



De prijs van overgewicht

Auteur(s):

Cornelisse-Vermaat, J., H. Maassen van den Brink en W. Groot

De auteurs zijn verbonden aan de economiefaculteiten van respectievelijk de Wageningen Universiteit, de Universiteit van Amsterdam en de Universiteit Maastricht. h.maassenvandenbrink@uva.nl

Verschenen in:

ESB, 88e jaargang, nr. 4395, pagina 92, 21 februari 2003

Rubriek:

Monitor

Trefwoord(en):

De Nederlander slibt dicht. Niet alleen voor hemzelf is deze vervetting vervelend; de kosten voor gezondheidszorg nemen erdoor toe. Tijd voor een 'snack tax'?

In Nederland zijn steeds meer mensen te dik. Overgewicht en obesitas, gedefinieerd volgens de waarden van de Quetelet-index (gewicht in kilogram gedeeld door het kwadraat van de lengte in meters; een waarde boven 25 impliceert overgewicht) komen op dit moment in Nederland bij bijna 45 procent van de bevolking voor. Tien jaar geleden had nog 'slechts' 35 procent van de bevolking last van overgewicht. Het percentage mensen met ernstig overgewicht (een Quetelet-waarde boven de dertig) nam toe van zes naar negen procent. Vooral onder mannen, jongeren en laagopgeleiden neemt het overgewicht verontrustend toe. Samen met de Verenigde Staten, Engeland en Duitsland staat Nederland in de top vier van landen met een te corpulente bevolking. Prognoses geven aan dat in 2030 zestig procent van de Europeanen overgewicht zal hebben. Dertig procent zou dan zelfs met ernstige zwaarlijvigheid (obesitas) te kampen hebben.

Mensen met overgewicht lopen grotere gezondheidsrisico's. Het mortaliteitsrisico van gebrek aan beweging en de inname van te veel calorieën is na roken het hoogste, gemeten aan het aantal gemiste levensjaren dat kan worden voorkomen door gedragsverandering. In de Verenigde Staten is de morbiditeit als gevolg van overgewicht ten minste even hoog als van armoede, roken en problematisch alcoholgebruik¹. Ondanks de grote schade die overgewicht toebrengt aan de volksgezondheid en de kosten voor de gezondheidszorg die hiervan het gevolg zijn, wordt meer gedaan om roken en alcoholgebruik te ontmoedigen dan om gewichtsproblemen aan te pakken.

In dit artikel bespreken we maatschappelijke en culturele verschillen in overgewicht. Vervolgens staan we stil bij de maatschappelijke kosten hiervan.

Oorzaken van overgewicht

Voor de toename van overgewicht kunnen verschillende oorzaken worden gegeven².

- » de toename van de welvaart leidt tot hogere uitgaven aan voeding;
- » door technologische vooruitgang zijn zowel de reële prijs als de tijdskosten van voedsel en voedselbereiding gedaald. Dit laatste is het meest duidelijk te illustreren aan de hand van de opkomst van 'fast food';
- » door technologische vooruitgang zijn de relatieve prijzen voor mobiliteit en beweging veranderd: de directe kosten van mobiliteit (de prijs van autorijden, gebruik van de trein, enzovoort) zijn gedaald ten opzichte van de tijdskosten;
- » door technologische vooruitgang is de relatie tussen fysieke inspanning en beloning veranderd. In agrarische en industriële samenlevingen worden mensen betaald voor het verrichten van fysieke inspanning. In onze postindustriële samenleving vereist het meeste werk weinig fysieke inspanning en moet men voor fysieke activiteiten dikwijls zelfs betalen (bijvoorbeeld voor gebruik van fitnessruimtes).

Sociale en culturele verschillen

Uit gegevens van het CBS blijkt dat overgewicht onder mannen vaker voorkomt dan onder vrouwen. Dit komt mogelijk doordat sociale normen en waarden omtrent overgewicht voor vrouwen dwingender zijn dan voor mannen. Vrouwen letten meer op hun gewicht en volgen vaker een dieet. Daar staat echter tegenover dat ernstig overgewicht vaker voorkomt onder vrouwen. Ruim een op de tien vrouwen (10,2 procent) in Nederland heeft ernstig overgewicht tegenover 8,6 procent van de mannen. Overgewicht komt verder onder lager opgeleiden en ouderen vaker voor dan onder hoger opgeleiden en jongeren. Er is een duidelijke relatie tussen inkomen en overgewicht. In arme samenlevingen hebben vooral rijkere mensen last van overgewicht, in rijkere samenlevingen zijn vooral de armen te dik.

Het effect van scholing

Er is eveneens een sterke relatie tussen scholing, inkomen en overgewicht. Overgewicht komt onder laag opgeleiden en mensen met een laag inkomen vaker voor dan onder hoger opgeleiden en mensen met een hoger inkomen. Omgekeerd verdienen mensen met overgewicht twaalf (vrouwen) tot vijf procent (mannen) minder dan mensen met een 'normaal' gewicht. Een mogelijke verklaring voor het feit dat hoger geschoolden minder vaak last hebben van overgewicht is dat scholing leidt tot meer kennis over gezondheid en gezondheidsbevordering en dat gezondheidskennis bijdraagt aan een betere gezondheidstoestand. Een recente studie vindt dat grotere gezondheidskennis de kans verkleint dat iemand overgewicht heeft³. Als iemand volledig op de hoogte is van de relatie tussen voeding en gezondheid verlaagt dat de kans op overgewicht met twintig procent. Als geen rekening wordt gehouden met gezondheidskennis, verkleint scholing de kans op overgewicht. Als wel wordt gecontroleerd voor gezondheidskennis, is het effect van scholing echter niet langer statistisch significant. Verder wordt gevonden dat een hogere opleiding een positief effect heeft op gezondheidskennis. Verbetering van de opleidingskansen voor lager geschoolden kan derhalve bijdragen aan betere gezondheidskennis en daarmee de kans op overgewicht verlagen.

Cultuur

Culturele verschillen in voeding, levensstijlen en ideeën over gezondheidsrisico's zijn eveneens van invloed op gezond gedrag. In Nederland is het risico van overgewicht in Marokkaanse en Turkse gezinnen groter dan voor autochtone gezinnen⁴. Ook hebben deze gezinnen meer gezondheidsproblemen en voelen zij zich ongezonder. Vooral Turkse mannen en vrouwen en Nederlandse mannen hebben last van overgewicht. In Turkse gezinnen wordt bijvoorbeeld vaker afhaaleten genuttigd. Neemt onder Nederlandse gezinnen het overgewicht af met het opleidingsniveau, onder Surinamers en Antillianen neemt het overgewicht juist toe met het opleidingsniveau. Dit is toe te schrijven aan cultuurverschillen. In Suriname hangt dik zijn samen met een hogere sociale status. Dit bevestigt het beeld dat in arme landen rijke mensen vaak te dik zijn en in rijke landen vaak arme mensen te dik zijn.

Overgewicht heeft bovendien een effect op de subjectieve gezondheidsbeleving van mensen. Turkse vrouwen en mannen met overgewicht voelen zich ongezonder dan Surinamers, Antillianen en Nederlanders met overgewicht. Ook chronische ziekten komen meer voor onder Turkse gezinnen dan onder Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse gezinnen. Genetische, sociaal-economische en culturele factoren zoals slechte behuizing, lage inkomens, roken, levensstijl, opvattingen over het genezen van ziektes spelen een rol bij verschillen in overgewicht tussen groepen in de samenleving.

Als de samenleving overgewicht en obesitas als negatief kwalificeert en slank zijn de norm is, dan leidt dit tot stigmatisering en negatieve gevolgen voor het zelfbeeld van zwaarlijvigen. In samenlevingen waar dit niet het geval is - bijvoorbeeld op eilanden in de Grote Oceaan, waar obesitas wereldwijd het meest voorkomt - wordt dik zijn gerelateerd aan rangen en standen⁵. Dikke Eilanders ontvangen meer respect en aanzien van hun mede-eilandbewoners dan hun dunne medemens.

De maatschappelijke kosten van overgewicht

Met name chronische aandoeningen die het gevolg zijn van overgewicht - zoals diabetes - brengen veel extra kosten voor de gezondheidszorg met zich mee. Voor Nederland zijn weinig studies beschikbaar over de kosten van overgewicht. Studies in de Verenigde Staten geven aan dat overgewicht tot een toename leidt van de inter- en extramuraal zorg met 36 procent, en van het gebruik van medicatie met 77 procent⁶.

In een recente studie voor de VS wordt geconcludeerd dat "the economic and personal health costs of overweight and obesity are enormous and compromise the health of the United States. The direct costs associated with obesity represent 5,7% of our national health expenditure in the United States."⁷ Andere studies vinden vergelijkbare cijfers. Een voorzichtige schatting op basis van het beschikbare onderzoek is dat in Nederland de aan obesitas gerelateerde kosten één à vijf procent van de totale kosten voor de gezondheidszorg vormen⁸. Dit zou betekenen dat er in Nederland door overgewicht jaarlijks 400 miljoen tot twee miljard euro extra wordt uitgegeven aan gezondheidszorg⁹.

Externe effecten en discriminatie

Aangezien de hogere kosten voor de gezondheidszorg als gevolg van overgewicht niet worden weerspiegeld in hogere premies voor ziektekostenverzekeringen, brengt overgewicht externe kosten met zich mee. Hierbij moet wel worden bedacht dat - evenals bij roken het geval is - overgewicht ook een negatief effect op de levensverwachting heeft. Binnen elke leeftijdsgroep zijn de kosten voor gezondheidszorg voor mensen met overgewicht hoger, maar door hun geringere levensverwachting zouden de totale kosten voor gezondheidszorg voor mensen met overgewicht wel eens lager dan gemiddeld kunnen zijn. Door hun langere levensverwachting betalen mensen zonder overgewicht echter ook langer mee aan de kosten voor de gezondheidszorg. Voor het bepalen van de externe effecten is het in dit geval van belang om binnen elke periode te kijken naar de bijdragen (de betaalde premies) aan de ziektekostenverzekering. Aangezien deze bijdragen voor mensen met en zonder overgewicht gelijk zijn, maar mensen met overgewicht in elke periode een hogere verwachte schadelast voor de ziektekostenverzekeraar met zich meebrengen, is er sprake van een negatief extern effect van overgewicht.

Een tweede effect van overgewicht is dat mensen met overgewicht minder aantrekkelijk worden gevonden. Dit leidt tot statistische discriminatie op de arbeidsmarkt. Vooral bij werving en selectie van personeel speelt uiterlijk een rol. Overgewicht brengt ook voor personen zelf psychische kosten met zich mee, aangezien mensen met overgewicht veelal minder zelfvertrouwen en een minder positief zelfbeeld hebben. Mensen met overgewicht hebben niet alleen een negatiever zelfbeeld, ze worden door andere mensen ook negatiever bekeken. Dikke mensen worden vaak beschouwd als weinig energiek. Overgewicht wordt ook vaak gezien als een gevolg van een gebrek aan zelfdiscipline. Het leidt in sommige culturen tot stigmatisering. Deze stigmatisering kan toename van voortijdige schooluitval, verwijzingen naar het speciaal onderwijs of kosten voor behandeling van depressies doen toenemen. Naarmate overgewicht meer geaccepteerd is in een sociale groep, is het effect op welzijn, zelfvertrouwen, geluk van mensen met overgewicht lager.

Conclusie

Investeren...

Overgewicht leidt tot hogere kosten voor de gezondheidszorg. De extra kosten van overgewicht komen niet tot uitdrukking in een hogere premie voor de ziektekostenverzekering.

Preventie en gezond gedrag kunnen, evenals uitgaven aan curatieve gezondheidszorg, vanuit een economische invalshoek worden gezien als een investering in gezondheidskapitaal. Zoals bij elke investering moeten voor gezond gedrag kosten worden gemaakt. Gezond gedrag kan op korte termijn een lager welvaartsniveau opleveren (bijvoorbeeld het nee moeten zeggen tegen lekker-nijen). Belangrijk bij deze investeringsbenadering is dat de kosten in het heden worden gemaakt en dat de baten in de toekomst worden ontvangen en onzeker zijn. Dat betekent dat de risicohouding, de relatieve tijdsvoorkeur en de terugverdiensijd bepalend zijn voor de vraag of wordt geïnvesteerd in preventie en gezond gedrag. Onzekerheid en risicoaversie kunnen ertoe leiden dat minder wordt geïnvesteerd in preventie en gezond gedrag dan optimaal is. Risico-averse mensen zullen minder investeren in activiteiten (bijvoorbeeld preventie) waarvan de resultaten onzeker zijn (bijvoorbeeld een langer leven). Ook bestaat er met name onder lager opgeleiden onvolledige informatie over goede voeding en over de schadelijke gevolgen van overgewicht.

Externe effecten, onzekerheid, risicoaversie en onvolledige informatie vormen een motief voor overheidsbemoediging in de vorm van regelgeving, subsidies of belastingheffing. Desondanks moeten we constateren dat zowel de overheid als de ziektekostenverzekeraars weinig doen om gezond gedrag te bevorderen.

...nog problematisch

Er zijn vele obstakels die de bereidheid van ziektekostenverzekeraars om te investeren in gezond gedrag en preventie belemmeren. In het algemeen levert een dergelijke investering de verzekeraar niet genoeg op. De baten van preventie en gezond gedrag vallen vooral toe aan de verzekerden. Preventie is ook niet altijd goedkoper of doelmatiger dan curatieve zorg door het medicaliserende effect van

preventie.

Ziektekostenverzekeraars zouden gestimuleerd kunnen worden om meer aan preventie en bevordering van gezond gedrag te doen, door de mogelijkheden voor premiedifferentiatie naar risicogroepen te vergroten. Andere mogelijkheden zijn een publiekrechtelijk besluit voor het reserveren van een budget voor preventie of door een deel van de normuitkering uit de Centrale Kas van de ziekenfondsen te reserveren voor ziektekostenverzekeraars die doelstellingen

realiseren ten aanzien van preventie.

Ook de overheid heeft, zoals we zagen, een taak om het marktfalen bij preventie en gezond gedrag op te lossen. Het is duidelijk dat er in tegenstelling tot het ontmoedigen van roken en alcohol geen directe interventies plaatsvinden om verkeerde voeding te ontmoedigen. Verhoging van het btw-tarief op voeding of differentiatie van het btw-tarief naar gezondheidsrisico's - een 'snack tax' of een belasting op ongezonde voedingsmiddelen als dierlijke vetten, zout en

suiker - zou de consumptie van (ongezonde) voeding kunnen beperken. Ook het verstrekken van subsidies en het geven van belastingvoordelen aan individuen die investeren in gezond gedrag kunnen gezondheidsbevorderend werken.

1 Zie J. McGinnis en W. Foege, Actual causes of death in the United States, Journal of the American Medical Association, nr. 270, blz. 2207-2212, 1993; en R. Sturm en K. Wells, Does obesity contribute as much to morbidity as poverty and smoking?, Public Health, nr. 115, 2001, blz. 229-235.

2 T. Philipson en R. Posner, The long-run growth in obesity as a function of technological change, NBER Working Paper, nr. 7423, 1999.

3 R. Nayga, Schooling, health knowledge and obesity, Applied Economics, nr. 32, 2000,

4 J. Cornelisse en H. Maassen van den Brink, Food habits and overweight, differences between indigenes and immigrants in the Netherlands, working paper, Wageningen University, 2002.

5 T.K. Pinhey, D.H. Rubinstein en R.S. Colfax, Overweight and happiness: the reflected self-appraisal hypothesis reconsidered, Social Science Quarterly, jrg. 78, nr. 3, 1997, blz. 747-755.

6 Sturm, R. (2002), The effects of obesity, smoking, and drinking on medical problems and costs, Health Affairs, nr. 21, blz. 245-253.

7 A. Wolf en G. Colditz, Current estimates of the economic costs of obesity in the United States, Obesity Research, nr. 6, 1998,

8 T. Visscher, D. Kromhout en J. Seidell, Long-term and recent time trends in the prevalence of obesity among Dutch men and women, International Journal of Obesity, jrg. 26, 2002, blz. 1218-1224

9 W. Groot en H. Maassen van den Brink, De economische effecten van (on)gezond gedrag, achtergrondstudie, RVZ, Zoetermeer, 2002.