



Het economisch gewicht van overgewicht

Overgewicht is een snel groeiend probleem. De gevolgen voor de volksgezondheid zijn groot. Overgewicht is ook een maatschappelijk en economisch probleem. De kosten zijn hoog, maar daardoor zijn er ook veel bondgenoten in de strijd tegen overgewicht.

Overgewicht is een omvangrijk probleem: letterlijk en figuurlijk. Allereerst voor de volksgezondheid, maar vervolgens ook voor de economie en de samenleving in zijn algemeenheid. Overgewicht ontstaat doordat mensen meer calorieën gebruiken dan verbruiken. Verkeerde eetgewoonten en gebrek aan lichaamsbeweging zijn daarvan de belangrijkste oorzaken. Overgewicht wordt gemeten aan de hand van de Body Mass Index (BMI), door het gewicht (in kg) te delen door de lichaamsoppervlakte (lengte in m²). Bij een BMI van 25 kg/m² en hoger spreken we van overgewicht. Figuur 1 laat zien dat het aantal mensen met overgewicht in de achterliggende decennia sterk is toegenomen, van rond de dertig procent begin jaren tachtig tot ongeveer de helft van de bevolking nu. Een groot deel van deze personen heeft ernstig overgewicht (obesitas, BMI ≥ 30). Anno 2007 gaat het om ruim tien procent van de

bevolking. In vergelijking met andere Europese landen valt dit nog mee, maar omdat de trends en de risicofactoren ongunstig zijn, niet in het minst ook bij de jeugd, ligt een verdere toename van overgewicht en obesitas in het verschiet (De Hollander *et al.*, 2006). Veel mensen die nu te zwaar zijn zullen obees worden, tenzij ze hun leefstijl drastisch veranderen.

Volksgezondheid en verder

Overgewicht is een omvangrijk volksgezondheidsprobleem. Mensen met overgewicht en obesitas sterven eerder en hebben een groter risico op het krijgen van chronische aandoeningen als diabetes, hart- en vaatziekten, aandoeningen van het bewegingsapparaat en kanker. In de jongste editie van de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning* (Hollander *et al.*, 2006) van het RIVM is berekend dat 5,8 procent van het totaal aantal verloren levensjaren in Nederland wordt veroorzaakt door overgewicht. Daarnaast leidt overgewicht ook tot ziekte, beperkingen en ongemakken. De totale ziektelast wordt veelal uitgedrukt in Disability Adjusted Life Years (DALY). Met 9,7 procent van de totale ziektelast is overgewicht na roken (13 procent) het belangrijkste probleem voor de volksgezondheid

AB KLINK, PAUL ROSENMÖLLER EN JOHAN POLDER
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, voorzitter Convenant Overgewicht en Projectleider Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 bij het RIVM

als het gaat over leefstijl en andere determinanten van ziekte en sterfte.

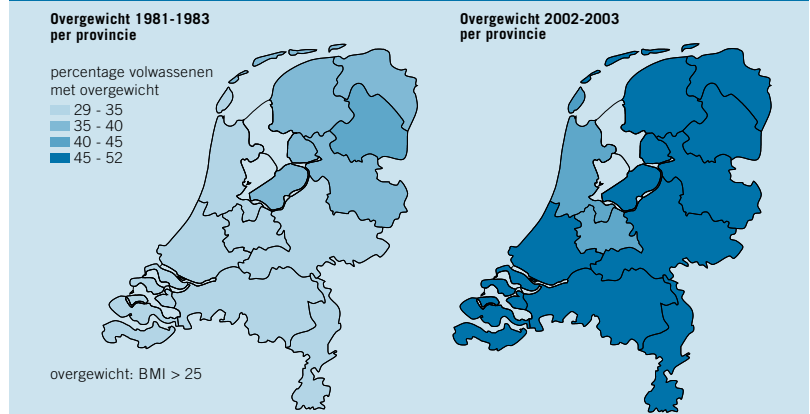
Overgewicht is ook een omvangrijk maatschappelijk en economisch probleem, zoals ook de World Health Organization (WHO) benadrukte in de *European Charter on counteracting obesity* (WHO, 2006; Branca *et al.*, 2007). Dit heeft vele gezichtspunten. Als bedacht wordt dat er op veel plaatsen in de wereld nog gebrek is aan voedsel en mensen honger lijden, kunnen vragen gesteld worden bij de wereldwijde allocatie van calorieën. Maar ook binnen westerse landen heeft overgewicht talrijke maatschappelijke en economische betekenissen. Noem alleen maar de opvallende aanwezigheid van voedsel in het straatbeeld, of de opkomst van grotematenwinkels. Denk aan het openbaar vervoer waar de zitplaatsen steeds krappere lijken te worden. Maar ook aan de beweeg- en afslankindustrie, want reclame en media spiegelen nog steeds het ideaalbeeld van de slanke Nederlander voor. Mensen met overgewicht ontmoeten daarom nogal eens onbegrip of lopen tegen vooroordelen aan. Zo blijkt uit onderzoek van de Aziz Corporation dat maar liefst zeventig procent van de leidinggevenden in grote bedrijven van mening is dat werknemers met overgewicht zichzelf niet kunnen beheersen en geen discipline kennen. Letterlijk zei een van hen: *"Fat people don't work as hard as people who are not fat"* (Porter, 2007). Werkgevers vinden het ook belangrijk dat hun werknemers er goed uitzien. *"Apperance matters in business"*, concludeerde professor Aziz naar aanleiding van zijn onderzoek. In de praktijk betekent dit dat met name vrouwen met overgewicht tegen allerlei belemmeringen aanlopen en niet doorstromen naar hogere functies (Ball *et al.*, 2002; Cawley, 2004; Pagan en Davila, 1997).

De kosten van overgewicht

Overgewicht heeft dus allerlei gevolgen voor de samenleving. Deze betreffen de gezondheidszorg waar we de zorgvraag en de zorgkosten zien toenemen. Daarnaast ondervindt ook het bedrijfsleven de gevolgen van overgewicht, dat in de vorm van ziekteverzuim en verminderde productiviteit maatschappelijke kosten met zich meebrengt. Men zou zelfs de gemiste beroepsmogelijkheden als vorm van opportuniteitskosten in aanmerking kunnen nemen. Die kosten zijn echter tot op heden nog nooit berekend. Uit de literatuur is alleen bekend dat mensen met overgewicht gemiddeld genomen een lager inkomen hebben (Gortmaker *et al.*, 1993), maar of overgewicht hier de oorzaak is of het gevolg, blijft een lastige kwestie. Dit geldt ook voor de onderzoeken die een relatie hebben gevonden tussen overgewicht en schoolprestaties. Kinderen met overgewicht presteren slechter. Gevoel voor eigenwaarde, pesten, psychosociale aspecten en schoolverzuim spelen daarbij een grote rol, waarbij sprake is van een complexe wisselwerking (Taras en Potts-Datema, 2005). Bij allochtone kinderen speelt dit mogelijk nog sterker. Veel Turkse jongens en meisjes zijn te zwaar, en ook onder de Marokkaanse jeugd komt overgewicht veel

Figuur 1

De toename van overgewicht in Nederland, 1981–2003.



Bron: Nationale Zorgatlas, www.zorgatlas.nl

vaker voor dan bij autochtone kinderen. Het is niet ondenkbaar dat er daarbij een verband is met de schoolprestaties en het carrièreperspectief van deze kinderen. Dit is echter nog nooit in economische termen uitgedrukt.

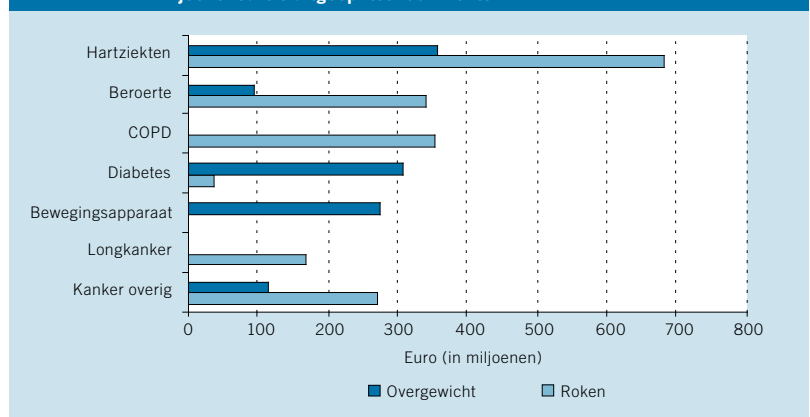
De meeste onderzoeken concentreren zich op de kosten van de gezondheidszorg (directe kosten) en de productiviteitsverliezen door ziekteverzuim en vervroegde uitreding uit het arbeidsproces (indirecte kosten) (Polder en Heijink, 2007). Voor de vijftien oorspronkelijke lidstaten van de Europese Unie zijn de totale kosten van extra zorg en gederfde productiviteit door overgewicht geraamd op 32,8 miljard euro (Fry en Finley, 2005). Het betreft een voorzichtige schatting, die als belangrijk nadeel heeft dat de kosten alleen voor Engeland empirisch zijn vastgesteld en daaruit voor de andere landen zijn afgeleid. Helaas is geen rekening gehouden met verschillen tussen landen in de vormgeving van de gezondheidszorg en de sociale zekerheid. Dit beperkt de betekenis van het eindbedrag, en het is daarom van belang om per land gedetailleerder naar de kosten van overgewicht te kijken. Dit is in verschillende wetenschappelijke studies gedaan, zowel voor de zorgkosten als voor de kosten van ziekteverzuim. Hieronder worden de bevindingen samengevat met specifieke aandacht voor de Nederlandse situatie.

Zorgkosten

Periodiek maakt het RIVM een overzicht van alle zorgkosten, uitgesplitst naar ziekte, leeftijd en geslacht. De meest recente editie heeft 2003 als peiljaar (Slobbe *et al.*, 2006). Daarin zijn ook de zorgkosten van ongezond gedrag geanalyseerd (Van Baal *et al.*, 2006a). De kosten van overgewicht werden berekend op 1,2 miljard euro, overeenkomend met twee procent van de totale zorguitgaven (in de definitie van de Zorgrekeningen van het CBS). Ter vergelijking: aan roken werd 3,7 procent van de totale zorgkosten toegewezen en aan een verhoogde

Figuur 2

Zorgkosten van overgewicht (BMI ≥ 30) en roken in 2003. Kosten in miljoenen euro's uitgesplitst naar ziekten.



Bron: Van Baal *et al.*, 2006a

bloeddruk 3,3 procent. De zorgkosten van overgewicht houden met name verband met de behandeling van hartziekten, diabetes en aandoeningen van het bewegingsapparaat, en verder ook met beroerte en kanker (Figuur 2).

Het Nederlandse cijfer lijkt aardig te sporen met buitenlandse gegevens (Tabel 1; Polder en Heijink, 2007). In de meeste landen vallen de zorgkosten van overgewicht binnen een marge van anderhalf tot drie procent van de totale zorgkosten. Alleen de Verenigde Staten en Japan vallen daarbuiten met beduidend hogere respectievelijk lagere kosten. De variatie houdt ongetwijfeld verband met de verschillende afkappunten die voor overgewicht zijn gehanteerd, verschillen in prevalenties en peiljaren, en ook met de omvang van de gezondheidszorg die van land tot land verschilt. Verder kan gewezen worden op verschillen van methodologische aard, waardoor met name ook de resultaten van de diverse Amerikaanse studies onderling sterk verschillen.

In principe moet het dus mogelijk zijn om door preventie van overgewicht ruim een miljard euro op de gezondheidszorg te besparen. Hierbij past echter wel enige nuancering. Ten eerste zal het veel moeite en geld kosten om mensen van hun overgewicht af te helpen en om toekomstig overgewicht te voorkomen. Deels zullen deze kosten als nieuwe zorgkosten worden aangemerkt, zoals in het geval van programma's als Bewegen op recept. Ten tweede gaan de kosten pas op termijn dalen. De komende jaren werkt de huidige aanwezigheid van overgewicht namelijk nog gewoon door in de zorgkosten. Preventie is een kwestie van lange adem. Ten derde zullen bij effectieve preventie van overgewicht in de verre toekomst de zorgkosten weer stijgen, omdat de levensverwachting toeneemt (Van Baal *et al.*, 2008). Voor de preventie van roken geldt dit in nog sterkere mate omdat roken tot veel meer sterfte leidt. Over de betekenis van de toekomstige zorgkosten bestaat echter veel debat. Omdat ze onlosmakelijk verbonden zijn aan de gezondheidswinst die door preventie wordt behaald, moeten ze voor een zuiver beeld van alle kosten en baten in de afweging worden betrokken (Polder, 2008). Tegelijkertijd moet er niet te veel nadruk op de zorgkosten in gewonnen levensjaren vallen. Immers, het uiteindelijke doel van preventie en zorg is het behalen van gezondheidswinst en niet het besparen van zorgkosten. Overigens blijkt uit kosten-effectiviteitsanalyses dat de kosten in gewonnen levensjaren slechts van beperkte invloed zijn voor de doelmatigheid van interventies (Van Baal *et al.*, 2006b). Ook al worden deze kosten meegeteld, dan nog blijkt preventie van overgewicht (en van roken) een doelmatige manier te zijn om de volksgezondheid substantieel te verbeteren. Andere baten zoals lagere verzuimkosten komen daar nog bovenop.

Verzuimkosten

Overgewicht hindert mensen in hun beweging en bezigheden. Voor werknemers in de Verenigde Staten is dit onderzocht door Hertz en zijn collega's (2004). Zij vroegen werknemers of zij beperkingen ondervonden in het type of de hoeveelheid werk die zij konden doen, door fysieke, psychische of emotionele problemen. Bij mensen met obesitas bleek dit op alle leeftijden twee keer zo hoog te zijn dan bij de overige werknemers. Tussen mensen met overgewicht en mensen met een normaal gewicht werden geen verschillen gevonden.

Van de 40-59-jarigen, bijvoorbeeld, ondervond acht procent van de obese werknemers beperkingen in het werk, terwijl dit voor hun leeftijdgenoten met een lager gewicht 3,6 procent was. De onderzoekers legden geen verband met ziekteverzuim en de kosten van verminderde arbeidsproductiviteit. Wolf en Colditz (1998) deden dit in een oudere studie uit de jaren negentig wel. Zij concludeerden dat de productiviteitsverliezen door overgewicht in de Verenigde Staten eenzelfde bedrag beliepen als de zorgkosten (beide rond de vijftig miljard dollar). Voor Engeland zijn de totale kosten van overgewicht in 2002 berekend op 3,5 miljard pond. Dertig procent daarvan hield verband met het hogere zorggebruik, nog eens dertig procent was toe te wijzen aan productiviteitsverlies door vroegtijdig overlijden en veertig procent was het gevolg van ziekteverzuim (House of Commons, 2004). De resultaten van beide studies zijn echter niet zomaar toepasbaar op de Nederlandse situatie, zowel door de andere samenstelling van de beroepsbevolking als vanwege de geheel andere economie en samenleving in de Verenigde Staten en in Engeland. Voor Nederland is in verband met de productiviteitsverliezen als gevolg van overgewicht door de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ,

Tabel 1

Zorgkosten van overgewicht in een aantal landen binnen en buiten Europa. Kosten in procenten van de totale zorguitgaven.

Land	Peiljaar	Criterium overgewicht (BMI)	Aandeel in zorguitgaven
Europa			
Nederland	2003	≥30	2,0
Duitsland	2001	≥30	1,2-2,6
België	1999	≥30	3,0
Frankrijk	1992	≥27, ≥30	0,6-1,8
Engeland	2002	≥30	2,3-2,6
Zweden	2003	≥30	1,8
Buiten Europa			
VS	1994-2000	≥25, ≥30	2,7-7,3
Canada	1997-2001	≥27, ≥30	1,6-2,4
Australië	1995-1996	≥30	1,7-3,2
Japan	1995-1998	≥30	0,2

Bron: Polder en Heijink, 2007

2002) een bedrag van twee miljard euro genoemd. Helaas wordt niet duidelijk waarop deze schatting is gebaseerd. Om toch wat inzicht in de Nederlandse situatie te krijgen, zijn een aantal gegevens uit verschillende bronnen bij elkaar gezet (Tabel 2). We beperken ons daarbij tot de kosten van ziekteverzuim. Uit een representatieve steekproef onder Nederlandse werknemers is bekend hoe in de jaren negentig het ziekteverzuim verband hield met overgewicht, gezuiverd voor andere invloeden (Jans *et al.*, 2007). Omdat het gemiddeld aantal verzuimdagen in het achterliggende decennium gedaald is, hebben we de verzuimduur (voor alle categorieën) lineair terugschaald naar het niveau in 2005. In combinatie met gegevens over de prevalentie van overgewicht en obesitas in de bevolking van 20-64 jaar, het aantal werknemers en de totale verzuimkosten, konden wij een globale schatting maken van de verzuimkosten ten gevolge van overgewicht en obesitas.

In 2005 bedroegen de totale verzuimkosten zes miljard euro (Stegeman, 2005). De helft daarvan blijkt voor rekening te komen van werknemers met overgewicht (Tabel 2). Voor een reële schatting van het effect van overgewicht moeten we echter niet naar deze drie miljard euro kijken, maar naar de meerkosten ten opzichte van mensen met een normaal gewicht. Voor obese mensen waren de verzuimkosten zeventig procent hoger dan voor mensen met een normaal gewicht. Voor mensen met minder ernstig overgewicht ging het om negen procent. Voor heel Nederland bedroegen de extra verzuimkosten door overgewicht en obesitas (afgerond) 600 miljoen euro. Hieruit volgt dat door overgewicht en obesitas de totale kosten van ziekteverzuim met elf procent toenemen. Het gaat om een zeer globale schatting. Er is geen rekening gehouden met productiviteitsverliezen tijdens het werk, noch met vervroegde uittreding door arbeidsongeschiktheid of sterfte. Ook verschillen tussen beroepsgroepen zijn niet meegenomen. Nader onderzoek is hier zeker op zijn plaats. Maar dit laat onverlet dat er goede gronden zijn om aan te nemen

Tabel 2

Globale schatting van de kosten van ziekteverzuim door overgewicht in 2005.

	Aantal werknemers (x 1.000) ¹	Gemiddeld ziekteverzuim (dagen) ²	Kosten (mln euro) ³	Meerkosten ten opzichte van werknemers met BMI < 25 (mln euro)	Factor
Normaal gewicht (BMI < 25)	4.469	16,9	2.938	0	1,00
Overgewicht (25 ≤ BMI < 30)	2.864	18,4	2.059	176	1,09
Obesitas (BMI ≥ 30)	897	28,6	1.003	413	1,70
Totaal	8.231	18,2	6.000	588	1,11

¹ Totaal aantal werkzame personen in 2005 volgens de Arbeidsrekeningen van het CBS. Verdeling over gewichtscategorieën op basis van de POLS-enquête van het CBS. Verondersteld is dat de verdeling bij de werkzame personen gelijk is aan die in de totale bevolking in de leeftijdscategorie 20–64 jaar.

² Gebaseerd op Jans *et al.* (2007). De verzuimgegevens dateren uit de jaren negentig en zijn (lineair) teruggeschaald naar het lagere verzuim in 2005 op basis van de Nationale Verzuimstatistiek van het CBS.

³ Totale kosten van ziekteverzuim in 2005 volgens het CPB (Stegeman, 2005).

dat overgewicht niet alleen tot extra zorgkosten leidt, maar ook het bedrijfsleven confronteert met omvangrijke kosten. Overgewicht heeft ook economische gewicht.

Bied tegenwicht aan overgewicht

Overgewicht is een omvangrijk probleem. Het tegengaan van overgewicht en het voorkomen dat mensen obese worden is een van de belangrijkste volksgezondheidsvraagstukken van dit moment. Meer nog: het is een maatschappelijk vraagstuk met hoge prioriteit. Het raakt de gehele samenleving, waarbij meerdere belangen parallel lopen. Dit laatste kan een sterk punt zijn in de strijd tegen overgewicht. Preventie is namelijk niet eenvoudig en gedragsverandering blijkt zelfs uiterst moeilijk te zijn. Daarom is een gezamenlijke aanpak via meerdere lijnen noodzakelijk. Alles draait er daarbij om dat mensen gemakkelijk en vanzelfsprekend kiezen voor gezonde producten en meer lichaamsbeweging. Met dat doel heeft de overheid, samen met de levensmiddelenindustrie, horeca, werkgevers, zorgverzekeraars en sportorganisaties, het Convenant Overgewicht opgesteld. Het Convenant zet een breed pakket van maatregelen in, variërend van massamediale campagnes tot gerichte interventies. Het gaat daarbij onder meer om de ontwikkeling van één logo voor gezonde producten en het bevorderen van een gezonder aanbod in supermarkten, schoolkantines en bedrijfsrestaurants. Verder wordt beweging gestimuleerd, zowel op het werk als op school. Bedrijfsfitness en lunchwandelen zijn inmiddels ingeburgerde begrippen, en op scholen staan de gymlessen weer hoger op de agenda. Speciale aandacht krijgen de veertig geselecteerde wijken, zodat er ook voor kinderen in achterstandswijken voldoende mogelijkheden zijn om veilig buiten te spelen. Zijn kinderen reeds te dik, dan is de inzet dat zij begeleiding krijgen van een diëtist. Er zou nog veel meer te noemen zijn, maar de kern komt steeds op hetzelfde neer: bied tegenwicht aan overgewicht.

SINDS 1916

LITERATUUR

- Baal, P.H.M. van, R. Heijink, R.T. Hoogenveen en J.J. Polder (2006a) *Zorgkosten van ongezond gedrag in Nederland 2003 – Zorg voor euro's – 3*. RIVM-rapport 270751015. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Baal, P.H.M. van, G.A. de Wit, T.L. Feenstra, H.C. Boshuizen, W.J.E. Bemelmans, M.A.M. Jacobs-van der Bruggen en R.T. Hoogenveen (2006b) *Bouwstenen voor keuzes rondom preventie in Nederland*. RIVM-rapport 260901001. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Baal P.H.M. van, J.J. Polder, G.A. de Wit, R.T. Hoogenveen, T.L. Feenstra, H.C. Boshuizen, P.M. Engelfriet en W.B.F. Brouwer (2008) Lifetime medical costs of obesity: Prevention no cure for increasing health expenditure. *PLoS Medicine*, 5(2), e29.
- Ball, K., G. Mishra en D. Crawford (2002) Which aspects of socioeconomic status are related to obesity among men and women? *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 26(4), 559–565.
- Branca, F., H. Nikogosian en T. Lobstein (2007) *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Copenhagen: World Health Organization.
- Cawley, J. (2004) The labor market impacts of obesity. In: Philipson, T., C. Dai en L. Helmenich (red.) *The economics of obesity – A report on the workshop held at USDA's Economic Research Service*. Washington.
- Fry, J. en W. Finley (2005) The prevalence and costs of obesity in the EU. *Proceedings of the Nutrition Society*, 64(3), 359–362.
- Gortmaker, S.L., A. Must, J.M. Perrin, A.M. Sobol en W.H. Dietz (1993) Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *The New England Journal of Medicine*, 329(14), 1008–1012.
- Hertz, R.P., A.N. Unger, M. McDonald, M.B. Lustik en J. Biddulph-Krentar (2004) The impact of obesity on work limitations and cardiovascular risk factors in the U.S. workforce. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(12), 1196–1203.
- Hollander, A.E.M. de, N. Hoeymans, J.M. Melse, J.A.M. van Oers en J.J. Polder (2006) *Zorg voor gezondheid – Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. RIVM-rapport 270061003. Bilthoven: RIVM centrum VTV.
- House of Commons (2004) *Cost of obesity in England, United Kingdom, 1998, 2002*. Londen.
- Jans, M.P., S.G. van den Heuvel, V.H. Hildebrandt en P.M. Bongers (2007) Overgewicht, obesitas en verzuim in de Nederlandse werkende bevolking. *TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 85(5), 268–273.
- Pagan, J.A. en A. Davila (1997) Obesity, occupational attainment, and earnings: Consequences of obesity. *Social Science Quarterly*, 78(3), 756–770.
- Polder, J.J. en R. Heijink (2007) Economic consequences of obesity. In: Branca, F., H. Nikogosian en T. Lobstein (red.) *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Copenhagen: World Health Organization, 28–34.
- Polder, J.J. (2008) *Veelkleurig grijs – Economische aspecten van volksgezondheid en zorg*. Rede uitgesproken bij de openbare aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de economische aspecten van Volksgezondheid en Zorg aan de Universiteit van Tilburg op vrijdag 25 januari 2008.
- Porter, M. (2007) Big staff, big prejudice. *The London Paper*. 3 mei 2007.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002) *Gezondheid en gedrag*. Zoetermeer.
- Slobbe, L.C.J., G.J. Kommer, J.M. Smit, J. Groen, W.J. Meerding en J.J. Polder (2006) *Kosten van ziekten in Nederland 2003: Zorg voor euro's – 1*. RIVM-rapport 270751010. Bilthoven: RIVM centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV).
- Stegeman, H. (2005) *De conjunctuurgevoeligheid van ziekteverzuim*. CPB Document 99. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Taras, H. en W. Potts-Datema (2005) Obesity and student performance at school. *Journal of School Health*, 75(8), 291–295.
- Wolf, A.M. en G.A. Colditz (1998) Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. *Obesity Research*, 6(2), 97–106.
- World Health Organization (2006) *European Charter on counter-acting obesity*. Genève: WHO.