

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1704

Vragen van het lid **Leijten** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het beleid ten aanzien van obesitas* (ingezonden 8 februari 2012).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 2 maart 2012).

Vraag 1

Deelt u de mening dat de toename van het overgewicht in Nederland, zoals onlangs is gebleken uit een rapport van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), een zorgwekkende ontwikkeling is? Onderneemt u voldoende om deze ontwikkeling te keren? Wilt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 1

De toename van overgewicht in Nederland vind ik een zorgwekkende ontwikkeling. Overgewicht is en blijft een speerpunt in het preventiebeleid. Dit komt onder andere tot uitdrukking in de Landelijke nota Gezondheidsbeleid en Beleidsbrief Sport die ik in mei vorig jaar aan uw Kamer heb gestuurd.

Overgewicht is een complex maatschappelijk probleem dat niet door de overheid alleen is terug te dringen. Binnen de mogelijkheden die de overheid heeft, lever ik een stevige positieve bijdrage om het probleem van overgewicht aan te pakken. Ik zet daarbij in op een brede en integrale aanpak. Een hoeksteen van mijn beleid is dat ik aansluiting zoek bij de leefwereld van mensen, bijvoorbeeld door middel van mijn inzet voor sport in de buurt. Vanaf 2012 gaat er jaarlijks 70 miljoen euro naar het programma Sport en Bewegen in de Buurt, waar de inzet op o.a. buurtsportcoaches ook onder valt. Daarnaast ben ik met de industrie bezig om te kijken hoe we voedsel minder calorierijk, met minder verzadigd vet en zout aan kunnen bieden. Er lopen diverse projecten waarin private en publieke partijen bezig zijn om van de gezonde keuze de makkelijke keuze te maken. Voor mijn gezond gewicht beleid maak ik zo veel mogelijk gebruik van effectieve interventies en aanpakken. De Gezonde Schoolkantine en JOGG (Jongeren op Gezond Gewicht) zijn hier mooie voorbeelden van die laten zien dat onze aanpak en inzet werkt.

Naast deze initiatieven zet ik in op toegankelijke en betrouwbare informatie via het Voedingscentrum, zodat mensen bewust een eigen keuze kunnen maken. Door het beschikbaar stellen van deze middelen en faciliteiten worden de mensen in staat gesteld om hiervan laagdrempelig gebruik te maken.

Hierin past ook de ontwikkeling van één landelijk voedselkeuzelogo dat mensen kan ondersteunen in het maken van een gezonde keuze.

Vraag 2

Heeft u een onderzoek verricht naar de effectiviteit van uw beleid van sporten in de buurt ter vervanging van leefstijlinterventie door diëtisten? Zo ja, wat waren de bevindingen van dit onderzoek en wilt u dit onderzoek aan de Kamer doen toekomen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 2

U suggereert dat het beleid programma «Sporten en Bewegen in de Buurt» (SBB) een vervanging is van de leefstijlinterventie voor diëtisten. Dit is niet het geval. Er is geen rechtstreeks verband tussen het besluit diëetadvisering uit het pakket te halen en het programma SBB.

Vraag 3

Heeft u, naast praktische, ook morele bezwaren tegen verzekeraars die mensen met overgewicht meer premie willen laten betalen? Wilt u uw antwoord toelichten?¹

Antwoord 3

Het voorbeeld dat in de media verschenen is, betreft een verzekeringspremie van een overlijdensrisicoverzekering². Een verzekeraar wil een zo goed mogelijke risico-inschatting maken en de premie daar op afstemmen. Dit is toegestaan voor levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Een overlijdensrisicoverzekering is een type levensverzekering dat hier onder valt. Ik heb alleen morele bezwaren tegen verzekeraars die mensen met overgewicht meer premie laten betalen als de wet dat verbiedt, bijvoorbeeld in het geval van de zorgverzekering. De toegang tot de zorgverzekering is immers voor iedereen gewaarborgd in de Zorgverzekeringswet. Voor het overige staat het verzekeraars vrij om binnen de ruimte die de wetgeving biedt hun bedrijf uit te oefenen.

Vraag 4 en 5

Welke verzekeraars doen aan premiedifferentiatie op basis van overgewicht, en welke zorgverzekeraars?

Wat onderneemt u tegen zorgverzekeraars die premiedifferentiatie op basis van overgewicht toepassen?

Antwoord 4 en 5

Bij de zorgverzekering is premiedifferentiatie niet toegestaan. Wat zorgverzekeraars aan overgewicht gerelateerde premiedifferentiatie doen bij de aanvullende ziektekostenverzekering is mij niet bekend. Hetzelfde geldt voor verzekeraars die andere soorten verzekeringen aanbieden.

Vraag 6

Erkent u dat het consequent door u aanduiden van obesitas en rookverslaving als «leefstijlkeuzes» de solidariteit onder druk zet en tot stigmatisering van mensen met overgewicht en verslaving kan leiden? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 6

Nee, dat ben ik niet met u eens, integendeel. Door obesitas en rookverslaving consequent aan te duiden als »leefstijlkeuzes» hoop ik een gezamenlijk besef van urgentie voor deze problemen te creëren. Met nadruk op gezamenlijk. Want primair maken mensen zelf de keuze wat en hoeveel ze eten, snoepen, drinken of roken en hoeveel ze bewegen. De overheid en partners zoals de gemeenten, zorgprofessionals, scholen, werkgevers en maatschappelijke partijen kunnen helpen bij leefstijlverandering. Zorgprofessionals die mensen in de spreekkamer krijgen met een hoog gezondheidsrisico, mede als gevolg van ongezonde leefstijl, kunnen hen bijvoorbeeld op de gevolgen wijzen en kennis geven hoe de levensstijl te veranderen en dat begeleiden.

¹ Nederland 1, Pauw en Witteman, 1 februari 2012.

² Nu.nl, 31 januari 2012: <http://www.nu.nl/algemeen/2728971/verzekeraars-vragen-hogere-premie-bij-overgewicht.html>

Door het probleem te benoemen en hierin ook de eigen verantwoordelijkheid van mensen en het gemeenschappelijke te onderschrijven, wil ik juist de solidariteit vergroten. Daarnaast zet ik doelbewust in op een positief leefstijlbeleid waarin ik positieve prikkels door middel van de gezonde keuze, de makkelijke keuze en sport en beweging in de buurt stimuleer. Dit is ook bedoeld om mogelijke stigmatisering en negatieve beleving van leefstijl en de keuzes die je erin kunt maken, te voorkomen.

Vraag 7

Ziet u, naast persoonlijke «leefstijlkeuzes» van mensen ook maatschappelijke oorzaken van de toenemende obesitas? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 7

Ja, deze zie ik. In de huidige maatschappij zijn veel prikkels voor mensen om ongezond te leven. We bewegen veel minder; pakken bijvoorbeeld de auto en de afstandsbediening. Overal om ons heen is voedsel in overvloed. Deze tendens is derhalve zichtbaar in de gehele westerse, geïndustrialiseerde wereld. Sport- en beweegaccommodaties zijn ook vaak aan de rand van de stad of 's avonds onaantrekkelijk om te benutten.

Met het huidige beleid probeert dit kabinet de gezonde keuze de gemakkelijke keuze te maken. Hiermee wil ik bewerkstelligen dat mensen meer positieve prikkels krijgen om gezond te leven. Dat zit in het aantrekkelijk en laagdrempelig maken van voorzieningen als ook inzet op goede, betrouwbare informatievoorziening. Dit betekent onder andere goede voorlichting op scholen, gezonde schoolkantines en sportmogelijkheden stimuleren dichtbij huis.

Vraag 8

Herinnert u zich uw interview waarin u stelde dat diabetesbehandeling door de diëtist nog wel wordt vergoed? Wat gaat u doen voor diabetes- en COPD-patiënten en mensen met cardiovasculaire risico's die geen dieetadviesing vergoed krijgen omdat de zorgverzekeraar deze uitsluitend wil vergoeden als onderdeel van een pakket multidisciplinaire zorg? Wilt u uw antwoord toelichten?³

Antwoord 8

Voor mij staat voorop dat mensen met chronische aandoeningen, waaronder diabetes, COPD en cardiovasculair risico, kwalitatief goede zorg krijgen aangeboden. Juist vanwege het kwaliteitsaspect is er alleen aanspraak op dieetadviesing in het kader van gecoördineerde multidisciplinaire zorg van de genoemde aandoeningen. In de praktijk betekent dit dat de zorg via daartoe bepaalde zorgstandaarden dient te worden geleverd. Als er plaatsen zijn waar deze zorg niet volgens betreffende zorgstandaarden kan worden geleverd, zijn zorgverzekeraars en zorgverleners aan zet om hier verandering in te brengen.

Vraag 9

Deelt u de mening dat dieetadviesing niet inhoudt het wegwerken van (ministeriële) «kerstkilo's», maar bijvoorbeeld de behandeling van kinderen met overgewicht en allergieën, patiënten met ondervoeding, zwangere vrouwen met diabetes behelst? Zo ja, waarom onthoudt u deze zorg aan mensen die dit niet zelf kunnen betalen of zich geen aanvullende verzekering kunnen veroorloven?³ Zo nee, waarom niet?

Antwoord 9

Ik deel inderdaad de mening dat dieetadviesing zich niet richt op een paar kerstkilo's. Eerder heb ik echter duidelijk gemaakt dat naar mijn mening dieetadviesing voor eigen risico en rekening kan komen. Daarbij geldt voor mij ook de overweging dat de voormalige aanspraak op dieetadviesing maximaal vier uur per jaar betrof. Dat is een beperkt aantal met navent overzienbare kosten. Zeker als ik uit de jongste rapportage van het NIVEL lees, dat in de regel aanmerkelijk minder dieetadviesing wordt afgenomen (mediaan 2,5 uur). Om de kosten van de zorg in de komende jaren beheersbaar te houden, ben ik genoodzaakt om bezuinigingsmaatregelen te nemen.

³ Algemeen Dagblad, 31 januari 2012.

Ik neem dan liever maatregelen binnen zorgvarianten waar mensen zelf de financiële verantwoordelijkheid kunnen dragen, in plaats te korten in dure, maar noodzakelijke behandeltechnieken of geneesmiddelen.

Vraag 10

Bent u ervan op de hoogte dat zich inmiddels faillissementsaanvragen en ontslagen voordoen onder diëtisten als gevolg van het uit het pakket schrappen van deze zorg? Is dit het beoogde effect van uw beleid? Zo nee, op welke wijze kan deze kennis-, kapitaal- en banenvernietiging worden voorkomen?

Antwoord 10

Mijn beleid is er niet op gericht om diëtistenpraktijken failliet te laten gaan. Dat neemt niet weg dat ik de praktijkvoering en het succes daarvan in de eerste plaats reken tot het ondernemersrisico van de desbetreffende diëtist.

Vraag 11

Bent u ervan op de hoogte dat reclame, bijvoorbeeld voor voedings- of genotsmiddelen doorgaans wordt ontwikkeld door deskundigen en volgens de laatste inzichten over psychologische beïnvloeding van mensen en derhalve ook uiterst effectief is? Zou uw concept van «eigen verantwoordelijkheid» niet meer in verhouding zijn indien u ook de industrie aanpakte? Wilt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 11

Ik ben op de hoogte dat reclame een vorm van communicatie is met het doel om (potentiële) klanten te beïnvloeden om tot de aanschaf van producten en diensten te komen. Reclame is onderworpen aan regels in de Reclamecode, waar ook de industrie zich aan dient te houden. In de Reclamecode voor voedingsmiddelen is bijvoorbeeld een verbod voor reclame gericht op kinderen tot 7 jaar opgenomen. Reclame is echter wel een onlosmakelijk onderdeel van onze leefwereld. Daarom is het belangrijk dat mensen worden ondersteund in hun verantwoordelijkheid. Het kabinet ondersteunt de eigen verantwoordelijkheid door in te zetten op weerbaarheid van jongeren, informatievoorziening en programma's zoals Mediawijsheid.