

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Overheid moet pijn van gezondheidsverschillen tussen burgers verzachten

Soms is overheidsingrijpen geboden om gezondheidsverschillen terug te dringen. Zelfs als dit de godsdienstige identiteit van burgers raakt of ingrijpt in hun levensstijl. Verscheidenheid is belangrijk, maar kwetsbaren in de samenleving verdienen evenzeer bescherming. In het volksgezondheidsbeleid is derhalve geen sprake van een buitensporig streven naar gelijkheid.

door *Brigit Toebes & Aart Hendriks*

Toebes is extern docent aan de Universiteit van Kopenhagen en verbonden aan de Universiteit van Aberdeen. Hendriks is hoogleraar Gezondheidsrecht aan de Universiteit Leiden/LUMC.¹

VOLGENS DE UNIVERSELE VERKLARING van de Rechten van de Mens zijn alle mensen gelijk in waardigheid en rechten. Dat neemt niet weg dat alle mensen ongelijk zijn qua gezondheid. Daarvoor zijn diverse redenen aan te voeren. Mensen verschillen van elkaar door aangeboren eigenschappen ('genetica') en doordat zij verschillende leefstijlkeuzes maken met betrekking tot sporten, roken en drinken. Bovendien bestaan er aanzienlijke sociaaleconomische verschillen tussen mensen, die onder meer worden bepaald door de mate van onderwijs, inkomen, huisvesting en uiteenlopende omgevingsfactoren, zoals vervuiling en arbeidsomstandigheden. Ten slotte zijn er verschillen in de toegang tot gezondheidszorg.² Als gevolg van deze combinatie van factoren is de gezondheid van sommige mensen beter dan die van anderen. Dat geldt niet alleen op individueel niveau, maar ook op groepsniveau. Gezondheidsverschillen zijn zodoende deels het gevolg van onze *nature* en (groten)deels van onze *nurture*.³

Het zijn deels onze eigen keuzes die de individuele en collectieve ge-

zondheid bepalen. Dit gegeven roept lastige juridische vragen op. In een rechtsstaat spreekt het enerzijds voor zich dat mensen vrij zijn om hun leven op eigen wijze in te richten, waarbij zij keuzes mogen maken die negatieve gevolgen hebben voor hun gezondheid. Bezien vanuit de persoonlijke autonomie moeten keuzes in beginsel worden gerespecteerd. Anderzijds kan overheidsingrijpen soms geboden zijn om derden te beschermen of in uiterste gevallen mensen tegen zichzelf te beschermen.

De vraag rijst dan ook in hoeverre de overheid mag, dan wel moet ‘ingrijpen’ om de gezondheid van mensen te beschermen en de last van gezondheidsverschillen te verminderen. In deze bijdrage zal in het bijzonder stil worden gestaan bij overheidsbemoeienissen die de godsdienstige of levensbeschouwelijke identiteit van mensen kan raken, en bij de leefstijl of ‘leefcultuur’ van mensen. Van een ‘doorgeslagen gelijkheidsdenken’ en een gebrek aan respect voor (religieuze) diversiteit is in het gezondheidsrecht en het volksgezondheidsbeleid geen sprake. Verschillen worden gerespecteerd, maar dat geldt niet wanneer (gevaaren voor) gezondheidsverschillen strijdig zijn met internationale mensenrechtelijke normen. Die verplichten juist tot het nemen van maatregelen die de gezondheid beschermen en bevorderen, zeker wanneer dit de kwetsbaarsten in onze samenleving betreft, zoals jongeren, mensen uit lagere sociaaleconomische milieus, leden van minderheidsgroepen en mensen met chronische ziekten en handicaps.

GEZONDHEIDSVERSCHILLEN: TUSSEN INDIVIDUELE AUTONOMIE EN OMGEVINGSFACTOREN

De keuzevrijheid van mensen is niet onbegrensd, zeker wanneer individuele keuzes gevolgen hebben voor de gezondheid van anderen. Daarnaast is

De keuzevrijheid van mensen is niet onbegrensd, zeker wanneer individuele keuzes gevolgen hebben voor de gezondheid van anderen

de mens ook wat zijn gezondheid en leefstijlkeuzes aangaat niet geheel autonoom: zonder bemoeienis van anderen kan hij geen richting geven aan het eigen leven. Persoonlijke autonomie veronderstelt bepaalde voorwaarden om het vrijekeuze-recht uit te oefenen, waaronder een toegankelijk stelsel van ge-

zondheidszorg.⁴ Daarnaast mogen mensen evenmin hun eigen belangen zodanig schaden dat dit onverenigbaar is met de menselijke waardigheid.⁵ Ingrijpen in het menselijk handelen – bijvoorbeeld tijdens een psychose – kan nodig zijn om de autonomie te herstellen. Keuzevrijheid en autonomie zijn dus relatieve begrippen. Zij verklaren sommige gezondheidsverschil-

len, maar dat wil niet zeggen dat die verschillen altijd zijn gelegitimeerd, laat staan onaantastbaar zijn.

Op basis van traditie, levensbeschouwing en religie maken mensen keuzes die de gezondheid van henzelf, hun gezinsleden of anderen beïnvloeden of zelfs schaden.⁶ Sommige van deze keuzes zijn vanuit gezondheidsperspectief problematisch, zoals het weigeren van een vaccinatie, vrouwenbesnijdenis en het verhinderen van seksuele voorlichting aan kinderen. Dit geldt *a fortiori* indien die keuzes de gezondheid van anderen raken. In Nederland stellen recht en beleid beperkingen aan dergelijke gezondheidskeuzes. Het is wenselijk om deze beperkingen voortdurend te evalueren en steeds opnieuw te bekijken waar de grens getrokken dient te worden.

De levenswandel en gezondheid van mensen wordt tevens door andere omgevingsfactoren beïnvloed. Dat Nederlandse rokers verontrustend onwetend zijn over de schadelijke gevolgen van passief roken,⁷ zegt misschien zowel iets over hun opvoeding en passief of actief aangereikte kennis, als ook over de cultuur en de mate waarin het vanzelfsprekend wordt gevonden rekening te houden met elkaars (gezondheids)belangen. Volgens *Het Parool* zou dertig procent van de mensen dat aan kanker sterft in leven blijven als roken sterker werd ontmoedigd.⁸ Met betrekking tot de leefstijl van mensen wijst onderzoek bovendien uit dat sociaaleconomische factoren van cruciaal belang zijn voor de gezondheid.⁹ Er blijkt een groeiende kloof te zijn tussen arm en rijk: kansarmen leven vaak ongezonder en kampen daardoor vaker met zogenaamde ‘welvaartsziektes’ dan welgestelden. Naast voorlichtingscampagnes kunnen in dit verband overheidsinterventies geboden zijn, zoals een rookverbod, regulering van de voedselindustrie en belasting van ongezonde producten.

BEPERKINGEN AAN DOOR LEVENSOVERTUIGING EN RELIGIE INgegeven GEZONDHEIDSKOUZES

Een bekend voorbeeld van een schadelijke gezondheidskeuze op basis van religie of levensovertuiging betreft het weigeren van een bloedtransfusie door Jehova’s getuigen. In juni 2010 oordeelde het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) over het ontbinden door de Russische autoriteiten van een organisatie van Jehova’s getuigen. Het Straatsburgse Hof was van oordeel dat ook het feit dat de organisatie had gepleit voor onthouding van bloedtransfusie deze ontbinding niet rechtvaardigde. Hiermee geeft het Hof duidelijk aan dat individuen en religieuze groeperingen een zekere vrijheid hebben om keuzes te maken met betrekking tot hun gezondheid, ook als die keuzes de gezondheid van betrokkenen kunnen schaden.¹⁰

Een ander recent voorbeeld, waarbij die vrijheid wel aan banden werd gelegd, betreft het geven van seksuele voorlichting op scholen. De non-gouvernementele organisatie INTERIGHTS diende een zogenaamde collectieve klacht in bij het Europese Comité inzake Sociale Rechten (ECSR) over de seksuele voorlichting op Kroatische scholen. Deze voorlichting zou incoherent zijn en getuigen van stereotiepe rolverdelingen tussen man en vrouw en tevens van homodiscriminatie. Het Comité, dat toeziet op de naleving van de rechten uit het (Herziene) Europees Sociaal Handvest (ESH), besloot dat de voorlichting in Kroatië strijdig was met het recht op bescherming van de gezondheid, zoals beschermd door artikel 11 van het ESH.¹¹ De oordelen van het ECSR zijn juridisch niet bindend, maar daarmee geenszins vrijblijvend.¹² Dit oordeel heeft daarom ook betekenis voor Nederland en vraagt om een kritische analyse van de seksuele voorlichting die wordt gegeven op Nederlandse openbare en bijzondere scholen. Getuigt de voorlichting van de modernste inzichten over seksuele gezondheid, voortplanting en voorbehoedmiddelen? Wie geeft deze voorlichting en hoe deskundig zijn deze personen? Wordt bijvoorbeeld ingegaan op zaken als tienerzwangerschappen en homodiscriminatie?¹³

Tot slot een voorbeeld van een – vaak ten onrechte aan een religie toegeschreven – keuze die in de westerse wereld absoluut niet wordt getolereerd: de besnijdenis van vrouwen en meisjes. In Nederland wordt vrouwenbesnijdenis aangemerkt als een ernstige vorm van mishandeling. Artsen zijn strafbaar indien zij vrouwenbesnijdenis uitvoeren. Artsenor-

ganisatie KNMG heeft artsen opgeroepen evenmin medewerking te verlenen aan niet-therapeutische besnijdenis van jongens, een praktijk die ook vaak is geïnspireerd door tradities en godsdienst.¹⁴

De hiervoor gegeven voorbeelden laten zien dat beperkingen aan door levensovertuiging en religie

*Beperkingen aan door levens-
overtuiging en religie ingegeven
gezondheidskeuzes zijn soms
nodig om de gezondheid van
mensen te beschermen*

ingegeven gezondheidskeuzes soms nodig zijn om de gezondheid van mensen te beschermen. Er is in Nederland geen sprake van een overmatig ingrijpen, maar eerder van een glijdende schaal waarbij sommige keuzes wel, en andere keuzes niet door het recht worden gerespecteerd. Bij het besluit keuzes al dan niet te respecteren lijken de volgende factoren een rol te spelen: is de keuze vrijwillig en welbewust genomen (op basis van *informed consent*)? Vormt de keuze een uitdrukking van de persoonlijke of groepsidentiteit (bijvoorbeeld van een levensovertuiging of religie)? Leidt de keuze tot schade of tot een kans op schade (vergelijk het verschil

tussen een besnijdenis en een vaccinatie)? Is er sprake van schade bij de betrokkene dan wel een ander (met name bij kinderen is de ruimte voor gezagdragers tot het maken van schadeveroorzakende keuzes beperkt)? Is de schade verenigbaar met de menselijke waardigheid, de openbare orde of een ander algemeen belang (vergelijk het instemmen met sadomasochistische handelingen¹⁵ of het gebruik van drugs, al dan niet als uiting van religie¹⁶)? Afhankelijk van de waardering van deze factoren en andere omstandigheden, wordt een handelwijze die (potentieel) schadelijk is voor de gezondheid dus in het ene geval wel en in het andere geval niet door het recht ongemoeid gelaten.

BEPERKINGEN AAN DE LEEFSTIJL VAN MENSEN

Internationaal en nationaal onderzoek wijst zoals gezegd uit dat de sociaaleconomische gezondheidsverschillen groeien.¹⁷ Mensen met een lagere opleiding hebben een grotere kans om te sterven aan hart- en vaatziekten en longkanker.¹⁸ Deze aandoeningen zijn tot op zekere hoogte gerelateerd aan de leefstijl van mensen: roken, vet eten en te weinig beweging.¹⁹ Geredeneerd vanuit de autonomie van mensen zou iedereen zelf verantwoordelijk zijn voor zijn of haar gezondheid. In het verlengde hiervan is het aan de betrokkenen zelf om maatregelen te nemen die de gezondheid bevorderen. Net als godsdienstbeleving kan leefstijl bovendien gezien worden als een uiting van ‘cultuur’ die respect verdient. Echter, iemands leefstijl is niet alleen het resultaat van zijn eigen keuzes, maar wordt ook in belangrijke mate bepaald door iemands sociaaleconomische positie en andere omgevingsfactoren. Gezond voedsel is niet voor iedereen financieel toegankelijk, en gezin, groep en tradities vormen een bepalende factor voor iemands keuzes. Ook hier geldt dus dat de persoonlijke autonomie minder absoluut is dan soms wordt aangenomen.

Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) heeft onlangs besloten alle massamediale campagnes gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl met onmiddellijke ingang te stoppen. In haar optiek moeten mensen zelf bepalen hoe zij hun leven inrichten. De liberale bewindsvrouw wil ‘ongezond gedrag niet [...] beboeten of belasten: hoe je je leven leeft, dat bepaal je zelf’.²⁰ Deskundigen op het terrein van de volksgezondheid vinden juist dat deze sociaaleconomische gezondheidsverschillen een kwestie zijn van sociale onrechtvaardigheid.²¹ De Inspectie voor de Gezondheidszorg laat met een ‘Referentiekader voor aanpak voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen’ eveneens zien dit probleem serieus te nemen.²² De vraag of gezondheidsverschillen een kwestie zijn

individuele verantwoordelijkheid of van sociale rechtvaardigheid, mensenrechten en gelijke behandeling, is daarmee onderwerp van debat.

Sommige auteurs vinden dat de overheid op grond van de rechten van de mens, en de daaraan ten grondslag liggende menselijke waardigheid, is gehouden maatregelen te nemen ter verkleining van deze verschillen.²³ Deze visie getuigt van het toekennen van veel gewicht aan sociale mensenrechten, waaronder het recht op bescherming van de gezondheid, als evenknie van de klassieke vrijheidsrechten. Minister Schippers lijkt echter meer gewicht toe te kennen aan de laatste categorie rechten. Zij kent daarmee een bijzondere betekenis toe aan een sterk individualistische interpretatie van grondrechten.

Artikel 22 van de Nederlandse Grondwet wijst op de verplichting van de overheid om maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid, een plicht die nog krachtiger ligt besloten in internationale mensenrechtenbepalingen. Op internationaal niveau wordt doorgaans de term 'recht op gezondheid' gehanteerd. Met deze wat ongemakkelijke term wordt aangegeven dat het niet alleen gaat om gezondheidszorg, maar ook om de condities voor gezondheid, zoals een schoon leefmilieu, gezonde ar-

beidsomstandigheden en adequate voorlichting over gezondheid. In arme landen komt medische zorg vaak als mosterd na de maaltijd, omdat mensen ziek zijn geworden van vervuild drinkwater, slechte hygiëne en gebrekkige huisvesting. Rijke landen hebben een ander prangend probleem: veel mensen

Rijke landen hebben een prangend probleem: veel mensen worden ziek van hun consumptiepatroon, hun leefomgeving en een gebrek aan beweging

worden ziek van hun consumptiepatroon, hun leefomgeving en een gebrek aan beweging. De brede benadering van het internationale recht op gezondheid biedt aanknopingspunten om de sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Nederland aan te pakken.

Nu welvaartsziekten in onze samenleving zo'n groot probleem vormen (denk aan de gevolgen van obesitas), heeft de overheid de plicht om in te grijpen.

Maar wat is 'effectief ingrijpen' in dergelijke situaties? Het is niet gezegd dat voorlichtingscampagnes het enige en het effectiefste middel zijn. Onderzoek wijst uit dat meer repressieve maatregelen, zoals het heffen van belasting op ongezonde producten, mensen directer tot gezondere keuzes brengt.²⁴ Anders gezegd, als er geen frisdrankautomaat op school staat, dan wordt er tijdens de pauzes minder frisdrank gedronken. Zulke maatregelen moeten blijvend worden afgewogen tegen de individuele autono-

mie. Frisdrankautomaten horen wellicht niet op een school, maar het gaat misschien te ver om nergens sigaretten verkoopbaar te stellen. Niettemin lijkt het de moeite waard om te bekijken welke repressieve maatregelen acceptabel zijn in onze maatschappij.

Daarnaast rijst de vraag wat de verantwoordelijkheid is van de private sector, zoals de voedsel- en tabaksindustrie en winkeliers. In toenemende mate wordt betoogd dat ook de private sector, gezien zijn invloed op het welzijn en de gezondheid van mensen, een morele verantwoordelijkheid heeft om die gezondheid niet te schaden. In verband hiermee wordt tevens betoogd dat ondernemingen mensenrechtenverplichtingen hebben.²⁵ Naast overheden zouden ook ondernemingen tot op zekere mate gebonden zijn aan het recht op gezondheid (szorg). Dit kan betekenen: verantwoordelijkheid nemen voor de hoeveelheid vet en suiker die er in producten zit, alsmede voor de wijze en locatie waar deze producten aangeboden worden. Een voorbeeld van dat laatste is dat ondernemingen het verbod op de verkoop van alcohol aan minderjarigen dienen te respecteren.

BESLUIT

De keuzes van mensen met betrekking tot de eigen gezondheid en die van anderen kunnen drastische gevolgen hebben. Van een 'doorgeslagen gelijkheidsdenken' is geen sprake als het gaat om de gezondheid van de Nederlandse bevolking. Op basis van de Grondwet en internationale bepalingen is de overheid gehouden in te grijpen bij bepaalde keuzes die schadelijk zijn voor de gezondheid. Diezelfde normen verplichten de overheid zich in te spannen om gezondheidsverschillen tussen burgers te verkleinen. Een dergelijk ingrijpen kan een spanning opleveren met de plicht om de persoonlijke autonomie van mensen en waardevolle verschillen tussen mensen te respecteren. Daar staat tegenover dat mensen met betrekking tot hun gezondheid minder autonoom zijn dan soms wordt aangenomen. Respect voor persoonlijke autonomie veronderstelt juist het scheppen van mogelijkheden voor het maken van vrije keuzes en noopt soms tot het ingrijpen bij mensen ter versterking van hun autonomie en keuzevrijheid. Bovendien veronderstelt het realiseren van deze keuzes vaak een goede gezondheid. Het voeren van een veelzijdig gezondheidsbeleid dat gezondheidsverschillen tegengaat is daarmee alleszins gelegitimeerd.

Noten

1 Met dank aan Karien Stronks, hoogleraar sociale geneeskunde aan de UvA, voor commentaar op een eerdere versie van dit stuk.

2 Charles Grosel e.a., *Health and Health Care 2010. The Forecast, The Challenge*. Princeton, NJ: The Institute for the Future, 2001, p. 23.

3 Volgens Grosel e.a. is genetica als determinant van gezondheid 'slechts' voor

- 20 procent verantwoordelijk voor onze uiteindelijke gezondheid.
- 4 Aart Hendriks, Brenda Frederiks & Marian Verkerk, 'Het recht op autonomie in samenhang met goede zorg bezien', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 32 (2008), nr. 1, pp. 2-18.
 - 5 Aart Hendriks, *In beginsel. De gezondheidsrechtelijke beginselen uitgediept*. Leiden: Stichting NJCM-Boekerij, 2006.
 - 6 Trudy Veerman, Aart Hendriks en Jacqueline Smith, 'Recht doen aan de gezondheid (s)belangen van kinderen', *Recht en Kritiek* 21 (1995), nr. 2, pp. 136-165.
 - 7 Tony Sheldon, 'Dutch smokers are "alarmingly" ignorant of harms of passive smoking, study finds', *BMJ* 2011; 342:d2138.
 - 8 Frans Bosmand, 'Nederland pakt volhardend door', *Het Parool*, 4 april 2011. Zie ook de website van het RIVM, www.nationaalkompas.nl.
 - 9 Arie Nieuwenhuijzen Kruseman, 'Preventie vereist een nationale agenda', *Medisch Contact* 2011, p. 1095.
 - 10 EHRM 10 juni 2010, *Jehova's Witnesses of Moscow t. Rusland*, nr. 302/02, *Gf* 2010, 111 (m.nt. A.C. Hendriks), *EHRC* 2010, 89 (m.nt. J.H. Gerards), *NTM/NJCM-Bulletin* 2011, p. 1062 (m.nt. M. Tydeman-Yousef).
 - 11 ECSR 30 maart 2009, *INTERIGHTS t. Kroatië*, nr. 45/2007, *NJCM-Bulletin* 2010, p. 67 (m.nt. B.C.A. Toebes), *EHRC* 2010, 19 (m.nt. P. Zootjens).
 - 12 A.C. Hendriks, 'De invloed van de EHRM-jurisprudentie op het ESH-Comité', *NTM/NJCM-Bulletin* 35 (2010), nr. 7, pp. 754-765.
 - 13 Zie ook Brigit Toebes, *Sex education in schools is compulsory and must not give evidence of discrimination of homosexuals. A Comment on INTERIGHTS v. Croatia*, <http://www.interights.org/view-document/index.htm?id=579>.
 - 14 KNMG-standpunt *Niet-therapeutische circumcisie bij minderjarige jongens* (2010).
 - 15 EHRM 19 februari 1997, *Laskey, Jaggard & Brown t. het VK*, nr. 21627/93; 21826/93 & 21974/93.
 - 16 HR 9 januari 2007, *AB* 2007, 181 (m.nt. L.C. Groen & B.P. Vermeulen), *NJCM-Bulletin* 2007, p. 458 (H.J.B. Sackers), *LJN* AZ2497.
 - 17 World Health Organization / Commission on Social Determinants of Health, *Closing the Gap in a generation*, 2008 (zie http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html), en Johan Mackenbach e.a., 'Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European countries', *New England Journal of Medicine* 358 (2008), nr. 23, pp. 2468-2481. Voor Nederland zie bijvoorbeeld Johan P. Mackenbach en Karien Stronks, 'A strategy for tackling healthinequalities in the Netherlands', *British Medical Journal* 325, p. 1029-1032.
 - 18 Mackenbach e.a. 2008, zie noot 18, p. 2472.
 - 19 Steven van de Vijver, 'De overheid moet kansarmen beschermen tegen welvaartsziekten', *NRC Handelsblad*, 8/9 januari 2011, p. 10-11.
 - 20 *Kamerstukken II* 2010/11, 32 620, nr. 1.
 - 21 Michael Marmot, 'Achieving health equity: From root causes to fair outcomes', *The Lancet* 370 (2007); en Sridhar Venkatapuram, Ruth Bell en Michael Marmot, 'The right to sutures: Social epidemiology, human rights, and social justice', *Health and Human Rights* 12 (2010), nr. 2, pp. 3-16.
 - 22 Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Staat voor de gezondheid 2010*, zie http://www.igz.nl/Images/Referentiekader%20sociaal-economische%20verschillen%20samengevoegd_tcm294-275363.pdf.
 - 23 Paul Hunt, 'Missed opportunities: Human rights and the Commission on Social Determinants of Health', *IUHPE - Global Health Promotion Supp* 1 (2009), p. 36-41 (38).
 - 24 Kiyah J. Duffey e.a., 'Food price and diet and health outcomes', *Archives of Internal Medicine*, 2010, p. 420-426, <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/170/5/420>.
 - 25 Margaret Whitehead & Jennie Popay, 'Swimming upstream? Taking action on the social determinants of health inequalities', *Social Science & Medicine* 71 (2010), p. 1234-1236 (1235), en in algemenere zin Nicola Jägers, *Corporate human rights obligations: In search of accountability*. Antwerpen: Intersentia/Hart, 2002.