



Centrum voor
Ethiek en
Gezondheid



Door dik en dun?

*Gewichtsverlagende
medicatie in het
basispakket*

Publicatienummer: 2024/02
ISBN/EAN: 978-90-5732-338-6

Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) signaleert en informeert over nieuwe en actuele ethische vraagstukken op het gebied van gezondheidszorg en biomedisch onderzoek, die van belang zijn voor overheidsbeleid.

Het CEG is een samenwerkingsverband tussen de Gezondheidsraad en de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.

Centrum voor
Ethiek en
Gezondheid

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
070 - 340 50 60
info@ceg.nl | www.ceg.nl

Inhoudsopgave

Inleiding	4
Thema 1: Voorkomen en genezen	12
Thema 2: Ziek en niet ziek	14
Thema 3. Private en publieke belangen	18
Thema 4. Individuele en collectieve verantwoordelijkheid	22
Tot Slot	26
Bijlagen	28
Literatuur	28
Bijlage 1: Gespreksvragen per thema	32
Bijlage 2: Lijst van geconsulteerden	34
Bijlage 3: Verantwoording en samenstelling CEG	35

Inleiding

Steeds meer mensen in Nederland hebben overgewicht of obesitas. Het aantal mensen met obesitas is in de afgelopen 40 jaar verdrievoudigd.⁽¹⁾ In 2023 had zo'n 50% van de Nederlandse bevolking overgewicht, waarvan bij zo'n 16% sprake was van obesitas.⁽²⁾ Volgens de richtlijn 'Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen' is bij volwassenen sprake van overgewicht bij een BMI van 25-29.9. Bij een BMI van 30 of hoger wordt gesproken van obesitas, waarbij een onderverdeling geldt in klasse I (BMI 30-34.9), klasse II (BMI 35-39.9) en klasse III (BMI \geq 40).⁽³⁾ De toename van het aantal mensen met overgewicht en obesitas in Nederland past in een wereldwijde trend.⁽⁴⁾ Overgewicht en obesitas verhogen het risico op gezondheidsproblemen, zoals gewrichtsklachten, hart- en vaatziekten, diabetes type 2 en bepaalde soorten kanker. Ook kunnen overgewicht en obesitas leiden tot mentale gezondheidsproblemen, zoals depressie, en los daarvan bovendien tot stigmatisering.⁽⁵⁻⁸⁾

De overheid heeft een grondwettelijke plicht om maatregelen te nemen ter bevordering van de volksgezondheid.⁽⁹⁾ De sterke toename van het aantal mensen met overgewicht en obesitas vraagt van de overheid dat ze zich inspant om die toename terug te dringen. De vraag is wat de invulling van deze overheidstaak precies zou moeten inhouden, zowel wat betreft het voorkómen als wat betreft het behandelen van overgewicht en obesitas. Programma's als de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) om mensen met overgewicht te stimuleren om gezond te eten en te bewegen zijn over het algemeen maar matig effectief: de gemiddelde gewichtsafname is 3,5%.^(10,11) Dit valt onder andere te verklaren doordat weinig bewegen en ongezond eten vaak samenhangt met diverse andere problemen die een GLI niet aanpakt, zoals chronisch onregelde systemen (zie tekstkader: *Hoe werkt obesitas?*), armoede⁽¹²⁾ en een inrichting van de samenleving die uitnodigt tot weinig bewegen en ongezond eten. Wel blijkt dat 83% van de mensen die een GLI doorlopen, er baat bij heeft in termen van kwaliteit van leven en verlaging van het gewichtsgelateerde gezondheidsrisico (GGR).^(10,11) Het GGR geeft aan in welke mate het risico op gezondheidsproblemen bij overgewicht en obesitas verhoogd is door rekening te houden met BMI, buikomvang en comorbiditeiten.⁽³⁾

Sinds kort is er een gewichtsverlagend medicijn beschikbaar, en er worden de komende jaren verschillende nieuwe gewichtsverlagende medicijnen op de markt verwacht. Semaglutide, een middel dat is ontwikkeld voor de behandeling van diabetes type 2, blijkt ook overgewicht effectief te bestrijden. Het geneesmiddel heeft internationaal razendsnel aan populariteit gewonnen onder de merknamen Ozempic en Wegovy. Gebruikers kunnen zichzelf thuis semaglutide toedienen in de vorm van een wekelijkse injectie. De inzet van deze gewichtsverlagende medicatie is echter omstreden. Zo stellen tegenstanders dat het een veel te dure behandeling is van iets wat in principe te voorkomen is. Een gemiddelde wegwerpspuit met gewichtsverlagende medicatie kost momenteel rond de € 338.⁽¹⁵⁾

HOE WERKT OBESITAS?

Obesitas is meer dan alleen zwaarlijvigheid. De gezondheidsproblemen die gerelateerd zijn aan obesitas worden grotendeels door buikvet veroorzaakt. Dit vetweefsel functioneert als een orgaan dat hormonen maakt die het hongergevoel, de verbranding en ook het immuunsysteem beïnvloeden. Bij obesitas is het buikvetweefsel chronisch licht ontstoken, waardoor de hormoonhuishouding van het buikvet en daarmee samenhangende systemen in het lichaam ontregeld raken. Hierdoor ontstaat meer hongergevoel, wordt de verbranding belemmerd en wordt het immuunsysteem verzwakt. Deze ontregelde systemen maken het bijzonder lastig om blijvend gewicht te verliezen, aangezien gewichtsverlies niet leidt tot een reset van de ontregelde systemen.⁽¹³⁾ Dit is waarom obesitas chronisch van aard is.

Er zijn verschillende oorzaken van obesitas. Vaak ontstaat obesitas door een combinatie van factoren. De meest voorkomende oorzaak is een ongezond eetpatroon en te weinig beweging. Andere veelvoorkomende oorzaken zijn slaapttekort, stress, depressie, eetbuistoornis, hormonale disbalans en medicatiegebruik met als bijwerking gewichtstoename (zoals bloeddrukverlagers, pijnmedicatie, diabetes medicatie, antidepressiva). Zeldzame oorzaken zijn schade aan de hypothalamus (hersenstructuur) en genetisch bepaalde obesitas.⁽¹⁴⁾ Hoewel veel mensen met behulp van leefstijlinterventies kunnen afvallen, is dit lang niet voor iedereen mogelijk.

Ook kan het als problematisch gezien worden dat gewichtsverlagende medicatie een individuele medische oplossing is voor een probleem dat bredere sociaal-maatschappelijke oorzaken kent. Bovendien biedt gewichtsverlagende medicatie geen genezing: het moet in principe langdurig worden gebruikt, en als je stopt met het middel, is de kans groot dat het verloren gewicht er weer aankomt.⁽¹⁶⁾ Verder gaat het gebruik vaak gepaard met bijwerkingen,⁽¹⁵⁾ zoals misselijkheid, vermoeidheid en hoofdpijn.

Zorginstituut Nederland (ZiN) adviseert de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) binnenkort of semaglutide in de basisverzekering moet worden opgenomen voor mensen met obesitas en mensen met overgewicht en met één of meer aandoeningen die samenhangen met het gewicht.⁽¹⁷⁾ De beoordeling van ZiN vindt plaats op basis van effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. De beoordeling op basis van deze criteria is van wezenlijk belang voor een zorgstelsel dat iedereen, nu en in de toekomst, toegang biedt tot zorg die passend is en goed werkt. Bij gewichtsverlagende medicatie zoals semaglutide roept vergoeding ook bredere ethische

vragen op die geen onderdeel zijn van de advisering door ZIN. Bijvoorbeeld: hoe wenselijk is het vergoeden van gewichtsverlagende medicatie in een samenleving die uitnodigt tot het opbouwen van overgewicht? Hoe ziet de verdeling van publieke middelen eruit waarbij mensen met obesitas kunnen worden behandeld met gewichtsverlagende medicatie, maar waarbij ook robuust geïnvesteerd kan worden in het adresseren van de maatschappelijke oorzaken van obesitas? Het zijn deze bredere ethische vragen die het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) in deze argumentenwijzer in kaart brengt.

Doel en vraagstelling

Deze argumentenwijzer met ethische vragen rondom gewichtsverlagende medicatie (zoals semaglutide) is bedoeld om de kwaliteit van de maatschappelijke en politieke dialoog over het al dan niet vergoeden van deze geneesmiddelen te bevorderen. Door verschillende argumenten en invalshoeken te benoemen, beoogt het CEG het parlement, de minister van VWS, het ZIN, zorgverzekeraars en de samenleving te ondersteunen in een brede reflectie op processen en criteria waarlangs bepaald wordt of nieuwe gewichtsverlagende middelen al dan niet vergoed moeten worden.

Het CEG onderzocht door middel van interviews met (ervarings)deskundigen en via literatuuronderzoek relevante ethische argumenten en overwegingen over het al dan niet vergoeden van gewichtsverlagende medicatie uit publieke middelen.

Uit de argumenten en overwegingen werden 4 centrale thema's geïdentificeerd:

1. Voorkomen en genezen

Hoe verhoudt het inzetten van publieke middelen via (levens)lang gebruik van dure gewichtsverlagende medicatie voor het behandelen van obesitas zich tot de inzet in termen van middelen, initiatieven en gevoel van urgentie voor het voorkomen van obesitas?

2. Ziek en niet ziek

Wordt obesitas door vergoeding van gewichtsverlagende medicatie meer gezien als biomedisch gezondheidsprobleem dan als sociaal-maatschappelijk probleem en/of gedragsprobleem, en is dat wel of niet in het belang van de groep die het betreft? Wat betekent de inzet van publieke middelen voor deze behandeling van obesitas voor hoe er wordt aangekeken tegen mensen voor wie de behandeling bedoeld is?

3. Private en publieke belangen

Hoe verhoudt het inzetten van publieke middelen zich tot het feit dat het gezondheidsprobleem waar de vergoede behandeling voor bedoeld is mede veroorzaakt wordt door private partijen zoals de voedingsindustrie? En wat te denken – in algemenere zin – van het feit dat winstgedreven private partijen zoals farmaceutische bedrijven profiteren van de collectieve vergoeding van medicijnen?

4. Individuele en collectieve verantwoordelijkheid

Hoe verhoudt het inzetten van publieke middelen voor de behandeling van leefstijlgerelateerde aandoeningen zich tot de vraag in hoeverre het voorkomen en verhelpen van die aandoeningen een kwestie van individuele verantwoordelijkheid is en in hoeverre een kwestie van collectieve verantwoordelijkheid? Is het wenselijk om de persoonlijke verantwoordelijkheid voor het krijgen van obesitas mee te wegen bij de vergoedingsbeslissing, en zo ja, hoe zou deze meegewogen moeten worden?

Afbakening & toepassing

De aanleiding voor deze argumentenwijzer is de vraag of semaglutide (Wegovy) moet worden opgenomen in het basispakket. Zoals hiervoor aangegeven adviseert ZIN de minister van VWS over deze vraag op basis van effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. De argumentenwijzer is een aanvulling op dit advies en gaat in op de samenhang en de complexiteit van de argumenten en de ethische overwegingen in relatie tot vergoedingsvragen over gewichtsverlagende medicatie in algemene zin. Er is bewust gekozen om te kijken naar gewichtsverlagende medicatie, en niet alleen naar specifieke bezwaren tegen semaglutide. De hoge vraagprijs wordt wel genoemd, maar daarop ligt niet de focus. Maar als er sprake is van een hoge vraagprijs, kunnen sommige argumenten meer gewicht krijgen, zoals de noodzaak van het inzetten op preventie en van regulering van marktwerking.

Deze argumentenwijzer focust op ethische afwegingen over de wenselijkheid van vergoeding van gewichtsverlagende medicatie. De argumentenwijzer zou ook breder toegepast kunnen worden voor de maatschappelijke dialoog over het al dan niet vergoeden van andere (nieuwe) geneesmiddelen met een of meer van de volgende kenmerken^a:

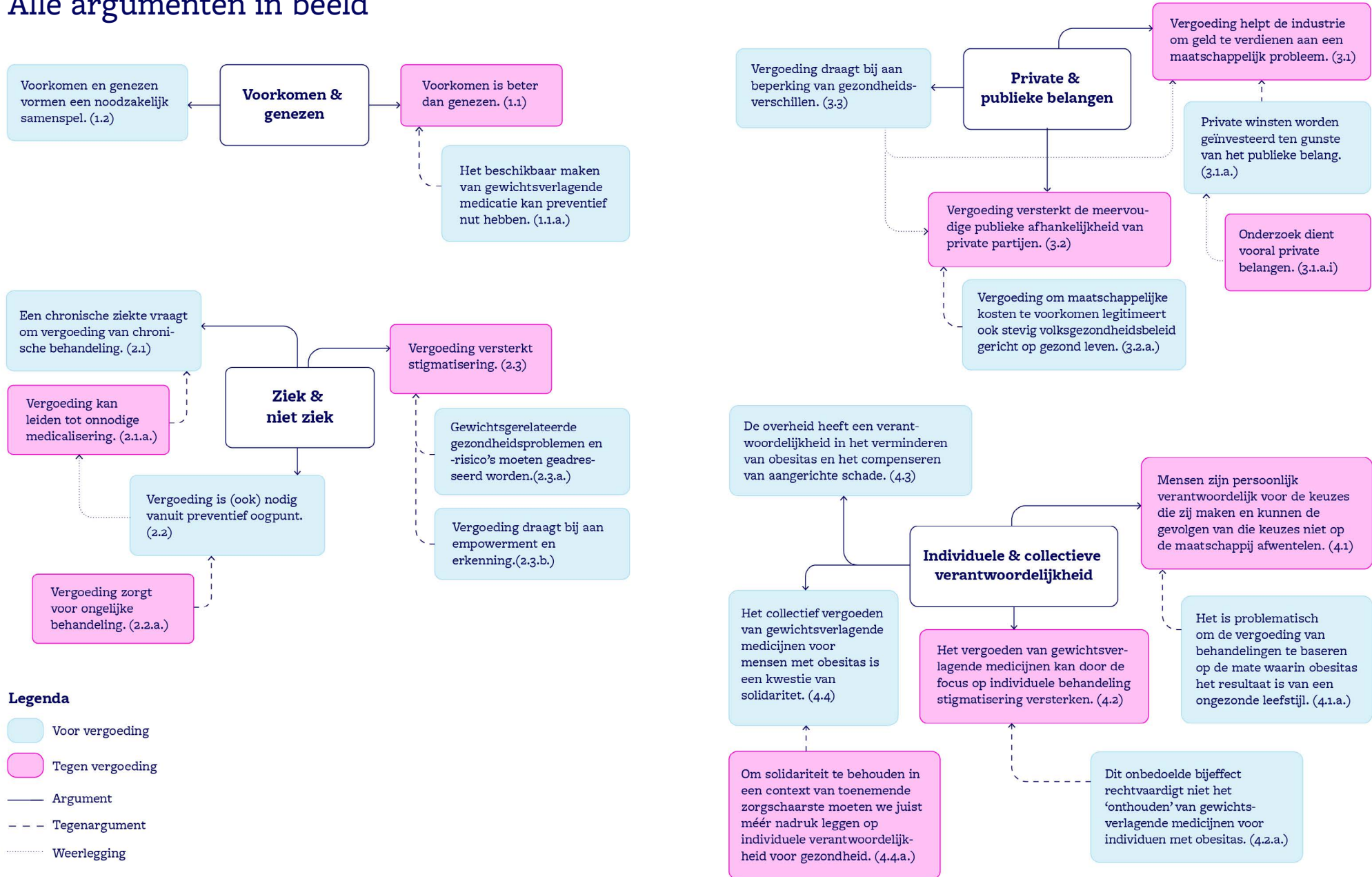
- Het medicijn is bedoeld voor de behandeling van aandoeningen die substantieel worden beïnvloed door leefstijl.
- Het medicijn is bedoeld voor de behandeling van een aandoening waarbij sociaal-maatschappelijke factoren en omgevingsfactoren een onmiskenbare rol spelen in het ontstaan of het in stand houden van de aandoening.
- Het medicijn roept vragen op over de definitie van ziekte en de noodzaak van een medische indicatie voor vergoeding.
- Het medicijn heeft een hoge vraagprijs.

De thema's uit de argumentenwijzer kunnen bij pakketbeslissingen worden toegepast als lenzen om door naar een geneesmiddel te kijken. Een heel ander geneesmiddel dan gewichtsverlagende medicatie dat bijvoorbeeld een combinatie van genoemde kenmerken vertoont, is ADHD-medicatie. Er kan verschillend tegen ADHD worden aangekeken: als stoornis, als gedragsprobleem of als vorm van neurodivergentie waarmee meer rekening gehouden zou kunnen worden op school en werkvloer.

Deze argumentenwijzer geeft kort en bondig een zo uitputtend mogelijk overzicht van relevante argumenten en overwegingen, ondergebracht in 4 thema's. Figuur 1 geeft een beeldsamenvatting van de argumentenwijzer. Deze argumentenwijzer bepaalt niet welk gewicht moet worden toegekend aan welk argument, want hiervoor is juist de politieke en maatschappelijke discussie nodig. Benoemde argumenten als zodanig representeren dan ook niet de zienswijze van het CEG, maar vormen het geheel van (volgens het CEG) relevante invalshoeken. Het CEG trekt onder aan de streep geen conclusie over de wenselijkheid van wel of niet vergoeden van gewichtsverlagende medicatie.

a. Vaak krijgen vergoedingsvraagstukken over medicijnen met deze kenmerken aandacht vanwege een aantal andere (aanvullende) kenmerken, bijvoorbeeld dat een medicijn (levens)lang gebruikt moet worden, aanzienlijke bijwerkingen heeft of bedoeld is voor de behandeling van een aandoening waar al een andere kosteneffectieve behandeling voor bestaat. Deze (aanvullende) kenmerken kunnen inderdaad een aanleiding zijn om vergoeding te bediscussiëren, maar ook bij medicijnen waarop deze (aanvullende) kenmerken niet van toepassing zijn, blijven vragen over de wenselijkheid van vergoeding relevant.

Alle argumenten in beeld



Figuur 1: Beeldsamenvatting argumentenwijzer

Thema 1: Voorkomen en genezen

Het vergoeden van behandelingen van gezondheidsproblemen die mede veroorzaakt worden en mede in stand worden gehouden door sociaal-maatschappelijke factoren en omgevingsfactoren kan ertoe leiden dat publieke ziektepreventie en gezondheidsbevordering onder druk komen te staan. Het beschikbaar komen van medicijnen voor 'maatschappelijke' ziekten roept zo vragen op over de morele aard van oplossingen (zie tekstkader: *Technologische of sociale fix?*) en over hoe de balans tussen voorkomen en genezen eruit zou moeten zien.

TECHNOLOGISCHE OF SOCIALE FIX?

Bij technologische oplossingen voor problemen die in de kern sociaal-maatschappelijk zijn, spreekt men ook wel van een 'technologische fix'. Het onderscheid tussen een technologische fix en een sociale fix wordt vaak gebruikt in relatie tot klimaatverandering, maar is ook relevant in discussies over geneesmiddelen of medische technologieën. Het cochleair implantaat werd door mensen die doof zijn bijvoorbeeld gezien als een problematische 'techfix' van een maatschappelijk probleem: een samenleving die doven niet als gelijkwaardig behandelt.⁽¹⁸⁾

Het gaat hier in de kern om de vraag welke oplossingen beter zijn: oplossingen van technologische of van sociaal-maatschappelijke aard.^(19,20) Charles Mann maakte het onderscheid in de milieufilosofie verder bekend met de metaforische figuren van de 'tovenaar' en de 'profeet'.⁽²¹⁾ Waar de profeet in antwoord op het voorziene onheil pleit voor een (drastische) aanpassing van onze manier van leven, staat de tovenaar voor het geloof in technologie en maakbaarheid.

Op het gebied van ziekte en gezondheid vertaalt zich dat naar de vraag of het voorkomen van ziekten – onder meer door gezonder eten, meer bewegen en onze leefomgeving gezonder maken – beter is dan het genezen van ziekten of het anderszins technologisch fixen van gezondheidsproblemen (pillen slikken, maagverkleiningen). De karikaturen van de 'preventie-profeet' en 'farma-tovenaar' presenteren wellicht een schijntegenstelling, maar kunnen helpen om de aard van de overwegingen en overtuigingen in discussies over gewichtsverlagende medicatie te duiden.

1.1 Argument tegen vergoeding:

Voorkomen is beter dan genezen.

De overheid kan geld maar één keer uitgeven. Dan liever aan voorkomen dan aan genezen. Preventie door het bevorderen van een gezonde leefstijl heeft een breder nut dan alleen een gezond gewicht behouden. Het helpt ook bij het voorkomen van diabetes type 2, hart- en vaatziekten, verschillende vormen van kanker⁽²²⁻²⁴⁾ en mentale gezondheidsproblemen⁽²⁵⁾. Of gewichtsverlagende medicatie hier op de lange termijn ook aan bijdraagt is nog maar de vraag. Bovendien valt er nog veel te winnen op het gebied van preventie door een gezonde leefomgeving te bevorderen.^b Bijvoorbeeld door het reguleren van de voedingsindustrie, waardoor het aanbod van ongezonde voeding binnen de perken kan worden gehouden en gezonde voeding in ieder geval niet duurder en moeilijker te verkrijgen en te bereiden is dan ongezonde voeding. Maar denk ook aan het inzetten op een leef-, woon- en werkomgeving die uitnodigt tot bewegen. Ook weten we dat meer mensen die in armoede leven obesitas ontwikkelen.⁽¹²⁾ Armoedebestrijding biedt ook veel kansen om de publieke gezondheid te bevorderen en gezondheidsverschillen te verkleinen.⁽²⁶⁾ Verder zou het vergoeden van gewichtsverlagende medicatie in het basispakket niet alleen ten koste gaan van geld dat anders aan preventie uitgegeven kan worden, het zou ook de prikkel voor de politiek kunnen wegnemen om in actie te komen tegen sociaal-maatschappelijke oorzaken van obesitas. Tot slot zou vergoeding van deze medicatie op individueel niveau de motivatie om een gezonde leefstijl aan te meten kunnen ondermijnen.

b. Zoals verder uitgewerkt in een nog te verschijnen advies over de voedseltransitie van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.

1.1.a. Tegenargument:**Het beschikbaar maken van gewichtsverlagende medicatie kan preventief nut hebben.**

Preventie heeft vooral het doel mensen op een gezond gewicht te houden, en wanneer er een ander middel is om dit doel te bereiken, is het niet erg dat de bodem onder preventie wordt weggeslagen. Men zou het starten van een behandeling met gewichtsverlagende medicatie ook kunnen zien als een nieuwe, vervangende of aanvullende vorm van preventie. Zo kan een gezonde leefstijl juist gefaciliteerd worden door ondersteuning met gewichtsverlagende medicatie die iemand met obesitas op weg helpt. Het vergoeden van gewichtsverlagende medicatie schept zo dus juist de voorwaarden voor succesvolle preventie. Bovendien kunnen mensen met overgewicht of obesitas later alsnog grootverbruikers van zorg worden door een hoge kans op gewichtsgelateerde gezondheidsproblemen (o.a. hart- en vaatziekten, diabetes type 2, bepaalde soorten kanker, depressie). Het behandelen van overgewicht en obesitas als ziekte met gewichtsverlagende medicatie kan in die zin dus wel een preventieve werking hebben. (Zie ook thema 2: ziek en niet ziek, argument 2.2)

1.2 Argument voor vergoeding:**Voorkomen en genezen vormen een noodzakelijk samenspel.**

Mensen die nu gebaat zouden zijn bij gewichtsverlagende medicatie kun je niet laten wachten op de implementatie en de gewenste effecten van een stevig preventiebeleid. Dat zou hoogstens voor volgende generaties zijn vruchten afwerpen, maar de huidige generatie bestaat uit zo veel mensen met overgewicht en obesitas dat er geen sprake meer is van voorkomen, maar van genezen. Ernstig overgewicht beperkt de kwaliteit van leven aanzienlijk, zeker bij kinderen.⁽²⁷⁻²⁹⁾ Gezien vanuit de plicht tot gezondheidsbevordering moet de overheid én de voorwaarden creëren voor een gezonde leefomgeving en sociaal-maatschappelijke factoren die *niet* aanzetten tot publieke ongezondheid, én gewichtsverlagende medicatie vergoeden zoals ook andere behandelingen voor overgewicht (GLI) en obesitas (GLI, maagverkleining) worden vergoed. Niet vergoeden en volop inzetten op preventie zou betekenen dat je de huidige generatie waarvoor preventie te laat komt in de kou laat staan.

Thema 2: Ziek en niet ziek

Er bestaat een complexe relatie tussen ziekte labels en vergoedingsvraagstukken. Als we een gezondheidsuitkomst een ziekte noemen, dan is dat een belangrijk argument om een behandeling te vergoeden. En vice versa: als er een effectieve behandeling voor een ongewenste gezondheidsuitkomst is, is dat een argument om die uitkomst een ziekte te noemen. Obesitas een ziekte noemen roept de plicht op om obesitas te voorkomen of te behandelen. Sommige filosofen zeggen: de conceptuele vraag wat ziek of gezond feitelijk is, moet losstaan van de normatieve vraag hoe we als samenleving en artsen met ziekten willen omgaan, en moet dus ook losstaan van vergoedingsvraagstukken. Andere filosofen zeggen: in de praktijk loopt dit door elkaar en heeft het ziekte label altijd een effect. De keuze voor het al dan niet vergoeden heeft gevolgen voor hoe de groep mensen die het betreft wordt benaderd. Een sociaal en psychologisch effect van de keuze voor vergoeding van een behandeling kan zijn dat het wordt ervaren als een legitimering van (zorg)behoeften, gedrag en 'anders-zijn', en als erkenning voor de ervaren ziektelast. Anderzijds kan het vergoeden van een behandeling soms juist ook ervaren worden als (verder) stigmatiserend en als medicalisering van iets wat niet (altijd) als medisch probleem wordt ervaren. Het al dan niet vergoeden van een behandeling heeft mogelijk ook gevolgen voor de mate waarin mensen zelf verantwoordelijkheid nemen voor hun gezondheid. Dat komt aan bod bij thema 4: Individuele en collectieve verantwoordelijkheid.

2.1 Argument voor vergoeding:

Een chronische ziekte vraagt om vergoeding van chronische behandeling.

Volgens de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) is obesitas een chronische, complexe ziekte die gekenmerkt wordt door overmatige vetophopingen die de gezondheid kunnen schaden.⁽³⁰⁾ Voor een chronische ziekte is een (levens)lange behandeling een passende oplossingsrichting en het vergoeden van deze behandeling dus ook.

2.1.a. Tegenargument:

Vergoeding kan leiden tot onnodige medicalisering.

Tussen licht overgewicht en obesitas klasse III ligt een grijs gebied waarbinnen de grens vanaf wanneer sprake is van ziekte, die liefst voorkomen en anders behandeld moet worden, diffuus is. De indicatiestelling van gewichtsverlagende medicatie bepaalt mede welke zwaarlijvigheid als ziek en niet ziek wordt gezien. Wanneer een medicijn zou worden geïndiceerd en vergoed voor mensen met een BMI vanaf bijvoorbeeld 27, dan verschuift als gevolg daarvan de grens vanaf wanneer je obesitas hebt naar beneden, van BMI ≥ 30 naar BMI ≥ 27 . En wanneer het middel alleen voor obesitas klasse III zou worden vergoed (BMI ≥ 40), maar niet voor obesitas klasse I en II (resp. BMI ≥ 30 en BMI ≥ 35), suggereert dit dat bij obesitas klasse I en II (nog) onvoldoende sprake van ziekte is. Wegovy is momenteel geregistreerd voor gebruik bij een aanvankelijke BMI van 30 of hoger (obesitas) of bij een BMI tussen 27 en 30 met een comorbiditeit zoals prediabetes, diabetes type 2, hoge bloeddruk of hart- en vaatziekten.⁽¹⁷⁾ Een dergelijke indicatiestelling draagt eraan bij dat de grens van wat we als ziekte (obesitas) beschouwen al naar beneden aan het opschuiven is. En niet alleen mensen met obesitas, maar ook mensen met overgewicht hebben belangstelling voor gewichtsverlagende medicatie. De vraag is of het naar beneden opschuiven van deze grens wenselijk is.^(31,32) Los van dat er bij iedere grens sprake is van een grijs gebied, is het de vraag of de BMI een passende maat is om vergoeding op te baseren. Wellicht is het passender om het gewichtsgelateerde gezondheidsrisico (GGR) als maatstaf te nemen om te bepalen voor wie een behandeling met gewichtsverlagende medicatie wel en niet vergoed wordt. Maar ook het GGR is een gradueel begrip (van 'licht' tot 'extreem verhoogd' risico) en roept afbakeningsvragen op. Hoewel dat op zichzelf geen argument is om helemaal niet te vergoeden, kan het afbakeningsprobleem leiden tot een enorme uitbreiding van de potentiële populatie die aanspraak maakt op gewichtsverlagende medicatie vanuit het basispakket. Dit kan onnodige medicalisering tot gevolg hebben, wat op haar beurt stigmatisering verder in de hand kan werken (zie argument 2.3).

c. Zoals verder uitgewerkt in een nog te verschijnen advies over diagnose expansie van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.

2.2 Argument voor vergoeding (tevens weerlegging van tegenargument (2.1.a):

Vergoeding is (ook) nodig vanuit preventief oogpunt.

Ook voor risicofactoren van ziekten wordt in veel gevallen behandeling vergoed, zoals bij cholesterolverlagende medicijnen om (nieuwe) hart- en vaatziekten te voorkomen. Gewichtsverlagende medicatie kan dus niet alleen als therapeutische, maar ook als preventieve behandeling worden gezien. Obesitas verhoogt namelijk de kans op andere ziekten, zoals diabetes type 2, hart- en vaatziekten, verschillende soorten kanker, gewichtsproblemen en mentale gezondheidsproblemen.⁽⁷⁾ Je zou daarom kunnen stellen dat er bij vergoeding van gewichtsverlagende medicatie geen sprake is van onnodige medicalisering, maar juist van noodzakelijke medicalisering. Het maakt duidelijk dat behandeling om gezondheidsproblemen te voorkomen mogelijk juist wenselijk is. Dit kan in de toekomst gezondheidswinst opleveren, voor zowel de individuen die een betere kwaliteit van leven kunnen ondervinden als gevolg van hun preventieve behandeling als voor de samenleving die mogelijk een kostenbesparing door minder complicaties later in de tijd zal zien, en ook minder ziekteverzuim en meer participatie.⁽³³⁾

2.2.a. Tegenargument:

Vergoeding zorgt voor ongelijke behandeling.

Wanneer onduidelijk is of en vanaf wanneer er sprake is van ziekte bij zwaarlijvigheid, maar toch wordt gekozen voor vergoeding vanuit preventief oogpunt, kan een inconsistentie ontstaan in de benadering van mensen met andere soorten gezondheidsproblemen. Deze ongelijke behandeling kan in 2 opzichten ontstaan:

- Bij andere gezondheidsproblemen bestaat ook discussie over de definitie van het begrip 'ziekte', bijvoorbeeld bij ME/CVS, post-Covid, post-Qkoorts en fibromyalgie. (34-36) In tegenstelling tot bij obesitas ontbreken bij deze aandoeningen duidelijk meetbare maatstaven (BMI, GGR) en effectieve behandelingen (semaglutide). Het is oneerlijk als de aanwezigheid of afwezigheid van effectieve behandelingen en meetbare indicatoren bepaalt of een gezondheidsprobleem erkend wordt als ziekte of risicofactor die in aanmerking komt voor vergoede behandeling of erkenning van bijvoorbeeld (betaald) ziekteverzuim.
- In het geval van semaglutide geldt dat de grondstof niet alleen voor gewichtsverlagende medicatie gebruikt wordt, maar ook voor diabetes type 2-medicatie. De medicijnen zijn in feite hetzelfde, maar zijn geregistreerd onder verschillende namen en voor verschillende doelgroepen (overigens ook tegen aanzienlijk verschillende tarieven – zie voor een bespreking van dit laatste thema 3: private en publieke belangen, argument 3.1). Vergoeding van gewichtsverlagende medicatie voor preventieve doeleinden bij obesitas zal waarschijnlijk leiden tot een sterke toename van de vraag naar semaglutide, waardoor tekorten aan de medicijnen kunnen ontstaan, ook in situaties waarin het middel niet preventief, maar als behandeling van ziekte wordt ingezet, bijvoorbeeld voor patiënten met diabetes type 2. Dit roept de vraag op wat een rechtvaardige verdeling tussen gebruikers zou zijn bij schaarste aan het middel.

2.3 Argument tegen vergoeding:

Vergoeding versterkt stigmatisering.

Behandelingen met gewichtsverlagende medicatie vergoeden, suggereert dat medische behandeling nodig is bij obesitas. Dikke mensen^d die zichzelf niet als ziek beschouwen, kunnen zich daardoor wel als zodanig beoordeeld voelen en zich daarmee als last voor de samenleving bestempeld voelen. Vergoeding kan ook de – niet per se gezonde – maatschappelijke schoonheidsidealen en daarmee gepaard gaande *fat shaming* versterken, waardoor mensen met overgewicht zich ongewenst kunnen voelen.

2.3.a. Tegenargument:

Gewichtsgelateerde gezondheidsproblemen en -risico's moeten geadresseerd worden.

Het gevaar van stigmatisering mag er niet toe leiden dat gewichtsgelateerde gezondheidsproblemen en -risico's onbenoemd blijven, waardoor voorbijgegaan wordt aan de individuele gezondheidsproblemen en de maatschappelijke schade waartoe met name obesitas nu en in de toekomst leidt. Het gevaar van stigmatisering is een argument om de indicatiestelling te beperken tot gevallen waarbij de gewichtsgelateerde gezondheidsschade evident is, maar niet om helemaal niet te vergoeden.

2.3.b. Tegenargument:

Vergoeding draagt bij aan empowerment en erkenning.

Veel mensen met overgewicht of obesitas voelen vanuit hun omgeving de druk om iets te doen aan hun gewicht. Door vergoeding van gewichtsverlagende medicatie wordt het voor deze groep makkelijker om er daadwerkelijk iets aan te doen. Sommigen zullen vergoeding van gewichtsverlagende medicatie ervaren als erkenning van obesitas als ziekte, waaruit blijkt dat het géén gedrags- en disciplineprobleem is. Zo kan vergoeding stigmatisering juist tegengaan.

HOE WERKT STIGMATISERING?

De socioloog Ervin Goffman beschreef stigmatisering als het wegzetten van de ander als 'een minder wenselijke soort (...) als slecht, gevaarlijk, of zwak',⁽³⁷⁾ op basis van een enkel (doorgaans zichtbaar) kenmerk. Net als andere vormen van discriminatie kan stigmatisering alleen plaatsvinden bij ongelijke machtsverhoudingen: het stigma moet wijdverbreid herkend, erkend en geaccepteerd worden wil het effectief zijn. De stigmatiserende partij heeft daarbij de definitiemacht over welke kenmerken mensen minderwaardig maken.⁽³⁸⁾ In onze samenleving is 'dik zijn' zo'n kenmerk. Bij obesitas begint dat al met de terminologie: 'obesitas' komt van het Latijnse woord 'obesus' dat letterlijk 'volgegeten' betekent; een reden waarom sommige mensen met overgewicht liever 'dik' dan 'obees' worden genoemd.⁽³⁹⁾ Tegelijkertijd geldt dat andere mensen met obesitas de term 'dik' juist wél als stigmatiserend ervaren. Dikke mensen worden geassocieerd met de klassieke zonde van gulzigheid en luiheid. In een maatschappelijke context waarin veel waarde wordt gehecht aan individuele verantwoordelijkheid ziet men mensen met overgewicht dan ook al gauw als 'onverantwoordelijk' en 'tot last voor de maatschappij'. Stigmatisering is zo ook wel neergezet als een bewuste volksgezondheidsstrategie om mensen door sociale druk tot gezonder gedrag te dwingen.⁽⁴⁰⁾ Maar obesitas is vaak het gevolg van een complex samenspel van psychische, sociale, biologische en omgevingsfactoren.⁽⁴¹⁾

d. De stichting Dikke Vinger pleit voor het gebruik van de term 'dikke mensen' in plaats van 'mensen met overgewicht of obesitas', omdat zij zichzelf niet als ziek, maar als dik zien. De stichting zet zich in voor een samenleving die dikke mensen als gelijkwaardig behandelt.

Thema 3: Private en publieke belangen

Het waarborgen van publieke belangen zoals volksgezondheid, duurzaamheid, betaalbare en houdbare zorg gaat niet altijd goed samen met het verdedigen van private belangen zoals het maximaliseren van winst. De voedingsindustrie, de farmaceutische industrie, verzekeringsmaatschappijen en zorgaanbieders kunnen lobbyen voor regelgeving in het publieke domein die gunstig is voor hun private belangen, zoals het minimaliseren van overheidsingrijpen in de markt of het maximaliseren van vergoedingen voor bepaalde behandelingen in het basispakket. Het vergoeden van een behandeling kan ervoor zorgen dat de farmaceutische en de voedingsindustrie met publiek geld worden gestimuleerd om winst te maken door het gezondheidsprobleem in stand te houden, doordat slechts de gevolgen – niet de oorzaken – van het gezondheidsprobleem worden aangepakt. Daar staat tegenover dat het niet vergoeden vooral de mensen benadeelt die daardoor geen toegang hebben tot het middel. Niet vergoeden kan zo bestaande gezondheidsverschillen vergroten, doordat voor wie de financiële middelen ontbreken om gewichtsverlagende medicatie te betalen vaak al geldt dat er sprake is van een ongunstige uitgangspositie. Bijvoorbeeld door een gezondheidsachterstand en een ongezondere leefomgeving.

WAARTOE DIENT HET BASISPAKKET?

Om de gezondheidszorg in Nederland betaalbaar te houden, is iedere volwassene inwoner verplicht een verzekering voor het basispakket af te sluiten. Vanuit de verzekering van het basispakket worden de kosten van de zorg van bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis, ggz of apotheek vergoed. De overheid bepaalt welke zorg precies in het basispakket zit en hoe hoog de zorgpremie is die alle verzekerden moeten betalen om collectief de kosten van het basispakket te kunnen dekken.⁽⁴²⁾ Sinds 75 jaar adviseert het Zorginstituut Nederland – voorheen genaamd het College voor Zorgverzekeringen (tot 2014) en de Ziekenfondsraad (tot 1999) – de Nederlandse overheid over wat er in dit pakket zou moeten. Er liggen verschillende ethische principes ten grondslag aan de verplichte basiszorgverzekering in Nederland, zoals solidariteit, gelijkheid en rechtvaardigheid. Kort gezegd is het uitgangspunt dat mensen bijdragen aan het zorgstelsel, ongeacht of ze op een bepaald moment zorg nodig hebben, zodat er een eerlijke verdeling van de lasten ontstaat en gelijke toegang tot zorg voor mensen die dat nodig hebben, ongeacht hun financiële situatie. De gedachte hierachter is dat ziek worden iedereen kan overkomen en dat we gezondheid zo'n belangrijke waarde vinden dat we bereid zijn om gezamenlijk voor de kosten op te draaien.

3.1 Argument tegen vergoeding:

Vergoeding helpt de industrie om geld te verdienen aan een maatschappelijk probleem.

Farmaceuten en de voedingsindustrie zijn primair gericht op winst maken en hebben belang bij het in stand houden van het probleem van overgewicht en obesitas. Bovendien profiteren de voedingsindustrie en de farmaceutische industrie van elkaars activiteiten. Zo draagt de voedingsindustrie met ultrabewerkte en vet- en suikerhoudende voedingsmiddelen bij aan een behoefte aan gewichtsverlagende medicijnen van de farmaceutische industrie. En bij semaglutidegebruik lijkt verlies van spiermassa een onbedoeld bijeffect, waar de voedingsindustrie weer op inspeelt met een narratief over de noodzaak van eiwitsuppletie uit speciale eiwitrijke voeding.^(43,44) Vergoeding van semaglutide kan er zo toe leiden dat commerciële partijen profiteren van de inzet van publieke middelen. Dat is onrechtvaardig en het kan het vertrouwen in de overheid schaden. Dit speelt natuurlijk vaker bij medicijnen in het basispakket, maar in het geval van semaglutide lijkt de hoge prijs van Wegovy moreel gezien extra problematisch te zijn, omdat semaglutide al ontwikkeld was als medicijn voor diabetes type 2. Onder een nieuwe merknaam en registratie en tegen aanzienlijk hogere tarieven is hetzelfde middel nu op de markt gekomen als gewichtsverlagende medicatie.

3.1.a. Tegenargument:

Private winsten worden geïnvesteerd ten gunste van publiek belang.

Private partijen investeren ook in medisch onderzoek. Voeding en medicijnen ontwikkelen en produceren kost geld en bedrijven moeten dus genoeg winst maken om dat te kunnen blijven doen en het aantrekkelijk te houden. Publiek geld dat naar private bedrijven gaat, dient indirect de volksgezondheid, een publiek belang.

3.1.a.i. Weerlegging van tegenargument (3.1.a.):**Onderzoek dient vooral private belangen.**

Wetenschappelijk onderzoek dat wordt gesponsord door de farmaceutische industrie is doorgaans weliswaar van goede kwaliteit, maar dient altijd belangen van diezelfde industrie: zo wordt vooral onderzoek gedaan waarvan te verwachten valt dat onderzoeksresultaten gunstig zijn voor de marketing van bepaalde producten.⁽⁴⁵⁾ Bij obesitasonderzoek ligt de focus bijvoorbeeld op behandeling met farmaceutische middelen in plaats van op verandering van bijvoorbeeld de leefomgeving.⁽⁴⁶⁾ Wat betreft wetenschappelijk onderzoek dat (gemaskeerd) private belangen dient, zijn we gewaarschuwd door zowel de tabaksindustrie als de voedingsindustrie. Zo staat de tabaksindustrie erom bekend te hebben bijgedragen aan misleidend wetenschappelijk onderzoek over de gezondheidseffecten van hun producten^(47,48) en weten we dat de voedingsindustrie de wetenschapsagenda in hun voordeel probeert te beïnvloeden.⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾

3.2 Argument tegen vergoeding:**Vergoeding versterkt de meervoudige publieke afhankelijkheid van private partijen.**

Door de vergoeding van gewichtsverlagende medicijnen kan een meervoudige publieke afhankelijkheid van private partijen versterkt worden: doordat we voor onze voedingsomgeving al grotendeels afhankelijk zijn van de voedingsindustrie en haar verslavende en ongezonde voedingsaanbod, stimuleert vergoeding van gewichtsverlagende medicijnen ook een afhankelijkheid van (de producenten van) deze medicijnen, net als van (de producenten van) eiwitrijke voedings-supplementen die de onbedoelde effecten van die medicijnen zouden moeten tegengaan. Zelfs als deze meervoudige afhankelijkheid niet ongezond zou zijn, legt die toch een aanzienlijke druk op schaarse publieke middelen en planetaire grenzen.

3.2.a. Tegenargument:**Vergoeding om maatschappelijke kosten te voorkomen legitimeert ook stevig volksgezondheidsbeleid gericht op gezond leven.**

De meervoudige publieke afhankelijkheid van private partijen die door vergoeding versterkt kan worden, is tegen te gaan met stevig volksgezondheidsbeleid. Vaak zien overheden het reguleren van de toegang tot ongezonde voeding als paternalistisch ('betuttelend').⁽⁵²⁾ Mensen moeten de vrije keuze hebben in wat zij wel en niet eten. Maar het is tegenstrijdig om enerzijds te pleiten voor de vrijheid van individuen om ongezond te eten en vervolgens de cumulatieve gevolgen van al die vrije keuzes voor rekening van de belastingbetaler te laten komen. Hoe meer de totale gezondheidsschade collectief wordt geïnternaliseerd door een vergoeding van gewichtsverlagende medicatie, des te legitiemer wordt het om, parallel aan de vergoeding, vrijheidsbeperkende overheidsmaatregelen in te voeren. Denk hierbij aan een suikertaks en de garantie van een gezond en betaalbaar alternatief aanbod.⁽⁵³⁾ De primaire reden daarvoor is dan geen paternalisme, maar het voorkomen van maatschappelijke schade.

3.3 Argument voor vergoeding (en weerlegging van argument 3.1 en 3.2):**Vergoeding draagt bij aan beperking van gezondheidsverschillen.**

Niet vergoeden betekent niet dat private partijen niet meer verdienen aan maatschappelijke problemen, en wél vergoeden betekent niet dat de voedingsindustrie niet aangepakt kan worden. Vergoeding betekent vooral dat het middel ook beschikbaar is voor degenen die het anders niet kunnen betalen, wat bestaande gezondheidsverschillen helpt beperken. Het is onethisch om mensen die het niet kunnen betalen toegang tot gewichtsverlagende medicijnen te onthouden. Juist omdat armoede een risicofactor is voor obesitas – en voor vele andere gezondheidsachterstanden⁽⁵⁴⁾ – zouden mensen die leven in armoede dubbel benadeeld worden door het uitblijven van vergoeding.

Thema 4: Individuele en collectieve verantwoordelijkheid

Discussies over vergoeding van medicijnen tegen gezondheidsproblemen die leefstijl-gerelateerd zijn gaan onvermijdelijk over de vraag wie verantwoordelijk is voor wat. Dat individuen verantwoordelijk zijn voor hun eigen keuzes en dat er goede redenen moeten zijn om anderen voor de consequenties van die keuzes te laten betalen, is een belangrijk uitgangspunt in Nederland. De gezondheidszorg in Nederland vormt daarop een uitzondering, omdat solidariteit hierin een belangrijker uitgangspunt is, met weinig aandacht voor de individuele verantwoordelijkheid voor de gezondheid. Als het gaat over ongezonde keuzes en ongezond gedrag beïnvloeden verschillende actoren de sociale en fysieke context waarbinnen keuzes en gedrag tot stand komen. Denk aan de inrichting van plekken waar eten en drinken wordt aangeboden of de mate waarin de fysieke ruimtes uitnodigen tot bewegen. Daardoor dringt zich bij leefstijlgerelateerde gezondheidsproblemen ook de vraag op over collectieve verantwoordelijkheid: welke betrokken partijen – overheden, bedrijven, zorgverzekeraars, zorgverleners, scholen, ouders, enzovoort(55) – hebben welke verantwoordelijkheid?

4.1 Argument tegen vergoeding:

Mensen zijn persoonlijk verantwoordelijk voor de keuzes die zij maken en kunnen de gevolgen van die keuzes niet op de maatschappij afwentelen.

Mensen hebben een individuele verantwoordelijkheid om te voorkomen dat zij obesitas ontwikkelen door een ongezonde leefstijl of om gewicht te verliezen wanneer zij obesitas hebben. Het is oneerlijk tegenover andere burgers die hun best doen voor het behouden van een gezond gewicht om voor mensen met obesitas gewichtsverlagende medicijnen te vergoeden vanuit collectieve middelen. Collectieve vergoeding valt alleen te verantwoorden als mensen overgewicht ontwikkelen door pech of omstandigheden waar zij maar beperkte controle over hebben, zoals genetische aanleg of medicijngebruik. Als overgewicht echter het resultaat is van ongezonde keuzes en nalatigheid in de eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid, moeten mensen ook zelf voor de kosten opdraaien als zij willen afvallen. Individuele verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid is altijd de default, en voor het afwentelen van de kosten op anderen (nl. de maatschappij) moeten goede redenen zijn.(20)

4.1.a. Tegenargument

Het is problematisch om de vergoeding van behandelingen te baseren op de mate waarin obesitas het resultaat is van een ongezonde leefstijl.

Het valt nauwelijks vast te stellen wat het 'eigen' aandeel is in het ontstaan van obesitas: obesitas is een complexe aandoening die ontstaat door een samenspel van factoren. Denk hierbij aan erfelijke aanleg, het gebruik van bepaalde medicatie, het hebben van andere aandoeningen, sociaaleconomische omstandigheden en omgevingsfactoren. (14) In veel gevallen geldt dat mensen maar heel beperkte controle hebben over het behouden van een gezond gewicht, en we vinden het doorgaans onrechtvaardig als behandeling van een ziekte die niet terug te voeren is op eigen keuzes niet vergoed wordt.

Voor obesitas geldt bovendien dat we moeilijk kunnen stellen dat mensen massaal verzaakten om verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen gezondheid sinds zij vanaf de jaren 80 met miljoenen tegelijk overgewicht ontwikkeld hebben. Hier spelen maatschappelijke ontwikkelingen en ontwikkelingen in de voedingsindustrie een onmiskenbare rol. Wat betreft ontwikkelingen in de voedingsindustrie: denk aan het toenemende aanbod en de toenemende beschikbaarheid van met name zout-, vet- en suikerrijke producten en de opkomst van ultrabewerkte voeding en frisdrank met als doel te verleiden tot overconsumptie. Zie ook thema 3: private en publieke belangen. Wat betreft maatschappelijke ontwikkelingen: denk aan minder dagelijkse beweging en meer zittende beroepen, maar ook culturele fenomenen zoals het steeds meer nuttigen van tussendoortjes of hele tussenmaaltijden. Bovendien is onze omgeving wat betreft infrastructuur en gebouwen veelal ingericht op gemotoriseerd en/of elektrisch aangedreven verplaatsing in plaats van aandrijving door spierkracht. Ongezond eten en weinig bewegen wordt dus sterk bepaald door een samenspel van culturele, sociale, economische en fysieke omgevingsfactoren.

Tot slot geldt dat vergoeding van gewichtsverlagende medicijnen voor obesitas consistent zou zijn met andere leefstijlziektebehandelingen die ook vergoed worden. Op dit moment hebben mensen die hun leven lang hebben gerookt of veel alcohol hebben gebruikt ondanks hun rook- of drinkgedrag recht op behandeling van COPD en longkanker of op een levertransplantatie. Het zou onrechtvaardig zijn – dat wil zeggen: in strijd met het principe van 'gelijke gevallen verdienen gelijke behandeling' – om gewichtsverlagende medicijnen te onthouden aan mensen op basis van het feit dat hun leefstijl ongezond is.

4.2 Argument tegen vergoeding:

Het vergoeden van gewichtsverlagende medicijnen kan door de focus op individuele behandeling stigmatisering versterken.

De vergoeding kan als mogelijk bijeffect de boodschap uitzenden dat obesitas een aandoening is waarvoor een individuele behandeling bestaat, waardoor sociaal-maatschappelijke oorzaken buiten beeld blijven. Hoe meer individuele mogelijkheden om van overgewicht af te komen worden aangeboden en vergoed, hoe sterker de maatschappelijke aanname zal zijn dat individuen verantwoordelijk zijn voor hun eigen 'gewichtsprobleem'.⁽³¹⁾

4.2.a. Tegenargument:

Dit onbedoelde bijeffect rechtvaardigt niet het 'onthouden' van gewichtsverlagende medicijnen voor individuen met obesitas.

Gezien de rol van omgevingsfactoren in het ontwikkelen van obesitas wordt er alleen recht gedaan aan mensen met obesitas als zij zowel worden geholpen via effectieve gewichtsverlagende medicijnen als via collectieve inzet op een gezondere leefomgeving. Individuele verantwoordelijkheid en collectieve verantwoordelijkheid vullen elkaar aan: mensen kunnen alleen individuele verantwoordelijkheid nemen onder de goede condities. Voor dat laatste bestaat een collectieve verantwoordelijkheid.

4.3 Argument voor vergoeding:

De overheid heeft een verantwoordelijkheid in het verminderen van obesitas en het compenseren van aangerichte schade.

Aangezien de overheid (mede) verantwoordelijkheid draagt voor de publieke gezondheid, heeft de overheid ook verantwoordelijkheid te nemen wanneer grootschalige publieke ongezondheid is ontstaan. De aangerichte schade dient dan gecompenseerd te worden, bijvoorbeeld door gewichtsverlagende medicatie te vergoeden. De invloed van de voedingsindustrie en andere maatschappelijke en omgevingsfactoren op het ontstaan en de toename van obesitas laat zien dat er (ook) een collectieve verantwoordelijkheid bestaat om een gezondere leefomgeving te creëren voor iedereen. Te denken valt aan het belasten van suikerhoudende producten en ultrabewerkte producten en het verlagen van belasting op groente en fruit. De overheid zou bovendien de

voedingsindustrie met regelgeving kunnen stimuleren of verplichten tot meer maatschappelijk verantwoord ondernemerschap⁽⁵⁶⁾, zoals gezondere voeding produceren en bedrijven eventueel een deel van hun winst laten steken in vergoeding van gewichtsverlagende medicatie.

4.4 Argument voor vergoeding:

Het is een kwestie van solidariteit om gewichtsverlagende medicijnen voor mensen met obesitas collectief te vergoeden.

In het huidige Nederlandse zorgstelsel is – in de regel – het solidariteitsbeginsel leidend voor de keuzes of behandelingen en medicijnen wel of niet vergoed worden. Daarbij gaat het niet zozeer om de vraag of gezondheidsproblemen veroorzaakt zijn door een 'ongezonde leefstijl', maar om de vraag of mensen lijden en in medische nood zijn.⁽⁵⁷⁾ Nadruk op eigen verantwoordelijkheid bij vergoedingsvraagstukken in de zorg kan de solidariteit onder druk zetten.

4.4.a. Tegenargument:

Om solidariteit te behouden in een context van toenemende zorgschaarste moeten we juist méér nadruk leggen op individuele verantwoordelijkheid voor gezondheid.

Het onbeperkt moeten opdraaien voor de gezondheidsproblemen die veroorzaakt zijn door onverantwoord gedrag van anderen ondermijnt de solidariteit óók.⁽⁵⁸⁾ Er is een balans nodig tussen eigen verantwoordelijkheid en collectieve verantwoordelijkheid. Het is dus een zaak van solidariteit om mensen de negatieve gevolgen van hun eigen gedrag te laten dragen, maar dat niet onbeperkt te doen. Dit kan bijvoorbeeld door ondergrenzen te stellen en voorwaarden te formuleren bij vergoeding.

Tot slot

De opkomst van gewichtsverlagende medicatie brengt, zoals in deze argumentenwijzer duidelijk is geworden, uiteenlopende ethische vragen rondom vergoeding met zich mee. In deze argumentenwijzer heeft het CEG geprobeerd om relevante thema's, argumenten en ethische overwegingen rond deze vergoeding zo overzichtelijk mogelijk weer te geven. De argumentenwijzer geeft geen antwoord op de vraag of gewichtsverlagende medicatie wel of niet opgenomen moet worden in het basispakket, maar beoogt de kwaliteit van de politieke en maatschappelijke dialoog over het al dan niet vergoeden van deze geneesmiddelen te bevorderen. Ter ondersteuning van deze dialoog zijn in bijlage 1 mogelijke gespreksvragen opgenomen over de afwegingen per thema en biedt figuur 1 een beeldsamenvatting van de argumentenwijzer. De uiteindelijke afweging vraagt om zorgvuldige besluitvorming, waarbij het CEG het belang onderstreept van het meewegen van een bredere invulling van wenselijkheid dan alleen effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid.

Literatuur

1. Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Obesitas afgelopen 40 jaar verdrievoudigd: 4 maart 2024. [geciteerd op 16-04-2024]. Geraadpleegd via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2024/10/obesitas-afgelopen-40-jaar-verdrievoudigd>
2. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Overgewicht | Volwassenen: 4 maart 2024. [geciteerd op 16-04-2024]. Geraadpleegd via: <https://www.vzinfo.nl/overgewicht/volwassenen>
3. Federatie Medisch Specialisten (FMS). Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen. Uitkomstmaten bij behandeling overgewicht en obesitas. 10 juli 2023. [geciteerd op 16-04-2024]. Geraadpleegd via: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/volwassenen/uitkomstmaten_bij_behandeling_overgewicht_en_obesitas.html
4. Phelps NH, Singleton RK, Zhou B, Heap RA, Mishra A, Bennett JE, et al. Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*. 2024; 403(10431):1027-50.
5. Sanders RH, Han A, Baker JS, Cogley S. Childhood obesity and its physical and psychological co-morbidities: a systematic review of Australian children and adolescents. *European Journal of Pediatrics*. 2015;174(6):715-46.
6. Milaneschi Y, Simmons WK, Rossum EFC van, Penninx BWJH. Depression and obesity: evidence of shared biological mechanisms. *Molecular Psychiatry*. 2019;24(1):18-33.
7. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Overgewicht | Gevolgen: Vzinfo.nl; [geciteerd op 16-04-2024]. Geraadpleegd via: <https://www.vzinfo.nl/overgewicht/gevolgen>
8. Brewis AA. Stigma and the perpetuation of obesity. *Social Science & Medicine*. 2014;118:152-8.
9. Grondwet, artikel 22.
10. Eykelenboom M, Boer JMA, Dam J ten, Sanderman-Nawijn EL, Hoekstra J, Boogaardt L, et al. Impact van het Nationaal Preventieakkoord voor roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik. Bilthoven: RIVM; 2024.
11. Oosterhoff M, Weerdt AC de, Vries E de, Feenstra T, Wit A de. Jaarrapportage monitor gecombineerde leefstijl interventie (GLI). Bilthoven RIVM; 2023.
12. Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Meer obesitas en diabetes bij volwassenen met armoederisico: 4 oktober 2022. [geciteerd op 16-04-2024]. Geraadpleegd via: https://www.cbs.nl/item?sc_itemid=0eb66cd9-a425-40fa-93da-c473019338af&sc_lang=nl-nl
13. Boon M, Rossum L van. Vet belangrijk: feiten en fabels over voeding, vetverbranding en verborgen dikmakers. Amsterdam: Ambo| Anthos; 2019.
14. Partnerschap Overgewicht Nederland (PON). Factsheet van richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen: november 2023. [geciteerd op 16-04-2024]. Geraadpleegd via: <https://www.behandelovergewicht.nl/mogelijke-oorzaken-en-de-te-nemen-acties>
15. Zorginstituut Nederland (ZiN). Semaglutide. Farmacotherapeutisch Kompas. [geciteerd op 16-04-2024]. Geraadpleegd via: <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/s/semaglutide>
16. Wilding JP, Batterham RL, Davies M, Gaal LF van, Kandler K, Konakli K, et al. Weight regain and cardiometabolic effects after withdrawal of semaglutide: the STEP 1 trial extension. *Diabetes, Obesity and Metabolism*. 2022;24(8):1553-64.
17. Zorginstituut Nederland (ZiN). GVS-advies semaglutide (Wegovy®) bij de behandeling van obesitas. [geciteerd op 16-04-2024]. Geraadpleegd via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/stofwisseling-en-hormoonhuishouding/gvs-advies-semaglutide-wegovy-bij-de-behandeling-van-obesitas>.
18. Bauman HL, Murray, J. Deaf Gain: Raising the Stakes for Human Diversity. Minneapolis: University of Minnesota Press; 2014.
19. Johnston SF. Alvin Weinberg and the Promotion of the Technological Fix. *Technol Cult*. 2018;59(3):620-51.
20. Swierstra T, Stemerding D, Boenink M. Exploring Techno-Moral Change: The Case of the ObesityPill. In: Sollie P, Düwell M, editors. *Evaluating New Technologies: Methodological Problems for the Ethical Assessment of Technology Developments*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2009. p. 119-38.
21. Mann CC. *The Wizard and The Prophet: Two Remarkable Scientists and Their Dueling Visions to Shape Tomorrow's World*. London: Pan MacMillan; 2018.
22. Li Y, Schoufour J, Wang DD, Dhana K, Pan A, Liu X, et al. Healthy lifestyle and life expectancy free of cancer, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: prospective cohort study. *BMJ*. 2020;368:l6669.
23. Lacombe J, Armstrong MEG, Wright FL, Foster C. The impact of physical activity and an additional behavioural risk factor on cardiovascular disease, cancer and all-cause mortality: a systematic review. *BMC Public Health*. 2019;19(1):900.
24. Nyberg ST, Singh-Manoux A, Pentti J, Madsen IEH, Sabia S, Alfredsson L, et al. Association of Healthy Lifestyle With Years Lived Without Major Chronic Diseases. *JAMA Intern Med*. 2020;180(5):760-8.
25. Hautekiet P, Saenen ND, Martens DS, Debay M, Heyden J van der, Nawrot TS, et al. A healthy lifestyle is positively associated with mental health and well-being and core markers in ageing. *BMC Med*. 2022;20(1):328.
26. Salmasi L, Celidoni M. Investigating the poverty-obesity paradox in Europe. *Econ Hum Biol*. 2017;26:70-85.
27. Fontaine KR, Barofsky I. Obesity and health-related quality of life. *Obes Rev*. 2001;2(3):173-82.

28. Buttitta M, Iliescu C, Rousseau A, Guerrien A. Quality of life in overweight and obese children and adolescents: a literature review. *Qual Life Res.* 2014;23(4):1117-39.
29. Griffiths LJ, Parsons TJ, Hill AJ. Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity.* 2010;5(4):282-304.
30. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight: 1 maart 2024. [geciteerd op 16-04-2024]. Geraadpleegd via: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
31. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS). Recept voor een maatschappelijk probleem. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving; 2017.
32. Gezondheidsraad. Maat houden met medisch handelen. Den Haag: Gezondheidsraad; 2017.
33. Hecker J, Freijer K, Hilgsmann M, Evers SMAA. Burden of disease study of overweight and obesity; the societal impact in terms of cost-of-illness and health-related quality of life. *BMC Public Health.* 2022;22(1):46.
34. Gezondheidsraad. ME/CVS. Den Haag: Gezondheidsraad; 2018.
35. Gezondheidsraad. Langdurige klachten na Covid-19. Contouren van het Post-Covid syndroom. Den Haag: Gezondheidsraad; 2022.
36. Gezondheidsraad. Fibromyalgie. Den Haag: Gezondheidsraad; 2024.
37. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1963.
38. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology.* 2001;27(1):363-85.
39. Stichting Dikke Vinger. Manifest. [geciteerd op 16-04-2024]. Geraadpleegd via: <https://dikkevinger.org/manifest/>.
40. Bayer R. Stigma and the ethics of public health: Not can we but should we. *Social Science & Medicine.* 2008;67(3):463-72.
41. Have M ten. Prevention of obesity: weighing ethical arguments. Rotterdam: Erasmus University; 2011.
42. Rijksoverheid.nl. Waarvoor ben ik verzekerd via het basispakket van de zorgverzekering? [geciteerd op 16-04-2024]. Geraadpleegd via: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-zit-er-in-het-basispakket-van-de-zorgverzekering#:~:text=Rijksoverheid.nl,Waarvoor%20ben%20ik%20verzekerd%20via%20het%20basispakket%20van%20de%20zorgverzekering,%2C%20ziekenhuis%2C%20psychiater%20of%20apothek>.
43. Forbes. Nestlé Is Developing Products To Accompany Drugs Like Ozempic— Amid Fears They'll Eat Into Food Sales. [geciteerd op 16-04-2024]. Geraadpleegd via: <https://www.forbes.com/sites/roberthart/2023/10/19/nestl-is-developing-products-to-accompany-weight-loss-drugs-like-ozempic-amid-fears-theyll-eat-into-food-sales/?sh=b8d6eb84c456>.
44. The New York Times. The Race Is On to Stop Ozempic Muscle Loss. [geciteerd op 16-04-2024]. Geraadpleegd via: <https://www.nytimes.com/2024/02/08/well/live/ozempic-muscle-loss-exercise.html>.
45. Lundh A, Lexchin J, Mintzes B, Schroll JB, Bero L. Industry sponsorship and research outcome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2(2):Mr000033.
46. Hagenaaers LL, Schmidt L. Hoe de flesvoedingsindustrie wetenschappelijk onderzoek beïnvloedt. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2023;167:D7671.
47. Michaels D. Doubt Is Their Product: How Industry's Assault on Science Threatens Your Health. New York: Oxford University Press; 2008.
48. Cummings KM, Brown A, O'Connor R. The cigarette controversy. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention.* 2007;16(6):1070-6.
49. Sacks G, Riesenbergs D, Mialon M, Dean S, Cameron AJ. The characteristics and extent of food industry involvement in peer-reviewed research articles from 10 leading nutrition-related journals in 2018. *PLoS One.* 2020;15(12):e0243144.
50. Flint SW. Are we selling our souls? Novel aspects of the presence in academic conferences of brands linked to ill health. *Journal of Epidemiology and Community Health.* 2016;70(8):739.
51. Gunnarsson JA, Ruskin G, Stuckler D, Steele S. Big food and drink sponsorship of conferences and speakers: a case study of one multinational company's influence over knowledge dissemination and professional engagement. *Public Health Nutr.* 2023;26(5):1094-111.
52. Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG). Leefstijlbeïnvloeding: tussen betutteling en verwaarlozing. Den Haag: CEG; 2014.
53. Vellinga R. Suikertaks: een vergelijking tussen drie Europese landen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM); 2020.
54. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS). Een eerlijke kans op een gezond leven. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving; 2021.
55. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Preventie van welvaartsziekten. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2011.
56. Tempels T, Blok V, Verweij M. Understanding political responsibility in corporate citizenship: towards a shared responsibility for the common good. *Journal of Global Ethics.* 2017;13:90-108.
57. de Beaufort I. Individual responsibility for health. In: Erin RBC, editor. *Hiv and Aids, Testing, Screening, and Confidentiality*: Clarendon Press; 2001. p. 19.
58. Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG). Leefstijldifferentiatie in de zorgverzekering. Den Haag: CEG; 2013.

Bijlage 1: Gespreksvragen per thema

Gespreksvragen bij thema 1: voorkomen en genezen

- Is medicalisering van fenomenen die goed te voorkomen zijn een wenselijke trend?
- Hoe zouden de kosten van gewichtsverlagende medicatie moeten worden afgewogen tegen andere interventies met een – op lange termijn – lager kostenplaatje, zoals verminderen van armoede, werkloosheid en stress, en bevorderen van beweging en gezonde voeding? Willen we geld dat aan gewichtsverlagende medicatie besteed zou worden niet liever besteden aan verbetering van sociale en omgevingsdeterminanten van gezondheid (bijv. armoedebestrijding en verbeteren van de leefomgeving)?
- Welk effect heeft de beschikbaarheid van dure, niet-vergoede geneesmiddelen op bestaande gezondheidsverschillen?

Gespreksvragen bij thema 2: ziek en niet ziek

- Zien we obesitas als een chronische ziekte? En overgewicht als een risicofactor voor deze ziekte? Of is deze indeling niet goed te maken? En is de indeling wel relevant?
- Leidt de vergoeding van gewichtsverlagende medicatie tot ongewenste medicalisering van de samenleving door het voorschrijven van medicatie op individueel niveau voor een breder maatschappelijk probleem? Of is hier juist sprake van wenselijke medicalisering?
- Wanneer is iets een nieuw normaal en wanneer is het een ziekte? Als een gezondheidsprobleem zo vaak voorkomt dat de helft van de bevolking het heeft, moet dan de normaalwaarde niet worden bijgesteld? En wie zou deze normaalwaarden moeten bepalen?
- Hoe te prioriteren bij schaarste aan de werkzame stof van geneesmiddelen? De huidige gewichtsverlagende medicijnen op basis van semaglutide bevatten dezelfde werkzame stof als bepaalde medicatie voor diabetes type 2. De geneesmiddelen zijn enkel onder een andere naam en andere tarieven geregistreerd. Zou bij een tekort een patiëntengroep voorrang moeten krijgen, en zo ja, welke dan en waarom?

Gespreksvragen bij thema 3: private en publieke belangen

- Is het inzetten van publieke middelen eerlijk als deze, naast publieke belangen, toch overwegend private belangen dienen?
- Hoe kunnen we een goede balans tussen publieke en private belangen waarborgen? En wat is de rol van de overheid hierin?
- Is het wenselijk om publieke middelen te gebruiken voor het bekostigen van technologische fixes die onderliggende maatschappelijke problemen juist kunnen bestendigen?
- Is het realistisch om te verwachten dat het voorschrijven van vergoede gewichtsverlagende medicatie beperkt blijft tot de groep van patiënten die er baat bij heeft, of zal gewichtsverlagende medicatie in de praktijk breder worden voorgeschreven?

Gespreksvragen bij thema 4: individuele en collectieve verantwoordelijkheid

- In hoeverre zou de individuele verantwoordelijkheid voor obesitas een rol moeten spelen in de vergoeding van gewichtsverlagende medicatie? En hoe kunnen we dit individuele aandeel bepalen?
- In hoeverre zou de collectieve verantwoordelijkheid voor obesitas een rol moeten spelen in de vergoeding van gewichtsverlagende medicatie? Wie vormen in dit opzicht het collectief? Wat betekent het vergoeden van gewichtsverlagende medicijnen voor hoe collectieve verantwoordelijkheid wordt begrepen en gewaardeerd?
- Hoe verhoudt het vraagstuk van individuele verantwoordelijkheid bij obesitas zich tot andere leefstijlgerelateerde aandoeningen (bijv. COPD en longkanker bij roken)?
- Hoe gaan we om met eventuele bijeffecten van de vergoeding? Denk hierbij aan een toename van stigmatisering.

Bijlage 2: Lijst van geconsulteerden

- **Prof. dr. Marcel Verweij**, commissielid Adviescommissie Pakket (ACP) Zorginstituut en hoogleraar wijsgerige ethiek aan Universiteit Utrecht
- **Dr. Marieke ten Have**, gepromoveerd op het proefschrift *Prevention of obesity: weighing the ethical arguments*
- **Dr. Luc Hagens**, universitair docent commerciële determinanten van gezondheid bij Amsterdam UMC
- **Prof. dr. Liesbeth van Rossum**, internist-endocrinoloog en hoogleraar obesitas bij Erasmus MC en voorzitter Partnerschap Overgewicht Nederland (PON)
- **Jenny Kleinsmit**, bestuurslid bij stichting Dikke Vinger
- **Natasja Wijling**, patiëntvertegenwoordiger bij Nederlandse Vereniging Overgewicht en Obesitas (NVOO)

Bijlage 3: Verantwoording en samenstelling CEG

Presidium

- **Prof. dr. M.C. de Vries**, voorzitter CEG-commissie en hoogleraar Normatieve Aspecten van de Geneeskunde, en kinderarts bij het LUMC
- **Dr. H. Ismaili M'Hamdi**, vicevoorzitter CEG-commissie en universitair hoofddocent Ethiek aan Maastricht University
- **Prof. dr. M. Bussemaker**, voorzitter Raad voor Volksgezondheid & Samenleving en hoogleraar 'Wetenschap, beleid en maatschappelijke impact, in het bijzonder in de zorg' bij het LUMC en de faculteit Governance and Global Affairs van de Universiteit van Leiden
- **Prof. dr. B.J. Kullberg**, voorzitter Gezondheidsraad en hoogleraar Interne Geneeskunde en Infectieziekten bij het Radboudumc

CEG-commissie

- **Prof. dr. M.C. de Vries**, voorzitter CEG-commissie en hoogleraar Normatieve Aspecten van de Geneeskunde en kinderarts bij het LUMC
- **Dr. H. Ismaili M'Hamdi**, vicevoorzitter CEG-commissie en universitair hoofddocent Ethiek aan Maastricht University
- **Prof. dr. G. A. den Hartogh**, emeritus-hoogleraar Medische ethiek aan de Universiteit Amsterdam
- **Prof. mr. A. C. Hendriks**, hoogleraar Gezondheidsrecht aan de Universiteit Leiden
- **Prof. dr. C. Leget**, hoogleraar Zorgethiek aan de Universiteit voor Humanistiek, Utrecht
- **Dr. G. Lautenbach**, jurist, Medical PHIT, Utrecht
- **J. Meijers MSc MSM**, voorzitter van de Raad van Bestuur van Stichting Bartiméus Sonneheerdt
- **Dr. A.R. Niemeijer**, universitair docent en onderzoeker Zorgethiek & Beleid aan de Universiteit voor Humanistiek, Utrecht
- **Dr. D.H.J. Pols**, huisarts en universitair docent afdeling Huisartsgeneeskunde bij Erasmus MC Rotterdam
- **Dr. P.J. Nickel**, universitair hoofddocent techniekfilosofie aan de TU Eindhoven

Auteurs argumentenwijzer

- S. Bolt, MA MSc
- Dr. B. Haverkamp
- E.A.M. van Velthoven, MSc (stagiaire)





Centrum voor
Ethiek en
Gezondheid