemeenten en zorgverzekeraars en de kwaliteit van interventies beter moeten worden geborgd.

Naast gezondheidszorg dienen condities voor gezond gewicht te zijn geborgd. Het gaat dan met name om gezonde voeding en voldoende beweegmogelijkheden. De overheid laat de borging van deze condities voornamelijk over aan gemeenten en zelfregulering. Wetgeving op dit gebied is schaars, met uitzondering van wetgeving ten aanzien van de veiligheid van voeding. Striktere wetgeving, op internationaal, Europees en nationaal niveau, is mogelijk. Hiervoor is wel consensus vereist. Daarbij valt te denken aan het limiteren van de hoeveelheid suiker, zout en vet in levensmiddelen, het verbieden van reclame voor ongezonde voeding en het invoeren van heffingen op ongezonde voeding of ingrediënten. Ook de nieuwe Omgevingswet biedt mogelijkheden voor een fysiek gezondere leefomgeving. Voorbeelden zijn het vergroten van het aanbod aan gezond voedsel en het beperken van het aanbod aan ongezond voedsel en het creëren van voldoende mogelijkheden om te bewegen.

Met name voor kwetsbare groepen, zoals mensen met een lage sociaaleconomische status, dient preventie van overgewicht beter te worden geborgd. Daarvoor is een integrale aanpak gewenst, omdat gezondheidsproblemen bij deze groepen vaak samenhangen met meerdere risicofactoren. Kinderen hebben extra bescherming nodig tegen blootstelling aan ongezonde voeding. Daarom verdient bij hen gezondheidsbescherming de voorkeur boven gezondheidsbevordering.

Tenslotte is het belangrijk om bij besluitvorming over en de opzet en uitvoering van preventieve interventies en maatregelen de doelgroep en andere relevante partijen te betrekken om voldoende draagvlak te creëren.

6. Conclusie en aanbevelingen

6.1 Conclusie

Wereldwijd hebben steeds meer mensen overgewicht. Hoewel overgewicht op zichzelf geen probleem is, wordt de hoge ziektelast ten gevolge van overgewicht wel als zorgwekkend beschouwd.

In veel gevallen is overgewicht te voorkomen. Preventie van overgewicht heeft dan ook hoge prioriteit. In de praktijk wordt hier echter weinig van gemerkt. Het preventiebeleid ten aanzien van overgewicht blinkt namelijk uit in vrijblijvendheid. Het wekt daarom geen verbazing dat de trends geen neerwaartse lijn laten zien, maar veeleer een stijging van het aantal mensen met overgewicht.

De vraag die zich steeds dringender opwerpt, is hoe het tij nog gekeerd kan worden. Daarvoor moeten we in ieder geval de vrijblijvendheid voorbij, zoals ook Jos Dute benadrukt in zijn oratie.²⁷³

Dat begint bij een betere juridische borging van preventie van overgewicht. Het betekent dat in de eerste plaats voorkomen moet worden dat mensen ziek worden vanwege overgewicht. Dit vraagt om wijzigingen in de omstandigheden en om aanpassingen van het zorgstelsel.

Mensen zijn in de eerste plaats zelf verantwoordelijk voor hun gezondheid, maar dan moeten ze ook in staat worden gesteld om gezond te kunnen leven en gezonde keuzes te kunnen maken. De overheid wil daar best een handje bij helpen door mensen te informeren over een gezonde leefstijl. Daarmee gaat ze echter voorbij aan het feit dat mensen niet vanzelf gezonder gaan eten of meer gaan bewegen als het maar vaak genoeg wordt gezegd. De keuze om gezonder te leven hangt namelijk in belangrijke mate af van de omstandigheden.

En die omstandigheden maken dat ongezonde keuzes vaak makkelijker, aantrekkelijker of goedkoper zijn dan gezonde keuzes. Om een paar voorbeelden te noemen: wie over het station loopt, zal onderweg vooral fastfood tegenkomen, een maaltijd bereid met verse ingrediënten is vaak duurder dan een kant-en-klare diepvriespizza en een abonnement op Netflix is in veel gevallen goedkoper dan een sportabonnement.

Kortom, de omgeving werkt niet erg mee aan het voorkomen van overgewicht. En zolang de overheid hier niet meer op ingrijpt, zal de blootstelling aan ongezonde omstandigheden niet minder worden.

Ook binnen het zorgstelsel moet preventie meer aandacht krijgen. Hoewel voorkomen beter is dan genezen, vloeit uit het zorgstelsel voort dat genezen makkelijker is dan voorkomen. Dit komt door de goede beschikbaarheid, toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en kwaliteit van curatieve zorg. Daarnaast is voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars behandelen in de meeste gevallen lonender dan voorkomen. Er is dus een omslag nodig, zowel in de bekostiging van het zorgstelsel als in denken.

Preventie van overgewicht vanuit de publieke gezondheidszorg is vaak beperkt beschikbaar en daarmee onvoldoende toegankelijk voor iedereen. Het aanbod varieert per gemeente en interventies zijn vaak op projectbasis. Hierdoor kan preventie niet of onvoldoende beschikbaar en toegankelijk zijn. Daarbij komt dat de effectiviteit van interventies niet altijd vaststaat en de kwaliteit ervan niet systematisch wordt getoetst of bewaakt.

De strikte scheiding tussen de publieke en curatieve gezondheidszorg bemoeilijkt een domeinoverstijgende, structurele aanpak van overgewicht. Doordat een duidelijk wettelijk kader en centrale regie ontbreken, komt een integrale aanpak van overgewicht moeizaam van de grond. Goede wil bij alle partijen is veelal niet voldoende om problemen bij de uitvoering en onduidelijkheid over de verantwoordelijkheidsverdeling op te lossen. Dit geldt in het bijzonder voor preventie van overgewicht bij groepen met een lage sociaaleconomische status. De gezondheidsachterstanden bij deze groepen worden veroorzaakt door een optelsom aan factoren en vereisen een brede aanpak.

²⁷³ Zie Dute 2013.

Kinderen en jongeren zijn de belangrijkste doelgroep bij preventie van overgewicht. En terecht. De lange termijn impact van overgewicht op de lichamelijke en geestelijke gezondheid moet niet worden onderschat. Daarom moeten kinderen beschermd worden tegen overmatige blootstelling aan bijvoorbeeld ongezonde voeding.

Dat preventie van een ongezonde leefstijl niet alleen maar vrijblijvend hoeft te zijn, laten preventie van roken en overmatig alcoholgebruik zien. Een logische, volgende stap is een verdergaande aanpak van overgewicht. Gezien de wereldwijd steeds luidere roep om betere juridische borging van preventie van overgewicht, lijkt het een kwestie van tijd voor het zover is.

6.2 Aanbevelingen

Werk aan internationale consensus

Een goed voorbeeld doet goed volgen. Het WHO-Kaderverdrag inzake tabaksontmoediging is wereldwijd zeer effectief gebleken in de strijd tegen roken. Inmiddels ligt er een ontwerp verdrag inzake gezonde voeding klaar. De hoop is dat zo'n verdrag net zo succesvol zal zijn in de strijd tegen overgewicht. Daarvoor is wel eerst internationale consensus nodig. Het zou een belangrijke stap voorwaarts kunnen zijn in het terugdringen van ziekte ten gevolge van overgewicht.

Benut de mogelijkheden op Europees niveau

Omdat een internationaal verdrag nog lang op zich kan laten wachten, lijkt het verstandig de mogelijkheden op Europees niveau te onderzoeken. De huidige wetgeving ten aanzien van veilige en gezonde voeding kan worden aangescherpt. De eerste aanzet hiertoe is gedaan door het aannemen van een resolutie om een wettelijke limiet te stellen op het gebruik van transvetzuren in levensmiddelen. Wettelijke limitering zou ook ingevoerd kunnen worden voor het suiker-, zout- en vetgehalte in levensmiddelen. Eveneens behoren een (kinder)reclameverbod voor ongezonde voeding en strengere eisen aan etikettering tot de mogelijkheden.

Zorg voor betere afstemming tussen publieke en curatieve gezondheidszorg

Er is een te strikte scheiding tussen de publieke en curatieve gezondheidszorg. Preventie van overgewicht vraagt juist om een domeinoverstijgende aanpak. Deze aanpak zou meer gefaciliteerd moeten worden en vraagt om een duidelijk en uitgewerkt – wettelijk – kader. Zo kan de wettelijk vastgelegde afstemming tussen gemeenten en zorgverzekeraars beter worden uitgewerkt, bijvoorbeeld in de vorm van een samenwerkingsprotocol. Daarnaast is een vorm van financiering gewenst om een integrale aanpak van overgewicht structureel te borgen. Hierover zijn verschillende rapporten geschreven en de genoemde mogelijkheden zouden nader onderzocht kunnen worden.²⁷⁴

Investeer in bewezen effectieve interventies

Er zijn veel initiatieven om overgewicht tegen te gaan, maar niet altijd is duidelijk of ze effectief zijn, met name op de langere termijn. Dit heeft mede te maken met het feit dat interventies vaak tijdelijk worden aangeboden. Daarom wordt aanbevolen om alleen te investeren in interventies die succesvol zijn gebleken of waarvan plausibel is dat ze effectief zijn. Hiermee wordt ook versnippering in aanbod tegengegaan.

Maak werk van gezondheidsbescherming

Infectieziektenbestrijding en preventie van roken laten zien dat gezondheidsbeschermende maatregelen doorgaans het meest effectief zijn. Bij preventie van overgewicht zou ook meer aandacht moeten komen voor gezondheidsbescherming. Het zal dan voornamelijk gaan om bescherming tegen blootstelling aan ongezonde voeding.

²⁷⁴ Zie bijv. Soeters & Verhoeks, *Analyse van belemmeringen* 2015; Soeters & Verhoeks, *Financiering van preventie* 2015; Heijnk & Struijs 2016.

Daarbij dient te worden nagegaan in hoeverre gezondheidsbeschermende maatregelen gerechtvaardigd zijn bij preventie van overgewicht. Gezondheidsbescherming lijkt in ieder geval gerechtvaardigd als het gaat om kinderen en jongeren. Dit kan in zekere mate ook gelden voor groepen met een lage sociaaleconomische status. Maar ook voor de algemene bevolking kan bescherming tegen (te veel) blootstelling aan ongezonde voeding geen kwaad. De vraag is namelijk of we daardoor in onze keuzes worden beperkt of dat we juist door het ontbreken van bescherming geen gezonde keuzes kunnen maken.

Besteed meer aandacht aan preventie binnen het Nederlandse gezondheidsrecht

Ondanks dat preventie een belangrijke rol speelt in het recht op gezondheid, lijkt er tot nu toe weinig belangstelling voor dit onderwerp te zijn binnen het Nederlandse gezondheidsrecht. Het recht op gezondheidszorg is stevig wettelijk verankerd binnen het gezondheidsrecht. Preventie komt er karig vanaf. De enige wet die preventie als onderwerp heeft, is de Wet publieke gezondheidszorg (Wpg). Het grootste deel van deze wet richt zich echter op infectieziektebestrijding. Slechts een paar bepalingen zijn gewijd aan meer algemene preventieve taken die gemeenten hebben. Preventie zou beter ingebed moeten worden binnen het gezondheidsrecht. Ook andere wetgeving op het gebied van preventie, zoals de Tabaks- en rookwarenwet en de (nieuwe) Omgevingswet, verdienen meer aandacht binnen het gezondheidsrecht.

Literatuurlijst

Akkoord Verbetering Productsamenstelling 2014

Akkoord Verbetering Productsamenstelling 2014, bijlage bij *Kamerstukken II 2013/14*, 32793, 130.

Berg, van den, e.a. 2014

M. van den Berg e.a., *Preventie in de zorg. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*, Bilthoven: RIVM 2014.

Berg, van den & Groenhuijsen, FJR 2005/35

M. van den Berg & L. Groenhuijsen, 'De kleine Rubens in de jeugdzorg', *Tijdschrift voor Familie- en Jeugdrecht* 2005/35, afl. 4.

Berg, van den, & Schoemaker 2010

M. van den Berg & C.G. Schoemaker, *Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter*, Bilthoven: RIVM 2010.

Binsbergen, van, e.a., Huisarts Wet 2010

J.J. van Binsbergen e.a., 'NHG-Standaard obesitas', *Huisarts en Wetenschap* 2010, afl. 11, p. 609-625.

Bouwes, RegelMaat 2013

M. Tj. Bouwes, 'Het proportionaliteitsbeginsel in het wetgevingsbeleid', *RegelMaat* 2013, afl. 3, p. 148-165.

Briggs e.a., BMJ 2013

A.D. Briggs e.a., 'Briggs ADM, Mytton OT, Kehlbacher A, Tiffin R, Rayner M, Scarborough P. Overall and income specific effect on prevalence of overweight and obesity of 20% sugar sweetened drink tax in UK: econometric and comparative risk assessment modelling study', *The British Medical Journal* 2013, 347:f6189, p. 1-17.

Buchner, Eur J Health Law 2011

B. Buchner, 'Nutrition, obesity and EU health policy', *European Journal of Health Law* 2011, afl. 1, p. 1-8.

Burgering & Drewes 2015

E. Burgering & Y. Drewes, *Preventie en gezondheidsbevordering. Een beroepsgroep overstijgende aanpak*, Utrecht: KNMG 2015.

Busch & Schrijvers 2010

M.C.M. Busch & C.T.M. Schrijvers, *Effecten van leefstijlinterventies gericht op lagere sociaaleconomische groepen*, Bilthoven: RIVM 2010.

CBS 2007

Centraal Bureau voor de Statistiek, *Gezondheid en zorg in cijfers*, Den Haag: CBS 2007.

Christakis & Fowler, N Eng J Med 2007

N.A. Christakis & J.H. Fowler, 'The spread of obesity in a large social network over 32 years', *New England Journal of Medicine* 2007, 357, p. 370-379.

Collard e.a. 2018

D. Collard e.a., *Monitor Jongeren op Gezond Gewicht 2017*, Utrecht: Mulier Instituut 2018.

Conly, *Theor Med Bioeth* 2016

S. Conly, 'The right to preventive health care', *Theoretical Medicine and Bioethics* 2016, 37, afl. 4, p. 307-321.

Consumers International & World Obesity 2014

Consumers International & World Obesity, *Recommendations towards a global convention to protect and promote healthy diets*, London: Consumers International & World Obesity 2014.

CVZ 2007

College voor zorgverzekeringen, *Van preventie verzekerd*, Diemen: CVZ 2007.

CVZ 2009

College voor zorgverzekeringen, *Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie*, Diemen: CVZ 2009.

Dute 2013

J.C.J. Dute, *De vrijblijvendheid voorbij. Over het recht op preventie* (oratie Nijmegen), Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen 2013.

Esch, van, e.a. 2015

T.E.M. van Esch, *Inzicht in zorgmijden. Aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken*, Utrecht: NIVEL 2015.

Exter, den, 2017

A. den Exter, 'The right to health care', in: A. den Exter (red.), *European Health Law*, Antwerpen/Apeldoorn/Portland: MAKLU 2017, p. 107-131.

Faeh, *Eur J Health Law* 2012

A. Faeh, 'Obesity in Europe: the strategy of the European Union from a public health law perspective', *European Journal of Health Law* 2012, afl. 1, p. 69-86.

FMS 2017

Federatie Medisch Specialisten, *Visiedocument Medisch Specialist 2025*, Utrecht: FMS 2017.

Frissen & Plochg 2011

M.A.G. Frissen & T. Plochg, *De kwaliteit van preventie: wie pakt welke handschoen op?*, Utrecht: Nederlandse Public Health Federatie 2011.

GBD 2015 Obesity Collaborators, *N Eng J Med* 2017

GBD 2015 Obesity Collaborators, 'Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years', *New England Journal of Medicine* 2017, 377, p. 13-27.

GBD 2015 Tobacco Collaborators, *Lancet* 2017

GBD 2015 Tobacco Collaborators, 'Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015', *Lancet* 2017, 389, p. 1885-1906.

Geelen, van, e.a., *J Bioeth Inq* 2013

S.M. van Geelen e.a., 'The controversy over pediatric bariatric surgery. An explorative study on attitudes and normative beliefs of specialists, parents, and adolescents with obesity', *Journal of Bioethical Inquiry* 2013, p. 227-237.

George, Health Econ Policy Law 2018

A. George, 'Not so sweet refrain: sugar-sweetened beverage taxes, industry opposition and harnessing the lessons learned from tobacco control legal challenges', *Health Economics, Policy and Law* 2018, doi:10.1017/S1744133118000178, p. 1-27.

Gezondheid dichtbij 2011

Gezondheid dichtbij. Landelijke nota gezondheidsbeleid, Den Haag: ministerie van VWS 2011.

Gezondheidsraad 2003

Gezondheidsraad, *Overgewicht en obesitas*, Den Haag: Gezondheidsraad 2003.

Gezondheidsraad 2015

Gezondheidsraad, *Richtlijnen goede voeding 2015*, Den Haag: Gezondheidsraad 2015.

Grad, Bulletin of the World Health Organization 2002

F.P. Grad, 'The preamble of the Constitution of the World Health Organization', *Bulletin of the World Health Organization* 2002, afl. 12, p. 981-984.

Greer 2000

S. Greer, *The margin of appreciation: interpretation and discretion under the European Convention on Human Rights*, Strasbourg: Council of Europe Publishing 2000.

Hartlev, Eur J Health Law 2012

M. Hartlev, 'Healthy ageing – A patients' rights perspective', *European Journal of Health Law* 2012, afl. 2, p. 141-155.

Heijink & Struijs 2016

R. Heijink & J. Struijs, *Preventie in het zorgstelsel: wat kunnen we leren van het buitenland? Een eerste inventarisatie op basis van interviews met buitenlandse experts en literatuur*, RIVM: Bilthoven 2016.

Hendriks 2009

A.C. Hendriks, 'De betekenis van het EVRM voor het gezondheidsrecht', in: *Gezondheidszorg en Europees recht* (Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht), Den Haag: Sdu Uitgevers 2009, p. 13-102.

IBO 2016

Werkgroep interdepartementaal beleidsonderzoek gezonde leefstijl, *IBO gezonde leefstijl*, Den Haag: Ministerie van Financiën 2016.

KNMG 2016

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, *Position Paper preventie beleid*, Utrecht: KNMG 2016.

Knoops & Moonen 2015

K. Knoops & L. Moonen, *Preventie en tegengaan van overgewicht: een taak van de overheid?*, Den Haag: CBS 2015.

Lal e.a., PLoS Med 2017

A. Lal e.a., 'Modelled health benefits of a sugar-sweetened beverage tax across different socioeconomic groups in Australia: A cost-effectiveness and equity analysis', *PLoS Medicine* 2017, 14 (6), e1002326, p. 1-17.

Landelijke nota gezondheidsbeleid 2015

Landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019 (Beleidsnota van de Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), Brief van de Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 4 december 2015, 846306-142553-PG.

Malik e.a., Circulation 2010

V.S. Malik e.a., 'Sugar-sweetened beverages, obesity, type 2 diabetes mellitus, and cardiovascular disease risk', *Circulation* 2010, 121, p. 1356-1364.

Muijsenbergh, van den, 2018

M. van den Muijsenbergh, *Verschil moet er zijn!* (oratie Nijmegen), Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen 2018.

Nadakavukaren Schefer, AJWH 2014

K. Nadakavukaren Schefer, 'The international law of overweight and obesity', *Asian Journal of WTO & International Health Law and Policy* 2014, afl. 1, p. 1-62.

Nationaal expertisecentrum tabaksontmoediging 2015

Nationaal expertisecentrum tabaksontmoediging, *Factsheet meeroken*, Utrecht: Trimbos-instituut 2015.

NCD Risk Factor Collaboration, Lancet 2016

NCD Risk Factor Collaboration, 'Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants', *Lancet* 2016, 387, p. 1377-1396.

NHG 2015

Nederlands Huisartsen Genootschap, *NHG-Zorgmodules Leefstijl*, Utrecht: NHG 2015.

Nota Overgewicht 2009

Nota Overgewicht (Beleidsnota van de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Jeugd en Gezin en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), *Kamerstukken II 2008/09*, 31899, 1.

NVWA 2018

Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit, *Voedingsmiddelen als onderdeel van afvaldiëten. Handhaving op voedings- en gezondheidsclaims op etiket en website*, Utrecht: NVWA april 2018.

Panhuis, in 't,-Plasmans, Luijben & Hoogenveen 2012

M. in 't Panhuis-Plasmans, G. Luijben & R. Hoogenveen, *Zorgkosten van ongezond gedrag. Kosten van ziekten notities 2012-2*, Bilthoven: RIVM 2012.

PHEIAC 2013

Public Health Evaluation and Impact Assessment Consortium (PHEIAC), *Evaluation of the implementation of the Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity related health issues*, Bologna: Economisti Associati Srl 2013.

Polder e.a. 2012

J. Polder e.a., 'Zorgkosten van ongezond gedrag en preventie', bijlage bij M. in 't Panhuis-Plasmans, G. Luijben & R. Hoogenveen, *Zorgkosten van ongezond gedrag. Kosten van ziekten notities 2012-2*, Bilthoven: RIVM 2012.

PON 2010

Partnerschap Overgewicht Nederland, *Zorgstandaard obesitas*, Amsterdam: 2010.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling 2014

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *De verleiding weerstaan. Grenzen aan beïnvloeding van gedrag door de overheid*, Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling 2014.

Resultaten voedseltop 2017

Resultaten voedseltop, bijlage bij Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Staatssecretaris van Economische zaken van 23 februari 2017, DGAN-PAV/17017647.

RIVM 2014

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, *Een gezonder Nederland. Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*, Bilthoven: RIVM 2014.

RIVM, Lagere suikergehalten 2018

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, *Geschat effect van lagere suikergehalten in voedingsmiddelen op de dagelijkse suikerinname in Nederland*, Bilthoven: RIVM 2018.

RIVM, Lagere zoutgehalten 2018

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, *Geschat effect van lagere zoutgehalten in voedingsmiddelen op de dagelijkse zoutinname in Nederland*, Bilthoven: RIVM 2018.

RVZ 2002

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Gezondheid en gedrag*, Zoetermeer: RVZ 2002.

RVZ 2011

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Preventie van welvaartsziekten. Effectief en efficiënt georganiseerd*, Den Haag: RVZ 2011.

Schaapveld, Ned Tijdschr Geneeskde 1999

K. Schaapveld, 'Doorbraken in preventie in de afgelopen eeuw', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1999, afl. 37, p. 1876-1880.

Schermer 2002

M.H.N. Schermer, 'Ethische aspecten van gezondheid en gedrag', in: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Gezondheid en gedrag*, Zoetermeer: RVZ 2002, p. 99-115.

Schermer 2003

M.H.N. Schermer, 'Drang en informele dwang in de zorg', in: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Signalering ethiek en gezondheid 2003*, Zoetermeer: RVZ 2003, p. 32-46.

Soeters & Verhoeks, Analyse van belemmeringen 2015

M. Soeters & G. Verhoeks, *Analyse van belemmeringen bij het verduurzamen van preventie*, Wassenaar: ZorgmarktAdvies 2015.

Soeters & Verhoeks, Financiering van preventie 2015

M. Soeters & G. Verhoeks, *Financiering van preventie. Analyse van knelpunten en inventarisatie van nieuwe oplossingen*, Wassenaar: ZorgmarktAdvies 2015.

Toebes, TvGR 2016

B.C.A. Toebes, 'Schets van het internationaal gezondheidsrecht', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2016, afl. 8, p. 513-526.

Toebes e.a., BMC Int Health Hum Rights 2017

B. Toebes, 'Curbing the lifestyle disease pandemic: making progress on an interdisciplinary research agenda for law and policy interventions', *BMC International Health and Human Rights* 2017, 17:25, p. 1-5.

Veerman e.a., PLoS ONE 2016

J.L. Veerman e.a., 'The Impact of a Tax on Sugar-Sweetened Beverages on Health and Health Care Costs: A Modelling Study', *PLoS ONE* 2016, 11(4), e0151460, p. 1-10.

Voedingscentrum 2016

Voedingscentrum, *Richtlijnen Schijf van Vijf*, Den Haag: Voedingscentrum 2016.

Wilson-van den Hooven e.a. 2018

E.C. Wilson-van den Hooven, *Naar een integraal systeem voor productverbetering in Nederland. Advies van de Commissie Criteria Productverbetering*, Bilthoven: RIVM 2018.

ZIN 2018

Zorginstituut Nederland, *De gecombineerde leefstijlinterventie nader bekeken. Addendum bij de duiding van het Zorginstituut van 2009*, Diemen: ZIN 2018.

Websites**CBS 2017**

Centraal Bureau voor de Statistiek, 'Lengte en gewicht van personen, ondergewicht en overgewicht; vanaf 1981', *Statline.cbs.nl* 12 juni 2017.

CBS 2018

Centraal Bureau voor de Statistiek, 'Gezonder eten stijgt meer in prijs dan ongezonder eten', *cbs.nl* 18 januari 2018.

KNMG 2015

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 'Leefstijl kan behandelkeuze beïnvloeden', *knmg.nl* 9 juni 2015.

Rijksoverheid 2018

Rijksoverheid, 'Meer ruimte voor preventie in basispakket zorgverzekering', *rijksoverheid.nl* 1 juni 2018.

RIVM 2017

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 'Overgewicht, cijfers & context', *volksgezondheidszorg.info* 2017.

RIVM, Akkoord Verbetering Productsamenstelling 2018

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 'Akkoord leidt tot kleine verbetering van inname zout en suiker', *rivm.nl* 25 april 2018.

RIVM, VTV 2018

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 'Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018, trendscenario, leefstijl', vtv2018.nl/leefstijl 2018.

Voedingscentrum 2018

Voedingscentrum, 'Aanbod eten in publieke ruimte moet veel gezonder', voedingscentrum.nl 14 februari 2018.

WHO, Obesity and overweight 2017

World Health Organization, 'Obesity and overweight. Key facts', who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight 18 oktober 2017.

WHO 2018

World Health Organization, 'Nutrition. Controlling the global obesity epidemic', who.int/nutrition/topics/obesity/en/ 2018.

Regelgeving en parlementaire stukken

Kamerstukken II 2010/11, 29689, 326.

Kamerstukken II 2013/14, 33791, 3

Kamerstukken II 2016/17, 31899, 28.

Kamerstukken II, 2016/17, 32793, 249.

Kamerstukken II 2016/17, 32793, 256 (bijlage).

Kamerstukken II 2017/18, 32793, 300.

Aanhangsel Handelingen II 2011/12, 1704.

Besluit van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 13 oktober 2012, *Stb* 2012, 512.

Brief van de Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 3 november 2016, 1031111-157041-PG.

Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 12 oktober 2016, 1032166-157183-J.

Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 januari 2017, 1028810-156052-DMO.

Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw

Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (besluit van de Nederlandse Zorgautoriteit van 31 oktober 2017, *Stcrt.* 2017, 66048).

Verordening (EG) 1924/2006

Verordening (EG) 1924/2006 van het Europees Parlement en de Raad van 20 december 2006 inzake voedings- en gezondheidsclaims voor levensmiddelen (*PbEU* 2006, L 404/9).

Verordening (EU) 1169/2011

Verordening (EU) 1169/2011 van het Europees Parlement en de Raad van 25 oktober 2011 betreffende de verstrekking van voedselinformatie aan consumenten, tot wijziging van Verordeningen (EG) nr. 1924/2006 en (EG) nr. 1925/2006 van het Europees Parlement en de Raad en tot intrekking van Richtlijn 87/250/EEG van de Commissie, Richtlijn 90/496/EEG van de Raad, Richtlijn 1999/10/EG van de Commissie, Richtlijn 2000/13/EG van het Europees Parlement en de Raad, Richtlijnen 2002/67/EG en 2008/5/EG van de Commissie, en Verordening (EG) nr. 608/2004 van de Commissie (*PbEU* 2011, L 304/18).

Richtlijn 2010/13/EU

Richtlijn 2010/13/EU van het Europees Parlement en de Raad van 10 maart 2010 betreffende de coördinatie van bepaalde wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen in de lidstaten inzake het aanbieden van audiovisuele mediadiensten (richtlijn audiovisuele mediadiensten) (*PbEU* 2010, L 95/1).

Besluit EU 2016/2637/RSP

Besluit EU 2016/2637/RSP van het Europees Parlement van 26 oktober 2016 over transvetzuren (TFA's).

Commissiedocument 637, 2005

Commissiedocument 637 van 2005, *Groenboek bevorderen van gezonde voeding en lichaamsbeweging: een Europese dimensie voor de preventie van overgewicht, obesitas en chronische ziekten*, COM/2005/637.

Commissiedocument 279, 2007

Commissiedocument 279 van 2007, *Witboek over een EU-strategie voor aan voeding, overgewicht en obesitas gerelateerde gezondheidskwesties*, COM/2007/279.

VN-resolutie 66/2 2011

Resolutie 66/2 van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties (19 september 2011), *Political Declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases*, UN Doc A/RES/66/2.

United Nations. CESCR 2000

United Nations. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *General comment no. 14 (2000), The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*, Geneva: United Nations 2000 (Un Doc E/C.12/2000/4).

United Nations. CRC 2013

United Nations. Committee on the Rights of the Child (CRC), *General comment no. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24)*, Geneva: United Nations 2013 (Un Doc CRC/C/GC/15).

WHO 2004

World Health Organization, *Global strategy on diet, physical activity and health*, Geneva: WHO 2004.

WHO 2006

World Health Organization, *European Charter on counteracting obesity*, Istanbul: WHO 2006.

WHO 2013

World Health Organization, *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*, Geneva: WHO 2013.

WHO 2016

World Health Organization, *Report of the commission on ending childhood obesity*, Geneva: WHO 2016.

WHO, Vital role of law 2017

World Health Organization, *Advancing the right to health: the vital role of law*, Geneva: WHO 2017.

Jurisprudentie

Rb. Utrecht 7 oktober 2011, ECLI:NL:RBUTR:2011:BZ5000.

Hof Arnhem 22 maart 2012, ECLI:NL:GHARN:2012:BW5429.

Hof Leeuwarden 24 juli 2012, ECLI:NL:GHLEE:2012:BX5439.

EHRM 8 juli 2003, ECLI:CE:ECHR:2003:0708DEC002767702 (*Sentges/Nederland*).

EHRM 10 april 2007, ECLI:CE:ECHR:2007:0410JUD000633905 (*Evans/Verenigd Koninkrijk*).

EHRM 16 december 2010, ECLI:CE:ECHR:2010:1216JUD002557905 (*A, B en C/Ierland*).

Bijlage 1 Indelingen van preventie

Er bestaan verschillende indelingen voor preventie. De indelingen die het meest worden gehanteerd maken een onderscheid naar doelgroep, type maatregel of fase in het ziekteproces.²⁷⁵

Bij preventie naar **doelgroep** bestaan er vier groepen.

Universele preventie richt zich op de algemene, gezonde, bevolking. Selectieve preventie is bedoeld voor specifieke groepen met een verhoogd gezondheidsrisico.

Bij geïndiceerde preventie is sprake van een individueel verhoogd risico op ziekte. Zorggerelateerde preventie beoogt complicaties en verdere beperkingen ten gevolge van ziekte te voorkomen.

Universele en selectieve preventie worden ook wel collectieve preventie genoemd, terwijl geïndiceerde en zorggerelateerde preventie individueel zijn.

Preventie kan ook naar type **maatregel** worden geclassificeerd.

Gezondheidsbescherming richt zich op bescherming tegen gezondheidsbedreigende factoren, zoals vervuiling, infecties en verkeersonveiligheid.

Gezondheidsbevordering is gericht op het bevorderen en in stand houden van een gezonde leefstijl en gezonde fysieke en sociale omgeving.

Ziektepreventie beoogt specifieke ziekten vroegtijdig op te sporen en te voorkomen. Voorbeelden zijn vaccinatie en screening.

Tenslotte wordt preventie onderscheiden naar fase in het **ziekteproces**.

Primaire preventie richt zich op het voorkomen van ziekte en ongevallen bij gezonde mensen.

Bij secundaire preventie draait het om het vroegtijdig opsporen van ziekte of afwijkingen bij personen die ziek zijn of een verhoogd risico hebben.

Tertiaire preventie is erop gericht complicaties en verergering ten gevolge van ziekte te voorkomen.

²⁷⁵ Van den Berg & Schoemaker 2010, p. 11.

Afkortingenlijst

ACM	Autoriteit Consument & Markt
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CESCR	Committee on Economic, Social and Cultural Rights
CRC	Committee on the Rights of the Child
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DALY	Disability-Adjusted Life Year
EHRM	Europees Hof voor de Rechten van de Mens
ESH	Europees Sociaal Handvest
EVRM	Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden
Gw	Grondwet
IBO	Interdepartementaal beleidsonderzoek
IVBPR	Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten
IVESCR	Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten
JOGG	Jongeren op gezond gewicht
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
NPP	Nationaal Programma Preventie
NVWA	Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVS	Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
UVRM	Universele Verklaring van de Rechten van de Mens
VN	Verenigde Naties
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WHO	World Health Organization
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wlz	Wet langdurige zorg
WMG	Wet marktordening gezondheidszorg
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wpg	Wet publieke gezondheidszorg
Zvw	Zorgverzekeringswet