

Het gebruik van gewichtsverlagende geneesmiddelen in Europa



Rapport

Een landenvergelijking van gebruik
en vergoedingsvoorwaarden

Colofon

Auteurs:

dr. Sophie ter Hark, apotheker Instituut Verantwoord Medicijngebruik
Boris Seijkens, apotheker Instituut Verantwoord Medicijngebruik
Anke Lambooi, apotheker Instituut Verantwoord Medicijngebruik
dr. Marloes Dankers, apotheker Instituut Verantwoord Medicijngebruik

December 2025

Wij hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan deze uitgave. Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. Het Instituut Verantwoord Medicijngebruik is niet aansprakelijk voor directe of indirecte schade die het gevolg is van het gebruik van de informatie die door middel van deze uitgave is verkregen. Niets uit deze uitgave mag worden gebruikt zonder vooraf verkregen toestemming.

Instituut Verantwoord Medicijngebruik
Postbus 3089, 3502 GB Utrecht
Churchillaan 11, 3527 GV Utrecht
tel 0888 800 400
info@ivm.nl
www.ivm.nl



Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Inleiding	5
1. Obesitas	7
1.1 Wat is de prevalentie van obesitas in Europese landen?	7
2. Semaglutide, liraglutide en tirzepatide bij alle aandoeningen	8
2.1 Hoe heeft het gebruik van semaglutide zich ontwikkeld tussen 2019 en 2024 in Europa?	8
2.2 Hoe heeft het gebruik van liraglutide zich ontwikkeld tussen 2019 en 2024 in Europa?	9
2.3 Hoe heeft het gebruik van tirzepatide zich ontwikkeld tussen 2019 en 2024 in Europa?	11
3. Semaglutide, liraglutide en tirzepatide bij obesitas	12
3.1 Welke Europese landen kennen een vergoeding voor semaglutide bij obesitas?	12
3.2 Wat zijn de ontwikkelingen in het gebruik van semaglutide bij obesitas in Europese landen?	13
3.3 Welke Europese landen kennen een vergoeding voor liraglutide bij obesitas?	13
3.4 Wat zijn de ontwikkelingen in het gebruik van liraglutide bij obesitas in Europese landen?	15
3.5 Welke Europese landen kennen een vergoeding voor tirzepatide bij obesitas?	16
3.6 Wat zijn de ontwikkelingen in het gebruik van tirzepatide bij obesitas in Europese landen?	16
4. Naltrexon/bupropion	17
4.1 Welke Europese landen kennen een vergoeding voor naltrexon/bupropion bij obesitas?	17
4.2 Wat zijn de ontwikkelingen in het gebruik van naltrexon/bupropion bij obesitas in Europese landen?	18
5. Orlistat	19
5.1 Welke Europese landen kennen een vergoeding voor orlistat bij obesitas?	19
5.2 Wat zijn de ontwikkelingen in het gebruik van orlistat bij obesitas in Europese landen?	20
6. Discussie	21
7. Conclusie	24
8. Methode	25
9. Bijlagen	28

Samenvatting

Gewichtsverlagende geneesmiddelen

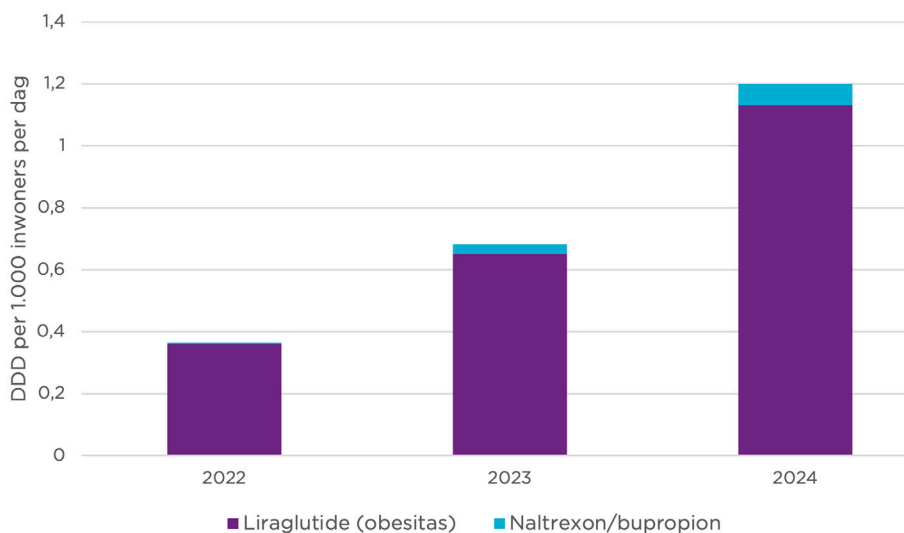
De prevalentie van obesitas in Europese landen varieert tussen 14 tot 31%

- Landen met de hoogste prevalenties: Ierland (31%) en Verenigd Koninkrijk (27%).
- Landen met de laagste prevalenties: Denemarken (14%) en Zwitserland (15%).

Gebruik bij alle aandoeningen

- In Nederland neemt het gebruik van semaglutide en liraglutide toe sinds 2020.
- Het verloop van het gebruik van liraglutide wisselt per Europees land, in sommige landen is er een afname te zien. Het gebruik van semaglutide neemt in vrijwel alle Europese landen toe.
- Het gebruik van tirzepatide is nog beperkt in Europese landen doordat dit middel pas in 2024 werd goedgekeurd door het EMA.
- Het gebruik in 2024 van liraglutide, semaglutide en tirzepatide is het hoogst in Denemarken en Noorwegen.

Figuur 1 Het gebruik van gewichtsverlagende geneesmiddelen bij obesitas in Nederland tussen 2022 en 2024.



Gebruik bij obesitas

- Het gebruik in 2024 van liraglutide is het hoogst in Finland, Nederland en Tsjechië. Bij naltrexon/bupropion is dat in Noorwegen en bij orlistat in Zweden.
- Het volume van gebruik hangt niet samen het wel of niet vergoeden van een geneesmiddelen en prevalentie van obesitas in een land.



Vergoeding

- Eén land vergoedt tirzepatide (Verenigd Koninkrijk), twee landen vergoeden semaglutide (Zwitserland en Verenigd Koninkrijk) en vijf landen vergoeden liraglutide (Nederland, Zwitserland, Verenigd Koninkrijk, Ierland en Finland) bij obesitas.
- In sommige Europese landen komen de vergoedingsvoorwaarden niet overeen met de afkapwaarden uit de registratiestudies.

Toekomst

- Het volume van gebruik van gewichtsverlagende medicatie zal toenemen.
- Meer nieuwe gewichtsverlagende middelen zullen beschikbaar komen.
- Het Zorginstituut beoordeelt of er meer gewichtsverlagende geneesmiddelen in Nederland gaan worden vergoed.



Inleiding

Nieuwe geneesmiddelen bij obesitas

Gewichtsverlagende geneesmiddelen met de GLP1-receptor als aangrijpingspunt zijn wereldwijd in opmars. De stijgende prevalentie van obesitas, gecombineerd met een hogere effectiviteit ten opzichte van eerder geregistreerde geneesmiddelen bij obesitas zoals orlistat (merknamen Xenical® en Alli®) en naltrexon/bupropion (Mysimba®), heeft geleid tot een explosieve toename van de vraag. De fabrikanten konden de toegenomen vraag niet bijbenen, waardoor er grote tekorten aan GLP1-agonisten ontstonden, ook voor patiënten met diabetes mellitus type 2 (CBG, 2023).

De eerste GLP1-agonist voor de indicatie obesitas, liraglutide (Saxenda®), werd in 2015 door het European Medicines Agency (EMA) goedgekeurd. In 2022 en 2023 volgden respectievelijk de GLP1-agonist semaglutide (Wegovy®) en de duale GLP1/GIP-agonist tirzepatide (Mounjaro®). Na de registratie van liraglutide bij obesitas begonnen de meeste nationale zorgautoriteiten in Europa zich te buigen over het vraagstuk of zij deze geneesmiddelen bij obesitas zouden moeten vergoeden.

Vergoeding in Nederland

Zorginstituut Nederland besloot in 2022 om liraglutide en naltrexon/bupropion bij de behandeling van obesitas onder strikte voorwaarden te vergoeden. In 2024 bracht het Zorginstituut een advies uit over de vergoeding van semaglutide bij obesitas. Hoewel semaglutide effectiever is in het verlagen van het lichaamsgewicht dan liraglutide en naltrexon/bupropion (Liu *et al.*, 2025), bracht het Zorginstituut toch een negatief advies uit. Eén van de hoofdredenen was het risico voor het zorgbudget door de hoge prevalentie van obesitas (Zorginstituut Nederland, 2024). Ondanks de beperkte vergoeding van gewichtsverlagende geneesmiddelen, worden ze wel voorgeschreven bij obesitas. De gebruiker moet dan zelf de kosten voor het geneesmiddel betalen. Het toekennen van een vergoeding zal het voorschrijven van deze geneesmiddelen stimuleren, doordat ze hierdoor ook toegankelijk worden voor patiënten die deze middelen anders niet zouden kunnen betalen (ZIN, 2025).

Onderzoeksvragen

Goedkeuring door het EMA geldt voor alle Europese landen. De Medicines & Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) beoordeelt de toelating van geneesmiddelen in het Verenigd Koninkrijk. De daadwerkelijke beschikbaarheid van geneesmiddelen verschilt per land, bijvoorbeeld doordat de fabrikant het niet op de markt brengt. Elk land maakt zijn eigen afweging bij het toekennen van een vergoeding voor een geneesmiddel. In dit rapport gaan we in op het gebruik van vijf gewichtsverlagende geneesmiddelen in Europa: semaglutide, liraglutide, tirzepatide, naltrexon/bupropion en orlistat.

We kijken per Europees land naar de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat is de prevalentie van obesitas in Europese landen?
2. Hoe heeft het gebruik van nieuwe gewichtsverlagende geneesmiddelen (semaglutide, liraglutide en tirzepatide) zich ontwikkeld tussen 2019 en 2024 in Europa?
3. Welke Europese landen kennen een vergoeding voor nieuwe gewichtsverlagende geneesmiddelen?
4. Hoe heeft het gebruik van de overige gewichtsverlagende geneesmiddelen (naltrexon/bupropion en orlistat) zich ontwikkeld tussen 2019 en 2024 in Europa?



1. Obesitas

Wereldwijd hebben 2,5 miljard mensen (43% van de wereldbevolking) van 18 jaar en ouder overgewicht en 890 miljoen mensen (16% van de wereldbevolking) obesitas (WHO, 2025). Overgewicht is gedefinieerd als een Body Mass Index (BMI) tussen 25 en 30 kg/m² en obesitas als een BMI boven 30 kg/m². Obesitas is een multifactoriële chronische ziekte gekenmerkt door een te hoge vetmassa (WHO, 2025). Het kan een negatieve invloed hebben op de algemene gezondheid en verhoogt onder andere het risico op diabetes mellitus type 2, cardiovasculaire aandoeningen en bepaalde typen kanker.

De prevalentie van obesitas in een land kan samenhangen met culturele normen of tradities, de mate van inzet op de preventie van obesitas, de toegang tot zorg en gezondheidsvaardigheden in een land. Het individuele risico op obesitas kan worden verhoogd door een obesogene omgeving, genetische aanleg en sociaaleconomische omstandigheden (WHO, 2025).

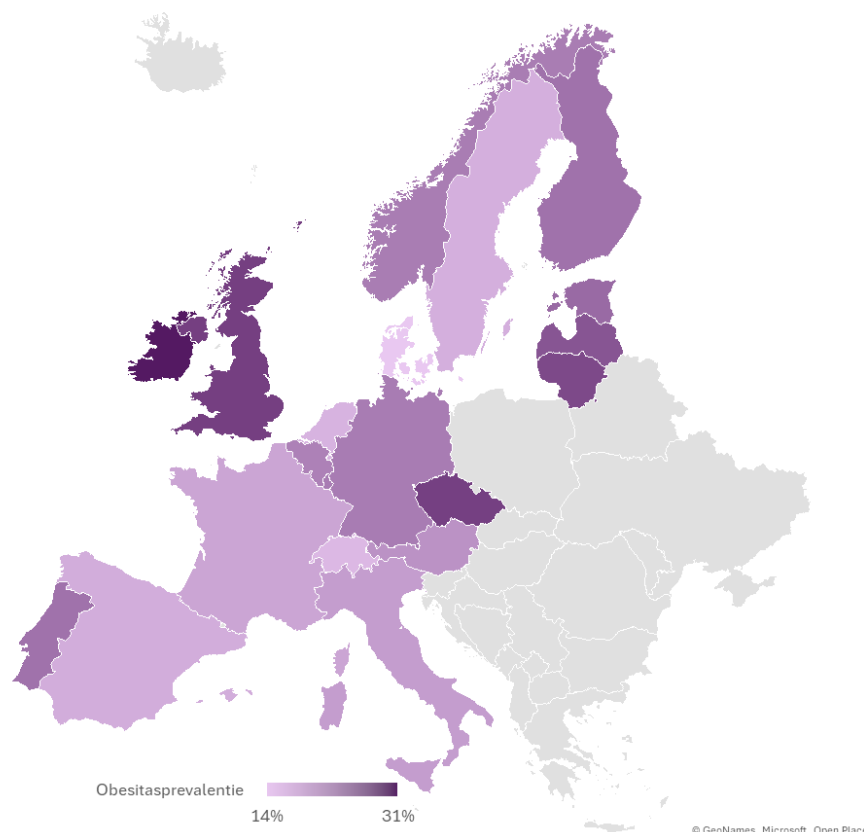
1.1 Wat is de prevalentie van obesitas in Europese landen?

De prevalentie van obesitas in Europese landen varieert tussen de 14 en 31% (World Obesity, 2025). Denemarken (14%), Zwitserland (15%) en Nederland (16%) behoren tot de landen met de laagste prevalentie. Ierland (31%), Verenigd Koninkrijk (27%) en Tsjechië (27%) hebben de hoogste prevalentie van obesitas. Zie ook tabel 1 en figuur 2.

Tabel 1 Prevalentie van obesitas in Europese landen

Land	%
België	21%
Denemarken	14%
Duitsland	21%
Estland	23%
Finland	22%
Frankrijk	17%
Ierland	31%
Italië	18%
Letland	25%
Litouwen	26%
Luxemburg	21%
Nederland	16%
Noorwegen	21%
Oostenrijk	19%
Portugal	22%
Spanje	16%
Tsjechië	27%
Verenigd Koninkrijk	27%
Zweden	16%
Zwitserland	15%

Figuur 2 Prevalentie van obesitas in Europese landen





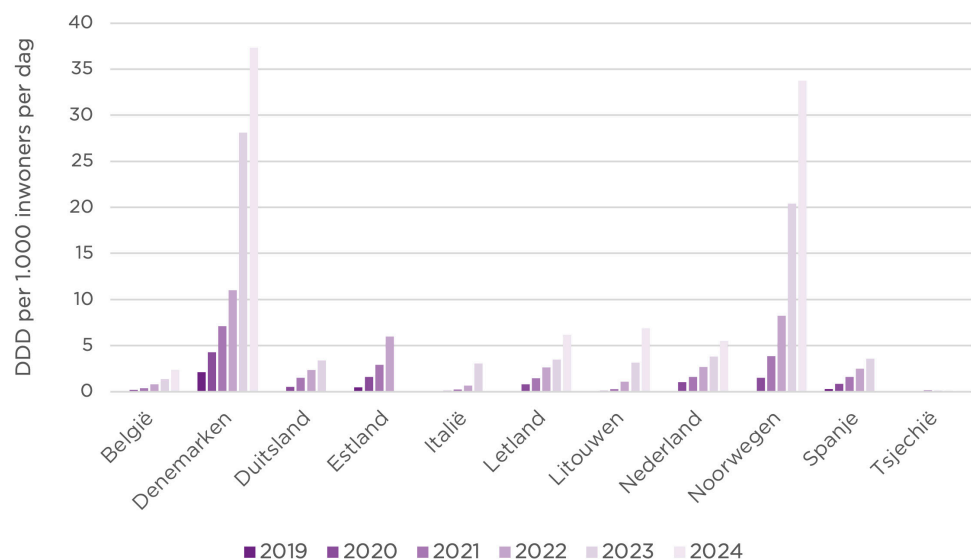
2. Semaglutide, liraglutide en tirzepatide bij alle aandoeningen

Het gebruik van de geneesmiddelen liraglutide, semaglutide en tirzepatide nam snel toe na de goedkeuring van de indicatie diabetes mellitus type 2 (IVM, 2024). De meeste landen vergoeden deze geneesmiddelen bij diabetes mellitus type 2, in tegenstelling tot bij obesitas (zie hoofdstuk 3). In dit hoofdstuk kijken we naar het totale gebruik van deze drie geneesmiddelen. Aangezien de meeste Europese databases (zie bronnen in tabel 12, sectie methode) zijn gebaseerd op declaraties van vergoede geneesmiddelen en deze middelen bij obesitas vaak niet worden vergoed, is het aannemelijk dat deze data voornamelijk betrekking hebben op de indicatie diabetes mellitus type 2 en niet op obesitas. In dit hoofdstuk bespreken we per paragraaf een geneesmiddel. In de bijlage staan de data ingedeeld per land, om de verschuivingen in het gebruik tussen de geneesmiddelen inzichtelijk te maken.

2.1 Hoe heeft het gebruik van semaglutide zich ontwikkeld tussen 2019 en 2024 in Europa?

In figuur 3 staan elf landen waarvan het gebruik van semaglutide in defined daily doses (DDD; WHO, 2025) beschikbaar is per 1.000 inwoners per dag. In alle onderzochte landen stijgt het gebruik van semaglutide tussen 2019 en 2024, behalve in Tsjechië. Landen met het hoogste gebruik van semaglutide in 2024 zijn Denemarken en Noorwegen met respectievelijk circa 37 en 34 dagdoseringen per 1.000 inwoners per dag. Het gebruik van semaglutide in Nederland steeg tussen 2019 en 2024 van 1 naar circa 5,5 dagdoseringen per 1.000 inwoners per dag in 2024.

Figuur 3 Gebruik van semaglutide in elf Europese landen



In tabel 2 staan de vijf landen weergegeven waarvoor data over het aantal gebruikers (per 1.000 inwoners) van semaglutide beschikbaar is. België en Nederland hebben in 2024 een vergelijkbaar aantal gebruikers van semaglutide: respectievelijk 6,8 en 6,5 per 1.000 inwoners. Het aantal gebruikers is het hoogst in Denemarken en Noorwegen, met respectievelijk 45,3 en 38,4 gebruikers per 1.000 inwoners. Het aantal gebruikers neemt in alle onderzochte landen toe; met name in Noorwegen, waar het aantal gebruikers in 2024 steeg met 1322% ten opzichte van 2020.

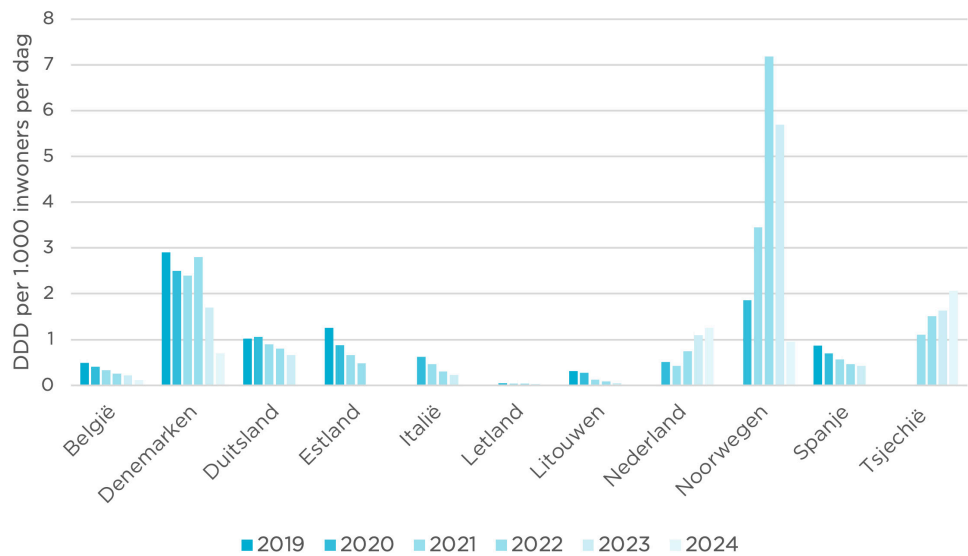
Tabel 2 Gebruikers van semaglutide per 1.000 inwoners

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Groei (%) 2020-2024
België	0,5	1,3	2,4	3,9	5,1	6,8	423%
Denemarken	3,8	6,6	10,2	15,5	34,6	45,3	586%
Nederland		1,5	2,4	3,5	5,0	6,5	333%
Noorwegen		2,7	6,9	13,5	29,0	38,4	1322%
Zweden	1,3	3,1	5,5	8,0	12,0	16,7	439%

2.2 Hoe heeft het gebruik van liraglutide zich ontwikkeld tussen 2019 en 2024 in Europa?

Figuur 4 toont het gebruik van liraglutide in dezelfde elf landen als figuur 3. Waar het gebruik van semaglutide in alle onderzochte landen toeneemt, geldt dat niet in alle onderzochte landen voor liraglutide. In België, Duitsland, Estland, Italië en Spanje daalt het gebruik, terwijl in Nederland en Tsjechië sprake is van een stijging. In andere landen wisselt het gebruik over de jaren. Zo bleef in Noorwegen het gebruik tot en met 2023 hoog in vergelijking met de andere landen. In 2024 is het gebruik echter sterk gedaald: van circa 7 naar 1 dagdosering per 1.000 inwoners per dag. In Letland en Litouwen is het gebruik van liraglutide in 2024 het laagst: respectievelijk 0,017 en 0,001 dagdoseringen per 1.000 inwoners per dag. In 2024 was het gebruik het hoogst in Nederland en Tsjechië, met respectievelijk circa 1,3 en 2,1 dagdoseringen per 1.000 inwoners per dag.

Figuur 4 Gebruik van liraglutide in twaalf Europese landen



In tabel 3 staat het aantal gebruikers van liraglutide weergegeven voor dezelfde vijf landen als in tabel 2. Het aantal gebruikers in 2024 in Zweden is met 3,2 gebruikers per 1.000 inwoners 2,5 keer zo hoog als in Nederland (1,3 gebruikers per 1.000 inwoners) en 16 keer zo hoog als in België (0,2 gebruikers per 1.000 inwoners). Het verloop van het aantal gebruikers van liraglutide verschilt sterk tussen de landen. In België en Denemarken is sprake van een daling, terwijl in Nederland een stijgende trend zichtbaar is (stijging van 117% in aantal gebruikers in 2024 ten opzichte van 2020). In Noorwegen nam het gebruik toe tot een piek van 8,3 gebruikers per 1.000 inwoners in 2022. De jaren hierna is het aantal gebruikers echter sterk afgenomen, tot 1,5 gebruiker per 1.000 inwoners in 2024. In Zweden blijft het gebruik over de jaren heen grotendeels stabiel.

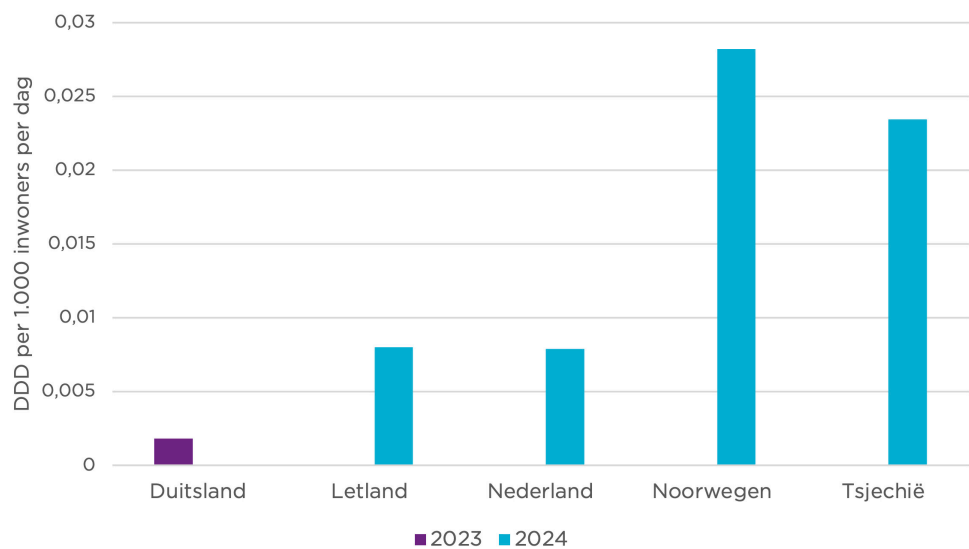
Tabel 3 Gebruikers van liraglutide per 1.000 inwoners

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Groei (%) 2020-2024
België	0,7	0,5	0,5	0,4	0,3	0,2	-60%
Denemarken	4,0	3,4	3,7	5,2	2,9	1,4	-59%
Nederland		0,6	0,5	0,9	1,3	1,3	117%
Noorwegen		2,4	4,5	8,3	5,9	1,5	-38%
Zweden	3,3	3,1	2,8	3,0	3,9	3,2	3%

2.3 Hoe heeft het gebruik van tirzepatide zich ontwikkeld tussen 2019 en 2024 in Europa?

In figuur 5 staan de vijf landen weergegeven waarvan gegevens over het gebruik van tirzepatide beschikbaar zijn. Tirzepatide kwam pas in 2023 of 2024 beschikbaar in de onderzochte landen. Het gebruik is daarom nog laag. Net als bij eerdere middelen is in 2024 het gebruik in Noorwegen hoog met circa 0,03 dagdoseringen per 1.000 inwoners per dag. In Letland en Nederland is het gebruik vergelijkbaar: ongeveer 0,008 dagdoseringen per 1.000 inwoners per dag.

Figuur 5 Gebruik van tirzepatide in vijf Europese landen



In tabel 4 staan drie landen weergegeven waarvan data over het aantal gebruikers van tirzepatide beschikbaar is. In België en Denemarken was tirzepatide nog niet beschikbaar. Alle landen hebben in 2024 minder dan één gebruiker per 1.000 inwoners.

Tabel 4 Gebruikers van tirzepatide per 1.000 inwoners

Land	2024
Nederland	0,1
Noorwegen	0,7
Zweden	0,4



3. Semaglutide, liraglutide en tirzepatide bij obesitas

In dit hoofdstuk kijken we naar het gebruik van semaglutide, liraglutide en tirzepatide bij obesitas. We identificeren gebruik voor obesitas op basis van de preparaatnaam in algemene databases. Ook doorzochten we publicaties van overheden met obesitas als onderwerp. In de bijlage staan de data ingedeeld per land, om verschuivingen in het gebruik tussen de geneesmiddelen inzichtelijk te maken.

3.1 Welke Europese landen kennen een vergoeding voor semaglutide bij obesitas?

Twee Europese landen vergoeden semaglutide bij obesitas: het Verenigd Koninkrijk en Zwitserland. Het Verenigd Koninkrijk vergoedt dit middel sinds eind 2024, al is het nog niet voor iedereen beschikbaar (NHS, 2025). In de komende drie jaar gaat de National Health Service (NHS) semaglutide, maar ook liraglutide en tirzepatide, beschikbaar maken voor 220.000 patiënten, terwijl er ongeveer 3,4 miljoen patiënten voldoen aan de startcriteria (tabel 5). Omdat de NHS verwacht dat de vraag naar deze geneesmiddelen hoog zal zijn, dienen lokale zorginstellingen een plan op te stellen voor de inzet van deze middelen op basis van medisch risico. De NHS verwacht in totaal tot 12 jaar nodig te hebben om semaglutide en tirzepatide beschikbaar te maken voor iedereen die voldoet aan de startcriteria (NHS, 2025).

De vergoedingsvoorwaarden voor semaglutide in Zwitserland zijn ruimer dan in het Verenigd Koninkrijk (tabel 5): vergoeding is beschikbaar vanaf een BMI van ≥ 28 kg/m² met gewichtsgerelateerde comorbiditeiten. De stopcriteria in Zwitserland zijn uitgebreid en afhankelijk van het start-BMI. Bij een start-BMI ≥ 35 kg/m² moet men na 16 weken 7% zijn afgevallen, en na 6 maanden 12%, terwijl dit bij een BMI tussen 28 en 35 kg/m² respectievelijk 5% en 10% is. Het bereiken van een gezonde BMI is een stopcriterium voor de vergoeding van semaglutide in Zwitserland, net als gewichtstoename.

Tabel 5 Vergoedingsvoorwaarden van semaglutide en tirzepatide voor volwassenen met obesitas in twee Europese landen

Land	Middel	Startcriteria	Stopcriteria
Verenigd Koninkrijk	Semaglutide	In combinatie met een gespecialiseerd gewichtsbeheersingsprogramma, bij: <ul style="list-style-type: none">• BMI $\geq 32,5$ kg/m² voor patiënten met een Aziatische, Midden-Oosterse of Afrikaanse (-Caribische) etnische achtergrond• BMI ≥ 35 kg/m² voor overige etniciteiten.	Na 6 maanden een afname van het lichaamsgewicht van <5%. De maximale gebruiksduur is 2 jaar.
Zwitserland	Semaglutide	Voorschrift uitsluitend van specialist en in combinatie met een dieet met 500 kcal/dag tekort en verhoogde fysieke activiteit, bij: <ul style="list-style-type: none">• BMI ≥ 35 kg/m²• BMI ≥ 28 kg/m² met gewichtsgerelateerde comorbiditeiten.	Gewichtstoename of een BMI ≤ 25 kg/m ² én afhankelijk van start BMI: <ul style="list-style-type: none">• BMI ≥ 28 kg/m²: <5% gewichtsverlies na 16 weken en <10% na 6 maanden.• BMI ≥ 35 kg/m²: <7% gewichtsverlies na 16 weken en <12% na 6 maanden. Maximale gebruiksduur is 3 jaar.

3.2 Wat zijn de ontwikkelingen in het gebruik van semaglutide bij obesitas in Europese landen?

Omdat veel databronnen zich baseren op vergoede geneesmiddelen en semaglutide in de meeste landen geen vergoeding kent, zijn gebruikscijfers lastig te vinden. Bovendien is het middel in het Verenigd Koninkrijk nog niet voldoende beschikbaar. Twee landen waarvoor gebruikscijfers beschikbaar zijn Finland (Kela, 2025) en Denemarken (MEDSTAT, 2025). In Finland gebruikte in 2024 ongeveer 1% van de bevolking (60.000 gebruikers) semaglutide voor gewichtsbeheersing. Dit is een stijging van 400% ten opzichte van 2021. In Denemarken is het gebruik uitgedrukt in dagdoseringen per 1.000 inwoners per dag. In 2024 bedroeg het gebruik circa 23, een stijging van zo'n 77% ten opzichte van 2022.

3.3 Welke Europese landen kennen een vergoeding voor liraglutide bij obesitas?

Liraglutide wordt bij obesitas vergoed in Finland, Ierland, Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Zwitserland. In de meeste landen is dit een volledige vergoeding. Afhankelijk van de opbouw van het zorgvergoedingssysteem kan er wel sprake zijn van een eigen bijdrage of kan de vergoeding ten koste gaan van een eigen risico, zoals dat ook in Nederland het geval is.

De meeste landen kiezen ervoor om liraglutide vanaf een BMI ≥ 35 kg/m² te vergoeden in combinatie met gewichtsgerelateerde comorbiditeiten als toevoeging op een leefstijlinterventie. In Nederland geldt als voorwaarde dat men nog niet in aanmerking mag komen voor een maagverkleining. Daarnaast komt men ook in aanmerking voor een vergoeding bij een BMI ≥ 40 kg/m² zonder comorbiditeiten. Alle landen uit tabel 6 geven in hun vergoedingsvoorwaarden aan dat liraglutide alleen kan worden voortgezet indien na 3 maanden of 12 weken een gewichtsverlies van minimaal 5% is behaald. Ierland, Finland en Zwitserland vermelden dat de vergoeding een maximale termijn heeft (bijvoorbeeld 2 jaar of 3 jaar), andere landen specificeren dit niet.

Het Verenigd Koninkrijk specificeert de BMI-afkapwaarden voor de vergoeding op basis van etniciteit. Dit komt voort uit verschillende gezondheidsrisico's bij hetzelfde BMI tussen etnische groepen. De National Institute for Health and Care Excellence (NICE) richtlijn voor de behandeling van overgewicht en obesitas beveelt daarom aan om lagere BMI-drempels te hanteren bij het identificeren van het risico op het ontwikkelen van diabetes mellitus type 2 en het bieden van preventieve maatregelen (NICE, 2025). Dit geldt voor mensen uit Zuid-Azië, China, andere Aziatische landen, het Midden-Oosten, zwarte Afrikanen en Afro-Caribische bevolkingsgroepen.

Zwitserland en Finland kennen als enige landen een gedeeltelijke vergoeding. Het vergoedingspercentage van 40% in Finland ligt aanzienlijk lager dan in andere landen. Dit komt doordat het Finse zorgstelsel het vergoedingspercentage afstemt op de ernst van een aandoening of de medische noodzaak van een geneesmiddel. De vergoeding van liraglutide bij obesitas valt in de laagste categorie. De vergoeding in Zwitserland is 90%. Dit is een standaard vergoedingspercentage en geldt voor alle geneesmiddelen.

Noorwegen kent geen structurele vergoeding van liraglutide en staat daarom niet in tabel 6 vermeld. Vergoedingen kunnen wel bij een individuele aanvraag worden toegekend. Een vergoeding kan worden aangevraagd bij een BMI ≥ 50 kg/m² in combinatie met een ernstig gezondheidsrisico. De kans om een vergoeding te krijgen is klein ([Helsedirektoratet, 2025](#)).

Tabel 6 Vergoedingsvoorwaarden van liraglutide voor volwassenen met obesitas in vijf Europese landen

Land	Vergoeding	Startcriteria	Stopcriteria
Finland	40%	BMI ≥ 35 kg/m ² met prediabetes en minimaal één andere obesitas-gerelateerde comorbiditeit waarvoor medicatie nodig is (hypertensie of dyslipidemie).	Na 12 weken een afname van het lichaamsgewicht van <5%. De vergoedingsduur is in principe 6 maanden. Na evaluatie van het afgefallen gewicht, een gebruik van maximaal 2 jaar.
Ierland	100%	Als toevoeging op een caloriebeperkt dieet en toegenomen fysieke activiteit voor volwassenen met een initiële BMI van ≥ 35 kg/m ² met prediabetes en hoog cardiovasculair risico.	Na 3 maanden een afname van het lichaamsgewicht van <5% bij gebruik van 3 mg/dag. De vergoedingsduur is in principe 2 jaar.
Nederland	100%	Volwassenen zonder diabetes mellitus type 2 die nog niet in aanmerking komen voor metabole chirurgie. Na het doorlopen van een gecombineerde leefstijlinterventie gedurende 1 jaar zonder succes. In combinatie met het doorlopen van een gecombineerde leefstijlinterventie en een: <ul style="list-style-type: none"> • BMI ≥ 35 kg/m² in combinatie met een comorbiditeit (hart- en vaatziekte, slaapapneu en/of artrose) óf • BMI ≥ 40 kg/m². 	Na 3 maanden een afname van het lichaamsgewicht van <5%. Geen maximale vergoedingsduur.
Verenigd Koninkrijk	100%	In combinatie met een gespecialiseerd gewichtsbeheersingsprogramma. Voor volwassenen met niet-diabetische hyperglykemie en een hoog cardiovasculair risico (hypertensie of hypercholesterolemie) <ul style="list-style-type: none"> • BMI $\geq 32,5$ kg/m² voor patiënten met een Aziatische, Midden-Oosterse, Afrikaanse (-Caribische) etnische achtergrond óf • BMI ≥ 35 kg/m² voor overige etniciteiten. 	Na 3 maanden een afname van het lichaamsgewicht van <5%.
Zwitserland	90%	In combinatie met een dieet met 500 kcal/dag tekort en een verhoogde fysieke activiteit. Voorschrift uitsluitend van specialist bij een: <ul style="list-style-type: none"> • BMI ≥ 28 kg/m² met gewichtsgelateerde comorbiditeiten • BMI ≥ 35 kg/m². 	Gewichtstoename of een BMI ≤ 25 kg/m ² én afhankelijk van start BMI: <ul style="list-style-type: none"> • BMI ≥ 28 kg/m²: <5% gewichtsverlies na 16 weken en <10% na 6 maanden. • BMI ≥ 35 kg/m²: <7% gewichtsverlies na 16 weken en <12% na 6 maanden. Maximale gebruiksduur is 3 jaar.

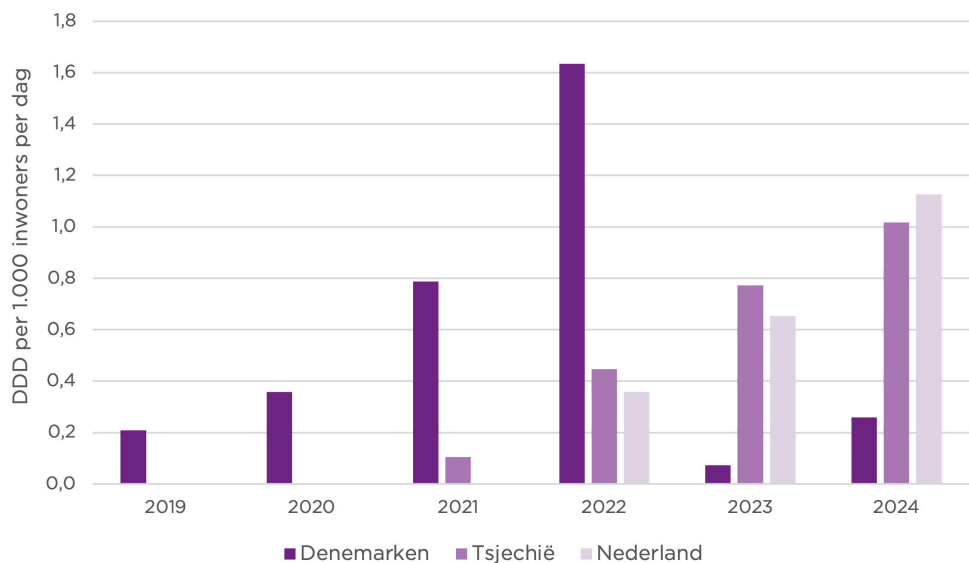
3.4 Wat zijn de ontwikkelingen in het gebruik van liraglutide bij obesitas in Europese landen?

Er zijn cijfers bekend over het gebruik (in dagdoseringen per 1.000 inwoners per dag) van liraglutide bij obesitas in drie landen: Denemarken, Nederland en Tsjechië (MEDSTAT, 2025; GIP, 2025; SÚKL, 2025; figuur 6). In Finland en Nederland is het aantal gebruikers bekend van liraglutide (KELA, 2025; GIP, 2025). In alle landen is een snelle toename in het gebruik zichtbaar, onafhankelijk van of er een vergoeding is.

In Finland kwam liraglutide bij obesitas beschikbaar in 2020. Het aantal gebruikers piekte in 2023 op ongeveer 16.000 gebruikers (2,9 gebruikers per 1.000 inwoners), waarna het in 2024 daalde naar circa 12.000 (2,2 gebruikers per 1.000 inwoners). In Nederland ligt de piek in gebruikers in 2024, toen waren er ongeveer 1,1 gebruikers per 1.000 inwoners.

In Denemarken was liraglutide bij obesitas al eerder beschikbaar (figuur 6). De piek in het gebruik (uitgedrukt in dagdoseringen per 1.000 inwoners per dag) was ook eerder te zien dan in de andere landen: circa 1,6 dagdoseringen in 2022. In 2023 daalde het gebruik echter met 96%, zeer waarschijnlijk doordat semaglutide steeds meer werd gebruikt. In Tsjechië zijn gebruikscijfers beschikbaar tussen 2021 en 2024. Het gebruik van liraglutide bij obesitas steeg in 2024 tot ongeveer 1 dagdosering per 1.000 inwoners per dag, een stijging van 872% ten opzichte van 2021. Een daling in het gebruik in Tsjechië is (nog) niet zichtbaar, vermoedelijk omdat semaglutide bij obesitas pas sinds 2025 beschikbaar is. In Nederland ligt het gebruik in 2024 het hoogst met 1,13 dagdoseringen per 1.000 inwoners. Omdat Nederland momenteel alleen liraglutide vergoedt, zal er waarschijnlijk minder afname zijn door de introductie van semaglutide.

Figuur 6 Gebruik van liraglutide bij obesitas in drie Europese landen in DDD per 1.000 inwoners per dag



3.5 Welke Europese landen kennen een vergoeding voor tirzepatide bij obesitas?

Alleen het Verenigd Koninkrijk vergoedt tirzepatide (tabel 7). Hierbij gelden dezelfde start- en stopcriteria als bij semaglutide, uitgezonderd van het feit dat er geen maximale gebruiksduur is (bij semaglutide is dit maximaal twee jaar).

In sommige Europese landen is tirzepatide nog niet beschikbaar of moet de vergoeding nog worden beoordeeld. Voorbeelden van landen waar de vergoedingsaanvraag nog beoordeeld moet worden, zijn Ierland, Zwitserland, Noorwegen en Nederland (NCPE, 2025).

Tabel 7 Vergoedingsvoorwaarden van tirzepatide voor volwassenen met obesitas in één Europees land

Land	Middel	Startcriteria	Stopcriteria
Verenigd Koninkrijk	Tirzepatide	In combinatie met een gespecialiseerd gewichtsbeheersingsprogramma, bij: <ul style="list-style-type: none">• BMI \geq 32,5 kg/m² voor patiënten met een Aziatische, Midden-Oosterse, Afrikaanse (-Caribische) etnische achtergrond óf• BMI \geq 35 kg/m² voor overige patiënten	Na 6 maanden een afname van het lichaamsgewicht van <5%. Geen maximale gebruiksduur.

3.6 Wat zijn de ontwikkelingen in het gebruik van tirzepatide bij obesitas in Europese landen?

Net als bij semaglutide zijn gebruikscijfers voor tirzepatide lastig te vinden, omdat veel databronnen zich baseren op vergoede geneesmiddelen en tirzepatide in bijna alle landen niet vergoedt wordt. Bovendien is het middel in het Verenigd Koninkrijk nog niet voldoende beschikbaar. Twee landen waarvoor gebruikscijfers beschikbaar zijn Finland (Kela, 2025) en Denemarken (MEDSTAT, 2025). In Finland gebruikte in 2024 ongeveer 0,14% van de bevolking (8.000 gebruikers) tirzepatide voor gewichtsbeheersing. Mogelijk zal het aantal gebruikers van tirzepatide in Finland de komende jaren toenemen. In Denemarken is het gebruik uitgedrukt in dagdoseringen per 1.000 inwoners per dag. In 2024 bedroeg het gebruik 0,008 dagdoseringen.



4. Naltrexon/bupropion

In dit hoofdstuk kijken we naar het gebruik van naltrexon/bupropion. Dit middel heeft obesitas als enige indicatie. Data in dit hoofdstuk zijn afkomstig uit Europese databases (zie tabel 12, sectie methode). In de bijlage staan de data ingedeeld per land, om verschuivingen in het gebruik tussen de geneesmiddelen inzichtelijk te maken.

4.1 Welke Europese landen kennen een vergoeding voor naltrexon/bupropion bij obesitas?

Drie Europese landen vergoeden naltrexon/bupropion bij obesitas (tabel 8). Nederland heeft de breedste vergoedingsvoorwaarden, met een BMI vanaf 27 kg/m² (met gewichtsgelateerde comorbiditeiten) en vanaf 30 kg/m² zonder comorbiditeiten. In Noorwegen wordt het middel vergoed bij een BMI vanaf 35 kg/m² met een gewichtsgelateerde comorbiditeit ([Helsedirektoratet, 2024](#)). Dit omvat ook indirecte gewichtsgelateerde comorbiditeiten, zoals een schimmelinfectie (ICD-10: B37.2), een affectieve stemmingstoornis (ICD-10: F30-F39) en stress incontinentie (ICD-10: N39.3).

Noorwegen is het enige land waar in de vergoedingsvoorwaarden geen stopcriteria zijn vermeld. In Nederland en Finland geldt dat men na 16 weken ten minste 5% van hun lichaamsgewicht moet zijn verloren. In Finland is het vergoedingspercentage, net als bij semaglutide, lager dan in Nederland en Noorwegen en bedraagt 40%.

Tabel 8 Vergoedingsvoorwaarden van naltrexon/bupropion voor volwassenen met obesitas in drie Europese landen

Land	Vergoeding	Startcriteria	Stopcriteria
Nederland	100%	Na het doorlopen van een gecombineerde leefstijlinterventie gedurende 1 jaar zonder succes. In combinatie met het doorlopen van een gecombineerde leefstijlinterventie een: <ul style="list-style-type: none">• BMI \geq 27 kg/m² tot 30 kg/m² met één of meer comorbiditeiten: (risicofactoren voor) hart- en vaatziekte, diabetes mellitus type 2, slaapapneu en/of artrose) óf• BMI \geq 30 kg/m².	Na 16 weken een afname van het lichaamsgewicht van <5%. Geen maximale gebruiksduur.
Finland	40%	In combinatie met een niet-farmacologische behandeling van obesitas en een: <ul style="list-style-type: none">• BMI \geq 40 kg/m² of• BMI \geq 35 kg/m² en medicamenteuze behandeling voor diabetes mellitus type 2, dyslipidemie of hypertensie.	Na 16 weken een afname van het lichaamsgewicht van <5%. De vergoedingsduur is in principe 6 maanden. Na evaluatie van het afgevallen gewicht kan het toegekend worden voor maximaal 2 jaar.
Noorwegen	100%	<ul style="list-style-type: none">• BMI \geq 35 tot 40 kg/m² met een comorbiditeit• BMI \geq 40 kg/m².	Geen stopcriteria beschreven. De vergoedingsduur is 1 jaar.

4.2 Wat zijn de ontwikkelingen in het gebruik van naltrexon/bupropion bij obesitas in Europese landen?

Van zes Europese landen (Denemarken, Estland, Italië, Nederland, Noorwegen en Tsjechië) zijn de gebruikscijfers van naltrexon/bupropion in dagdoseringen per 1.000 inwoners per dag bekend. In drie landen (Finland, Nederland en Zweden) is het aantal gebruikers bekend. Er zijn grote verschillen te zien in het gebruik, met een range van <0,001 tot circa 2 dagdoseringen per 1.000 inwoners per dag.

In Denemarken, Estland en Tsjechië is een afname te zien in het gebruik in de periode 2019 tot 2024. In Estland is het gebruik laag en gaat het richting nul. Het gebruik in Denemarken ligt hoger maar laat een halvering zien in de tijd. In Nederland en Noorwegen is juist een toename te zien in het gebruik. Voor Nederland hangt dit waarschijnlijk samen met de vergoeding: vanaf halverwege 2022 werd naltrexon/bupropion vergoed. In Noorwegen is het gebruik van naltrexon/bupropion het hoogst: het gebruik bedroeg in 2024 circa 2 dagdoseringen per 1.000 inwoners per dag.

Zweden en Finland laten beide een toename in het aantal gebruikers zien. Het aantal gebruikers van naltrexon/bupropion in Zweden is hoger dan in Finland. Terwijl Zweden geen vergoeding kent voor naltrexon/bupropion en Finland wel een gedeeltelijke vergoeding heeft (tabel 8).

Tabel 9 Gebruikscijfers van naltrexon/bupropion in acht Europese landen. Groei niet weergegeven in tabel door wisselende beschikbaarheid van data.

Land	Eenheid	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Denemarken	dagdoseringen ^a	0,05	0,04	0,04	0,03	0,03	0,02
Estland	dagdoseringen ^a	0,06	0,05	0,05	0,01		
Italië	dagdoseringen ^a		< 0,001	0	< 0,001	< 0,001	
Nederland	dagdoseringen ^a				0,01	0,03	0,07
Noorwegen	dagdoseringen ^a		0,5	1,2	2,2	2,6	2,0
Tsjechië	dagdoseringen ^a			0,2	0,1	0,1	0,1
Land	Eenheid	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Finland	gebruikers ^b	0	0	0,01	0,2	0,4	0,6
Nederland	gebruikers ^b				0,03	0,1	0,2
Zweden	gebruikers ^b	0,1	0,2	0,2	0,2	0,4	0,6

^a dagdoseringen per 1.000 inwoners per dag

^b gebruikers per 1.000 inwoners



5. Orlistat

In dit hoofdstuk kijken we naar het gebruik van orlistat. Dit middel heeft obesitas als enige indicatie. Data in dit hoofdstuk zijn afkomstig uit Europese databases (zie tabel 12, sectie methode). Onder deze data vallen twee merkennamen van orlistat, namelijk Xenical® en Alli®, naast het generieke product orlistat. In de bijlage staan de data ingedeeld per land, om verschuivingen in het gebruik tussen de geneesmiddelen inzichtelijk te maken.

5.1 Welke Europese landen kennen een vergoeding voor orlistat bij obesitas?

In drie landen wordt orlistat vergoed (tabel 10); dit betreft de orlistat of Xenical® capsules. Alli® bevat de helft van de orlistat dosering van Xenical® en wordt niet vergoed door de zorgverzekering. Vaak is het beschikbaar als over-the-counter geneesmiddel. Zweden en Zwitserland hanteren vergelijkbare startcriteria, al moet men in Zweden wel eerst gewichtsverlies door een dieet hebben behaald. De stopcriteria tussen de landen verschillen. Opmerkelijk is dat de stopcriteria in Zwitserland verschillen tussen overgewicht met diabetes type 2 en obesitas. Bij gebruik bij overgewicht met diabetes wordt het benodigde gewichtsverlies om orlistat te continueren uitgedrukt in kilogrammen, terwijl bij obesitas het minimale gewichtsverlies in procenten wordt uitgedrukt. In Noorwegen zijn de startcriteria voor orlistat strenger: patiënten moeten een BMI ≥ 35 kg/m² hebben met een comorbiditeit.

Tabel 10 Vergoedingsvoorwaarden van orlistat voor volwassenen met obesitas in drie Europese landen

Land	Vergoeding	Startcriteria	Stopcriteria
Zweden	100%	Een dieet heeft geleid tot gewichtsverlies $\geq 2,5$ kg in 4 weken. Bij: <ul style="list-style-type: none">• BMI ≥ 28 met diabetes mellitus type 2• BMI ≥ 35 kg/m².	Na 12 weken een afname van het lichaamsgewicht van $<5\%$. Vergoeding voor maximaal twee jaar.
Zwitserland	90%	<ul style="list-style-type: none">• BMI ≥ 28 met diabetes mellitus type 2 en gebruik van een of meer orale antidiabetica• BMI ≥ 35 kg/m².	Bij overgewicht in combinatie met diabetes mellitus type 2: <ul style="list-style-type: none">• Na 6 maanden <5 kg gewichtsverlies en/of daling HbA1c-gehalte $< 0,5\%$. Bij obesitas: <ul style="list-style-type: none">• Na 6 maanden $<10\%$ gewichtsverlies. Vergoeding voor maximaal twee jaar.
Noorwegen	100%	<ul style="list-style-type: none">• BMI ≥ 35 tot 40 kg/m² met een comorbiditeit• BMI ≥ 40 kg/m².	Geen stopcriteria beschreven.

5.2 Wat zijn de ontwikkelingen in het gebruik van orlistat bij obesitas in Europese landen?

In tabel 11 staan de gebruikscijfers (dagdoseringen en gebruikers) van orlistat. De gebruikscijfers van orlistat in Denemarken, Italië, Tsjechië, Litouwen en Letland laten kleine variaties zien tussen 2019 en 2024. In Noorwegen halveert het gebruik van orlistat tussen 2020 en 2024. In Zweden verdubbelt juist het aantal gebruikers van orlistat in deze periode. Orlistat is het enige gewichtsverlagende geneesmiddel met vergoeding in Zweden. In Noorwegen kent naltrexon/bupropion ook een vergoeding en kan liraglutide bij obesitas in uitzonderlijke situaties worden vergoed (zie paragraaf 3.3).

In veel landen is het vrij verkrijgbare product Alli® beschikbaar. De verkoop van dit preparaat is mogelijk niet meegenomen in tabel 11. De werkelijke gebruikscijfers kunnen daarom hoger liggen dan hier weergegeven. Waarschijnlijk zijn de gebruikscijfers van orlistat in Zweden en Noorwegen wel te vergelijken; orlistat op voorschrift wordt in beide landen wel vergoed en Alli® niet.

Tabel 11 Gebruikscijfers van orlistat in acht Europese landen

Land	Eenheid	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Groei (%) 2020-2024
Denemarken	dagdoseringen ^a	0,136	0,140	0,165	0,146	0,122	0,113	-19%
Italië	dagdoseringen ^a		< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001		n.v.t. ^c
Letland	dagdoseringen ^a		< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	n.v.t. ^c
Litouwen	dagdoseringen ^a	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	n.v.t. ^c
Noorwegen	dagdoseringen ^a		0,221	0,206	0,184	0,159	0,130	-41%
Tsjechië	dagdoseringen ^a			0,230	0,234	0,215	0,261	13% ^d
Land	Eenheid	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Groei (%) 2020-2024
Zweden	gebruikers ^b	0,889	0,918	1,06	1,19	1,48	1,93	110%

^a dagdoseringen per 1.000 inwoners per dag

^b gebruikers per 1.000 inwoners

^c onduidelijk vanwege te kleine getallen

^d groei ten opzichte van 2021



6. Discussie

Dit rapport geeft inzicht in de ontwikkelingen in het gebruik en de vergoeding van gewichtsverlagende geneesmiddelen bij obesitas in Europese landen. De optie om obesitas effectief te behandelen met geneesmiddelen is iets van het laatste decennium. De registratie van de nieuwe geneesmiddelen wordt centraal geregeld door het EMA. Landen maken zelf de keuze welke middelen ze willen vergoeden en daarmee een financiële drempel voor gebruik wegnemen.

Obesitasprevalentie

In dit rapport zijn veel verschillen te zien tussen Europese landen. Als eerste is een sterke variatie in de prevalentie van obesitas tussen de landen zichtbaar (14% tot 31%). Er is geen duidelijke relatie tussen de prevalentie van obesitas in een land en het al dan niet vergoeden van geneesmiddelen bij obesitas. Twee Europese landen met de hoogste prevalenties van obesitas (Ierland en het Verenigd Koninkrijk) vergoeden één of meer gewichtsverlagende geneesmiddelen. Twee andere Europese landen met de laagste obesitasprevalenties (Nederland en Zwitserland) doen dat echter ook. Volgens het Zorginstituut Nederland was de Nederlandse obesitasprevalentie één van de belangrijkste redenen om semaglutide bij obesitas niet te vergoeden, omdat dit een te grote druk op het zorgbudget zou veroorzaken.

Vergoeding semaglutide, tirzepatide en liraglutide bij obesitas

Er zijn momenteel weinig Europese landen die de nieuwe geneesmiddelen bij obesitas (deels) vergoeden: één land vergoedt tirzepatide (Verenigd Koninkrijk), twee landen vergoeden semaglutide (Zwitserland en Verenigd Koninkrijk) en vijf landen vergoeden liraglutide (Nederland, Zwitserland, Verenigd Koninkrijk, Ierland en Finland). Duitsland kent geen vergoeding voor de geneesmiddelen. Ondanks dat EMA-geregistreerde geneesmiddelen het eerste jaar na markttoetreding een vergoeding krijgen in Duitsland, kiest Duitsland ervoor om deze middelen in een uitzonderingscategorie te plaatsen. Duitsland bestempelde de geneesmiddelen als niet-medisch noodzakelijke 'lifestyle-geneesmiddelen'. Dit zijn geneesmiddelen die primair bedoeld zijn om de kwaliteit van leven te verbeteren. Daarmee heeft Duitsland obesitas als lifestyle-aandoening aangemerkt. In Nederland loopt momenteel een herbeoordeling van de vergoeding voor Wegovy® en Mounjaro® bij obesitas. Een mogelijke uitbreiding van vergoede gewichtsverlagende geneesmiddelen zal in 2026 bekend worden ([Zorginstituut, 2025](#)).

Startcriteria gewichtsverlagende middelen bij obesitas

Er vallen een aantal dingen op met betrekking tot de start-BMI bij de vergoedingsvoorwaarden voor semaglutide, tirzepatide en liraglutide. De meeste landen hanteren een vergoeding bij een BMI ≥ 35 kg/m² met gewichtsgerelateerde comorbiditeiten. Zwitserland en het Verenigd Koninkrijk zijn daar een uitzondering op. In het Verenigd Koninkrijk hangt de start-BMI waarboven medicatie vergoed wordt samen met het gezondheidsrisico van de patiënt. Omdat het risico hoger is in bepaalde etnische groepen, wordt er onder-

scheid gemaakt tussen etnische groepen in de start-BMI. In Zwitserland geldt de laagste BMI-afkapwaarde, namelijk ≥ 28 kg/m² met gewichtsgerelateerde comorbiditeiten of ≥ 35 kg/m² zonder comorbiditeiten. De hoogste afkapwaarde geldt in Noorwegen, een land dat in principe de geneesmiddelen niet vergoedt. Wel kan men bij een BMI ≥ 50 kg/m² een individuele aanvraag voor een vergoeding van de geneesmiddelen indienen. De grondslag voor deze afkapwaarde is niet bekend en komt niet voor in de registratiestudies.

De afkapwaarde voor de start-BMI bij naltrexon/bupropion is het laagst in Nederland (≥ 27 kg/m² met gewichtsgerelateerde comorbiditeiten). Deze ligt lager dan bij liraglutide, maar ook lager dan de afkapwaarden voor naltrexon/bupropion in Noorwegen en Finland. In deze twee landen ligt de afkapwaarde (≥ 35 kg/m² met gewichtsgerelateerde comorbiditeiten) een stuk hoger.

Stopcriteria nieuwe geneesmiddelen bij obesitas

Veel van de vergoedingsstopcriteria komen overeen met de afkapwaarden vanuit de registratiestudies, zoals 5% gewichtsverlies na 3 maanden bij liraglutide. In Zwitserland zijn de stopcriteria afhankelijk van de start-BMI: zo liggen ze hoger bij een hogere start-BMI. Dit heeft als gevolg dat volwassenen met een start-BMI ≥ 35 kg/m² na 16 weken 7% van hun lichaamsgewicht moeten verliezen. Opvallend is dat in Zwitserland de stopcriteria van liraglutide en semaglutide gelijk zijn, terwijl semaglutide in principe voor een grotere procentuele gewichtsafname leidt. Hierdoor zullen mogelijk meer mensen moeten stoppen met liraglutide dan met semaglutide in Zwitserland.

Gebruikscijfers bij obesitas

Op basis van dit rapport kunnen we stellen dat het gebruik van geneesmiddelen bij obesitas niet alleen afhankelijk is van het al dan niet vergoeden. Het gebruik in Denemarken en Finland is hoog, terwijl de middelen hier niet vergoed worden. Waarschijnlijk speelt het hier mee dat de fabrikant van liraglutide en semaglutide in Denemarken gevestigd is. De Scandinavische landen behoren daarnaast tot de meest welvarende landen van Europa. Mogelijk hebben inwoners van deze landen meer toegang tot deze geneesmiddelen dan inwoners van minder welvarende Europese landen. Denemarken was één van de eerste Europese landen waar liraglutide beschikbaar kwam. Dit komt overeen met andere analyses: Denemarken staat op de tweede plek wat betreft de tijd tot een nieuw geneesmiddel beschikbaar is voor inwoners (EPFIA, 2022). Er is een daling te zien in het gebruik van liraglutide toen semaglutide beschikbaar kwam. In Tsjechië neemt de stijging in gebruik langer toe; mogelijk is semaglutide daar later beschikbaar gekomen. Gebruikscijfers zullen ook beïnvloed zijn door de langdurige tekorten van de GLP1-agonisten. Gebruiksgegevens van naltrexon/bupropion en orlistat zijn beperkt beschikbaar, omdat deze middelen in veel landen niet worden vergoed en gebruikscijfers daarom niet worden geregistreerd. Dit geldt eveneens voor over-the-counter middelen, zoals sommige preparaten van orlistat.

Gebruikscijfers bij alle aandoeningen

Uit de ontwikkelingen in de gebruikscijfers van semaglutide, liraglutide en tirzepatide bij diabetes mellitus type 2 zijn enkele opvallende patronen te zien. Hoewel het gebruik van semaglutide in bijna alle onderzochte landen gedurende de jaren stijgt, verschilt de ontwikkeling van het gebruik van liraglutide sterk per land. De mogelijke introductie van andere middelen kan ertoe leiden dat artsen overstappen op andere middelen. Ook de tijd voordat een nieuw geneesmiddel beschikbaar is voor inwoners, die sterk verschilt per Europees land, kan van invloed zijn ([EPFIA, 2022](#)). Het is bijvoorbeeld opvallend dat het gebruik van liraglutide in Noorwegen in 2024 flink is gedaald ten opzichte van 2022. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn de beschikbaarheid van semaglutide in Noorwegen vanaf januari 2023 en het feit dat liraglutide vanaf februari 2023, niet langer, of alleen nog onder strengere voorwaarden, werd vergoed.

Voor tirzepatide zijn er voornamelijk gebruikscijfers beschikbaar van 2024. Het gebruik is nog zeer beperkt en aanzienlijk lager dan dat van semaglutide en liraglutide. Mogelijk heeft het tijd nodig voordat dit middel in alle Europese landen beschikbaar is.

Beperkingen van dit rapport

In dit rapport hebben we de beschikbare cijfers en vergoedingsvoorwaarden zo goed mogelijk in kaart proberen te brengen, toch zitten er beperkingen aan dit rapport. Als eerste rapporteren we de officiële gebruikscijfers, terwijl het bekend is dat er veel onofficieel gebruik is van de geneesmiddelen bij obesitas. De omvang van het onofficiële gebruik is onbekend, maar zal voor een onderschatting van gebruikscijfers zorgen. Ten tweede zullen gebruikscijfers beïnvloed zijn door geneesmiddeltekorten. Het is niet inzichtelijk in welke landen de geneesmiddeltekorten het grootst waren. Wel is bekend dat sommige lidstaten weinig te maken hadden met tekorten, terwijl de tekorten in Nederland grote impact had op patiënten met diabetes type 2 ([Reuters, 2024](#); [PW, 2024](#)). Gebruikscijfers zijn in de landen met tekorten daarom waarschijnlijk lager uitgevallen.



7. Conclusie

De prevalentie van obesitas varieert sterk tussen Europese landen (14 tot 31%). Ook (de trend in) het gebruik van gewichtsverlagende middelen laat een aanzienlijke variatie zien. In vrijwel alle onderzochte landen stijgt het gebruik van semaglutide, terwijl het gebruik van liraglutide per land varieert. Met name in Denemarken en Noorwegen is het gebruik hoog ten opzichte van de andere onderzochte landen. Voor tirzepatide zijn ontwikkelingen in het gebruik nog niet zichtbaar, omdat dit middel pas recent beschikbaar is gekomen. Van overige gewichtsverlagende middelen, zoals naltrexon/bupropion en orlistat, zijn slechts in enkele landen gebruiksgegevens beschikbaar. Deze middelen blijven wat betreft gebruik ver achter bij de overige middelen. De komende jaren zal moeten blijken of de stijgende trend in het gebruik van semaglutide zich voortzet en hoe het gebruik van tirzepatide zich in Europa ontwikkelt.



8. Methode

Obesitasprevalentie

De obesitascijfers in dit rapport zijn afkomstig van de World Obesity Federation (<https://www.worldobesity.org/>).

Gebruikscijfers GLP-1 agonisten bij alle aandoeningen

De bronnen met gebruikscijfers van geneesmiddelen staan weergegeven in tabel 12. Bij deze cijfers hebben we data op basis van ATC-code geselecteerd. Dit betreft waarschijnlijk gebruiksdata bij diabetes mellitus type 2 en obesitas (tabel 12). Zowel gebruiksdata over dagdoseringen als aantal gebruikers zijn meegenomen in dit rapport. Om cijfers met elkaar te kunnen vergelijken zijn dagdoseringen per 1.000 inwoners omgerekend. Een dagdosering, ook wel *defined daily dose*, is een door de World Health Organization vastgestelde standaard dagdosering voor geneesmiddelen.

Tabel 12 In de eerste kolommen staan de gebruikte bronnen per land voor het raadplegen van de vergoedingsvoorwaarden. In de laatste kolommen staan informatie en bronnen per land over beschikbare data over gebruikerscijfers. Lege velden geven aan dat de data niet beschikbaar of toegankelijk zijn.

Land	Vergoedingsvoorwaarden	Gebruikscijfers	Data alle aandoeningen	Data obesitas	Data gebruikers	Data DDD
België	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering	FarmaNet	X		X	X
Denemarken	Sundhedsdatastyrelsen	Sundhedsdatastyrelsen (MEDSTAT.dk)	X	X	X	X
Duitsland	Gemeinsamer Bundesausschuss	PharMaAnalyst	X			X
Engeland	National Health Service (NHS)					
Estland	Tervisekassa	Tervisekassa	X			X
Finland	Kela	Kela	X	X	X	
Frankrijk	Haute autorité de santé (HAS)	Assurance Maladie				
Ierland	Health Service Executive, Primary Care Reimbursement Service					
Italië	Agenzia Italiana del farmaco	Agenzia Italiana del farmaco	X			X
Letland	State Agency of Medicines of Latvia	State Agency of Medicines of Latvia	X			X
Litouwen	Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie LR Sveikatos Apaugos Ministrų	Kainynas vlk	X			X

Land	Vergoedingsvoorwaarden	Gebruikscijfers	Data alle aandoeningen	Data obesitas	Data gebruikers	Data DDD
Luxemburg	CNS d'Gesondheetskess					
Nederland	Zorginstituut Nederland	GIP databank	X	X	X	X
Norwegen	Helsedirektoratet	Folkehelseinstituttet	X		X	X
Oostenrijk	Österreichische Sozialversicherung					
Polen	Serwis Rzeczypospolitej Polskiej	Serwis Rzeczypospolitej Polskiej				
Portugal	Infomed - autoridade nacional do medicamento e productos de Saúde					
Slovenië	ŠÚKL sk					
Slowakije	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky					
Spanje	BIFIMED - Ministerio de Sanidad	agencia española de medicamentos y productos sanitarios				
Tsjechië	SÚKL cz	SÚKL	X	X		X
Zweden	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV)	socialstyrelsen	X		X	
Zwitserland	Compendium Swiss					

Geneesmiddelvergoedingsvoorwaarden

Per Europees land hebben wij bekeken of gewichtsverlagende geneesmiddelen (tabel 12) bij obesitas worden vergoed. Andere lokaal geregistreerde gewichtsverlagende geneesmiddelen, zoals phentermine (Tsjechië), zijn niet meegenomen in dit rapport. Vergoedingsvoorwaarden zijn als letterlijke vertaling overgenomen.

Tabel 13 Geneesmiddelen in dit rapport op stofnaam, merknaam, ATC code en indicatie

stofnaam	merknaam	ATC code	indicatie
Tirzepatide	Mounjaro®	A10BX16	obesitas en diabetes type 2
Semaglutide	Wegovy®	A10BJ06	obesitas
Semaglutide	Ozempic®	A10BJ06	diabetes type 2
Liraglutide	Saxenda®	A10BJ02	obesitas
Liraglutide	Victoza®	A10BJ02	diabetes type 2
Naltrexon/bupropion	Mysimba®	A08AA62	obesitas
Orlistat	Xenical®, Alli®	A08AB01	obesitas

Gebruikscijfers gewichtsverlagende geneesmiddelen

De bronnen van de cijfers over gewichtsverlagende geneesmiddelen zijn weergegeven in tabel 12. Bij deze cijfers hebben we data op basis van merknaam geselecteerd; dit betreft gebruiksdata bij obesitas (tabel 13). Gebruiksdata over dagdoseringen en gebruikers zijn beide meegenomen in dit rapport. Om cijfers met elkaar te kunnen vergelijken zijn dagdoseringen per 1.000 inwoners omgerekend.

Meetperiode en geïnccludeerde landen

In dit rapport bekijken we de periode 2019 tot 2024 aangezien het gebruik van de eerste GLP-1-agonist bij obesitas (liraglutide) rond die tijd steeds meer toenam in Europa. Niet alle Europese landen zijn meegenomen in dit rapport. Dit is een afweging geweest op basis van tijd en beschikbaarheid van gegevens.

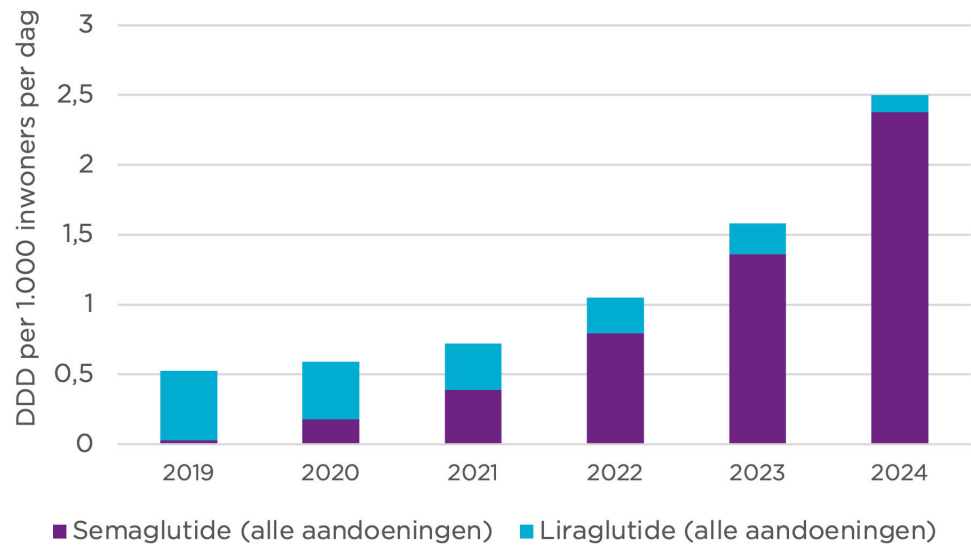


9. Bijlagen

Deze bijlage geeft een overzicht van het verloop in het gebruik van gewichtsverlagende middelen per land tussen 2019 en 2024 bij alle aandoeningen. Bij landen met gegevens van ten minste twee verschillende geneesmiddelen bij obesitas is ook het gebruik van de beschikbare gewichtsverlagende middelen bij obesitas weergegeven.

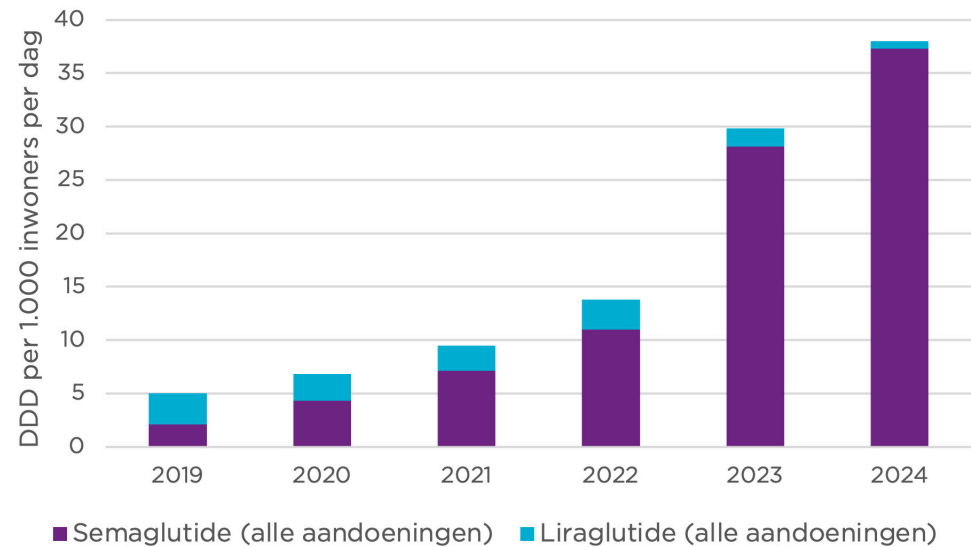
België

Figuur 7 Gebruik van nieuwe gewichtsverlagende middelen bij alle aandoeningen in België

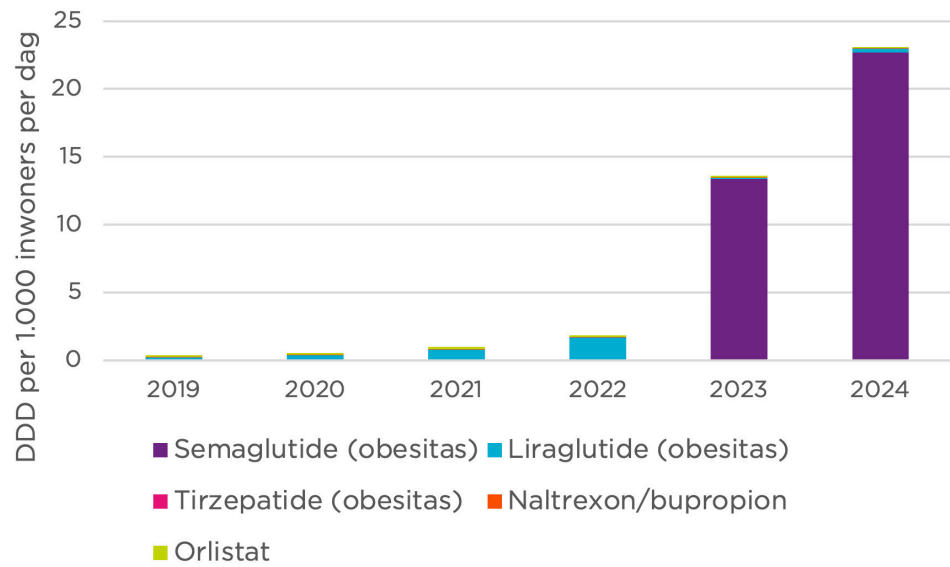


Denemarken

Figuur 8 Gebruik van nieuwe gewichtsverlagende middelen bij alle aandoeningen in Denemarken

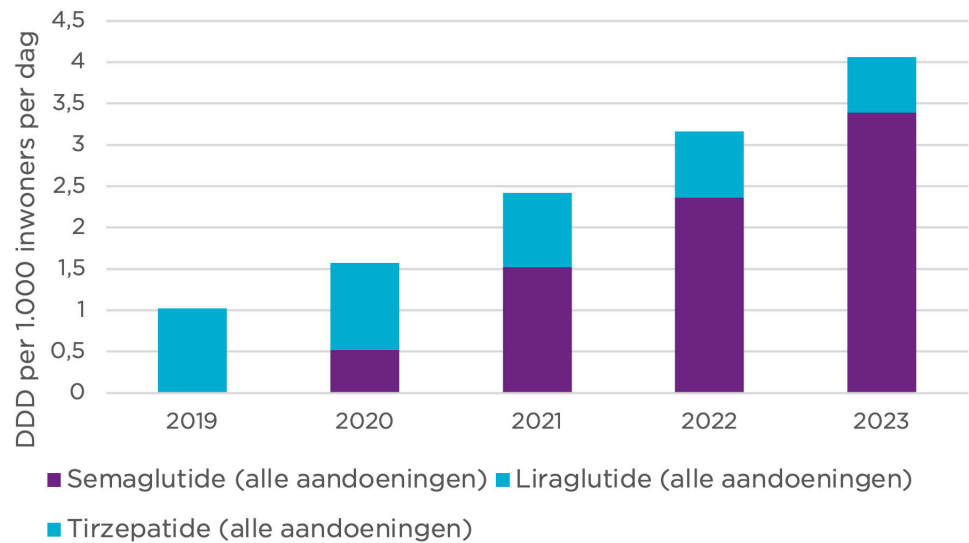


Figuur 9 Gebruik van gewichtsverlagende middelen bij obesitas in Denemarken



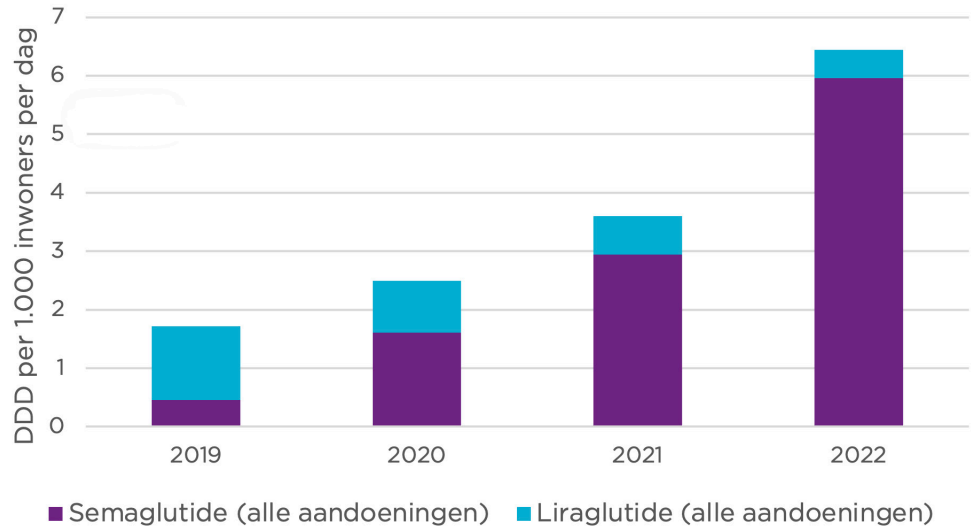
Duitsland

Figuur 10 Gebruik van nieuwe gewichtsverlagende middelen bij alle aandoeningen in Duitsland



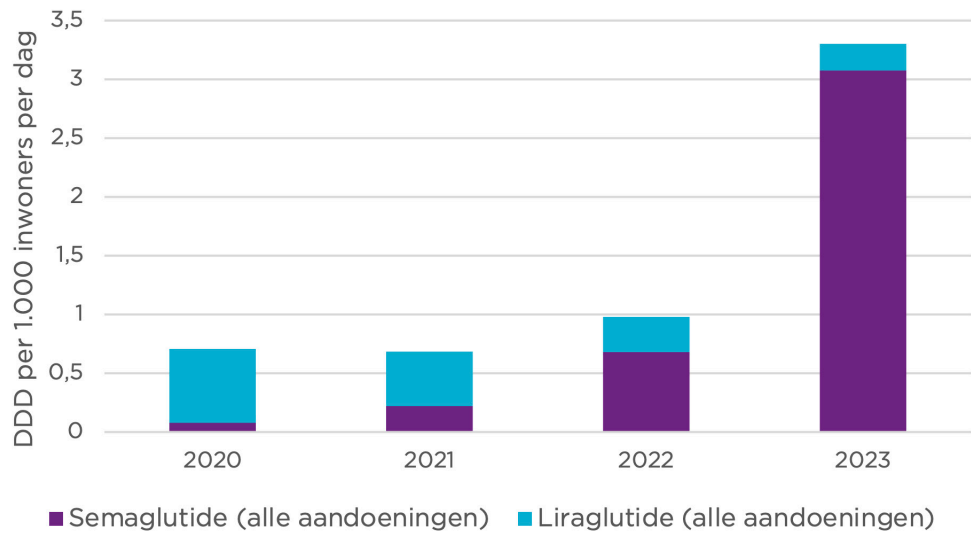
Estland

Figuur 11 Gebruik van nieuwe gewichtsverlagende middelen bij alle aandoeningen in Estland

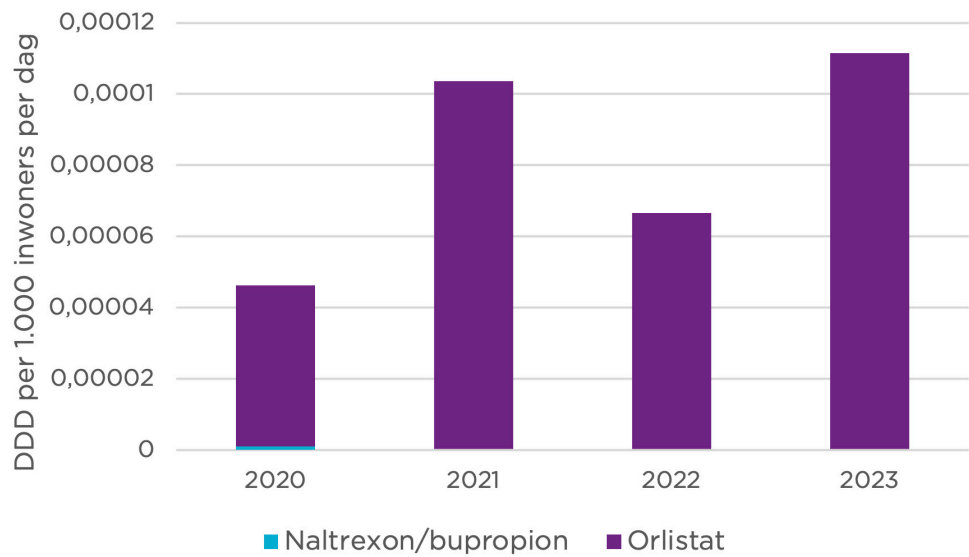


Italië

Figuur 12 Gebruik van nieuwe gewichtsverlagende middelen bij alle aandoeningen in Italië

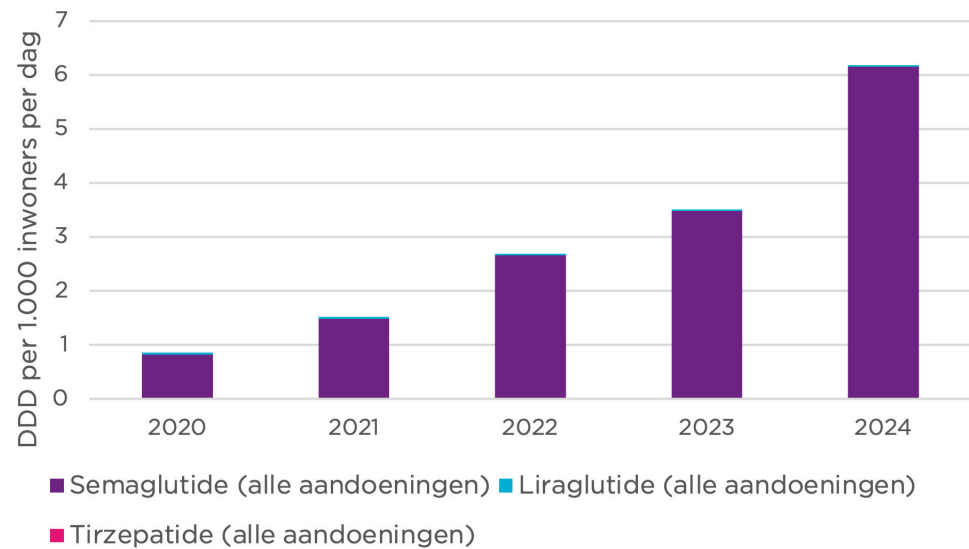


Figuur 13 Gebruik van gewichtsverlagende middelen bij obesitas in Italië



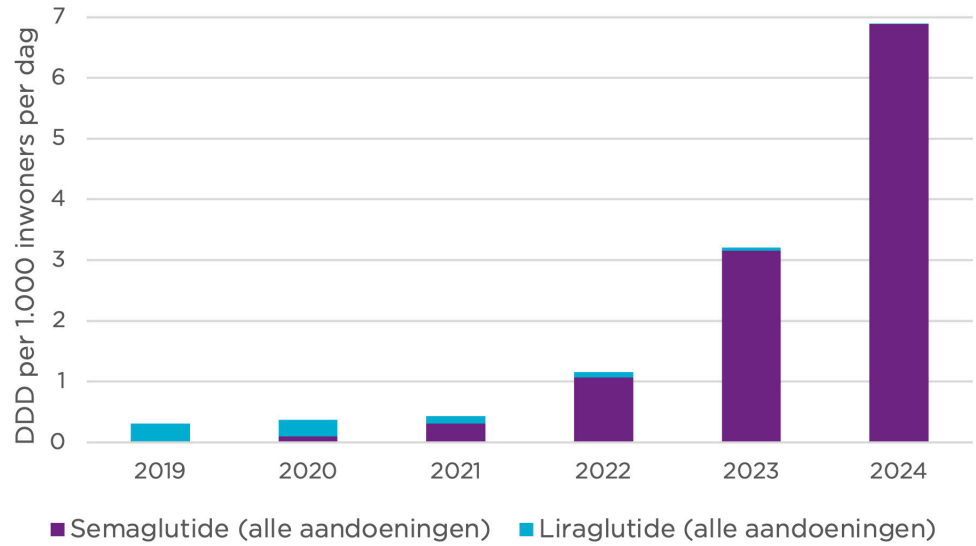
Letland

Figuur 14 Gebruik van nieuwe gewichtsverlagende middelen bij alle aandoeningen in Letland



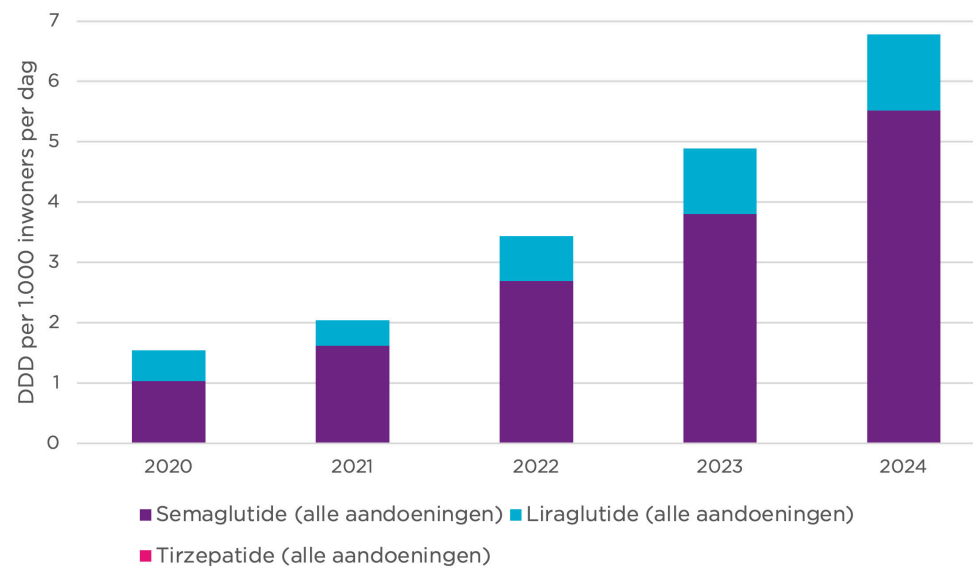
Litouwen

Figuur 15 Gebruik van nieuwe gewichtsverlagende middelen bij alle aandoeningen in Litouwen

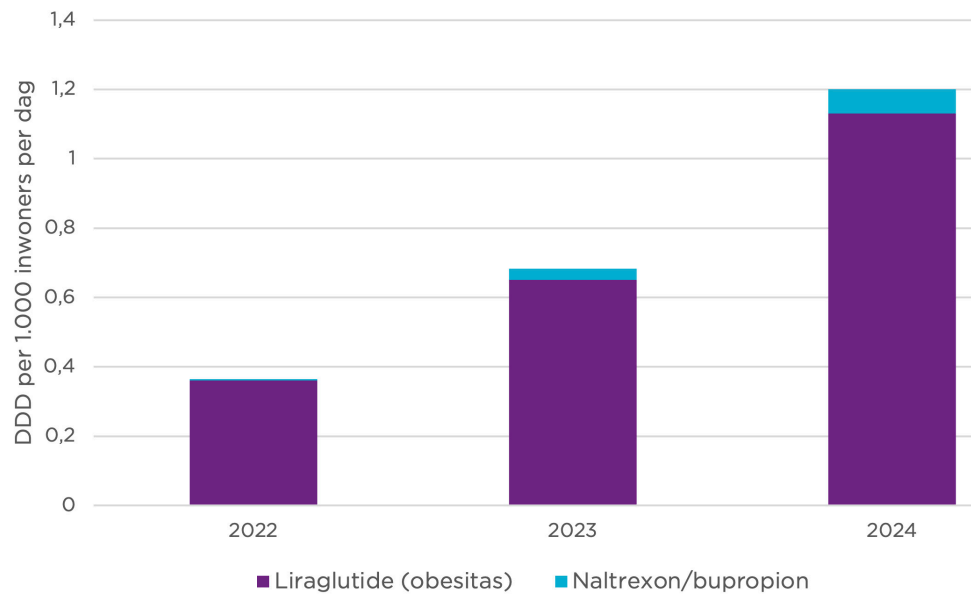


Nederland

Figuur 16 Gebruik van nieuwe gewichtsverlagende middelen bij alle aandoeningen in Nederland

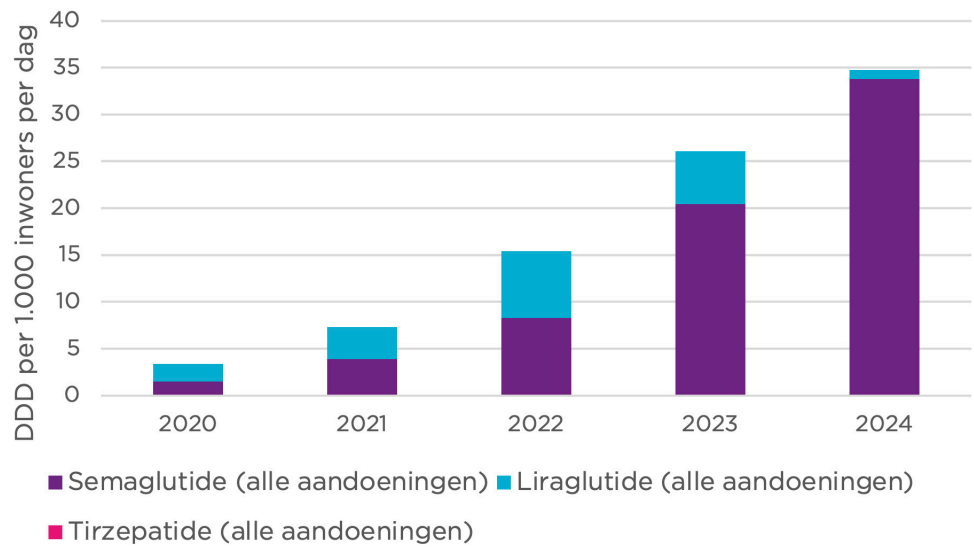


Figuur 17 Gebruik van gewichtsverlagende middelen bij obesitas in Nederland

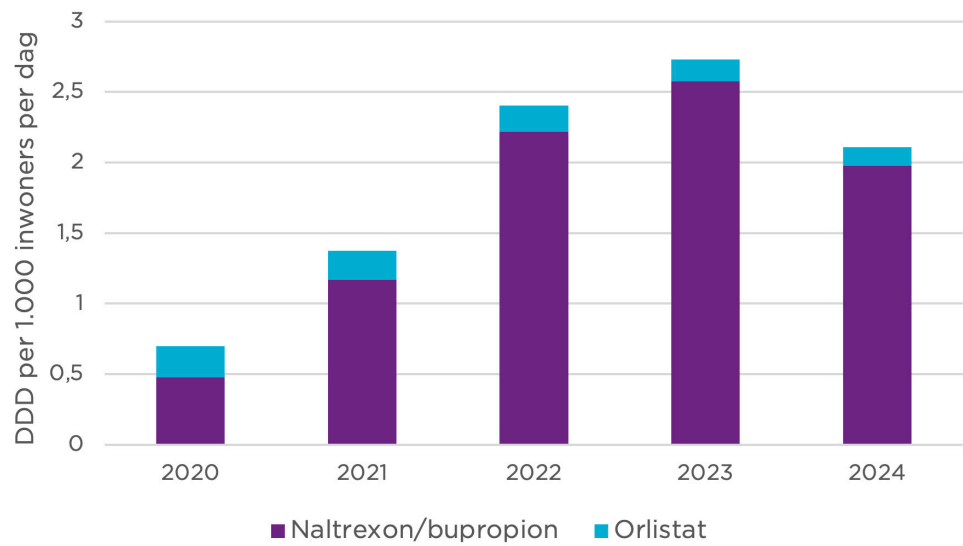


Noorwegen

Figuur 18 Gebruik van nieuwe gewichtsverlagende middelen bij alle aandoeningen in Noorwegen

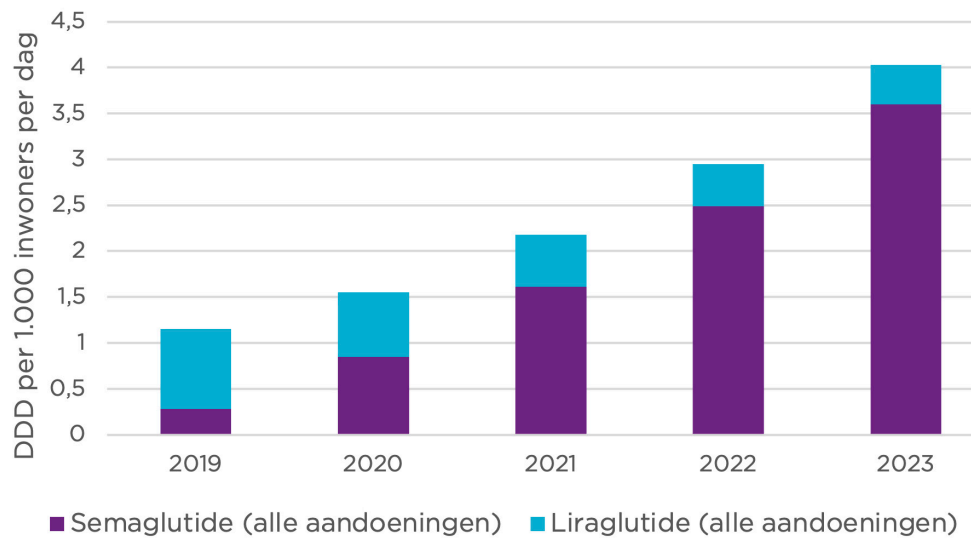


Figuur 19 Gebruik van gewichtsverlagende middelen bij obesitas in Noorwegen



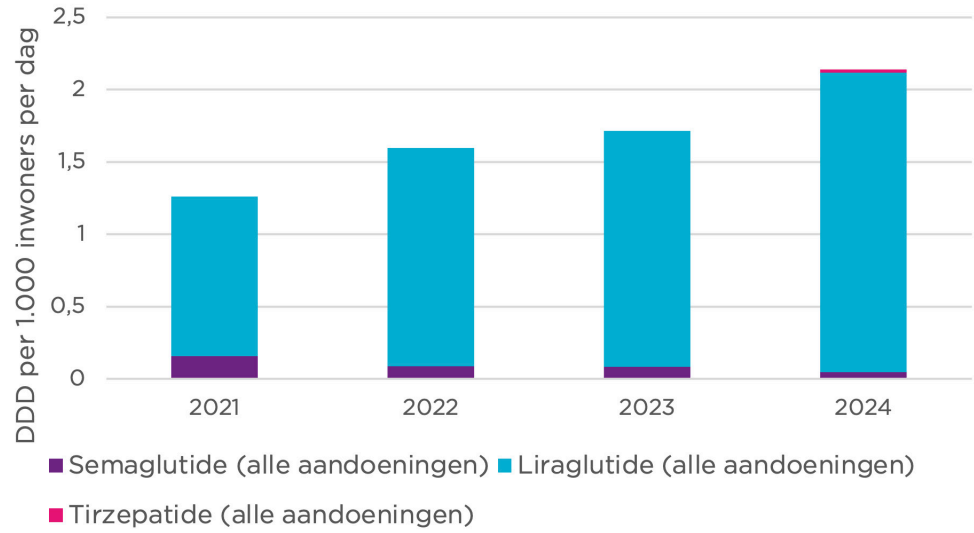
Spanje

Figuur 20 Gebruik van nieuwe gewichtsverlagende middelen bij alle aandoeningen in Spanje

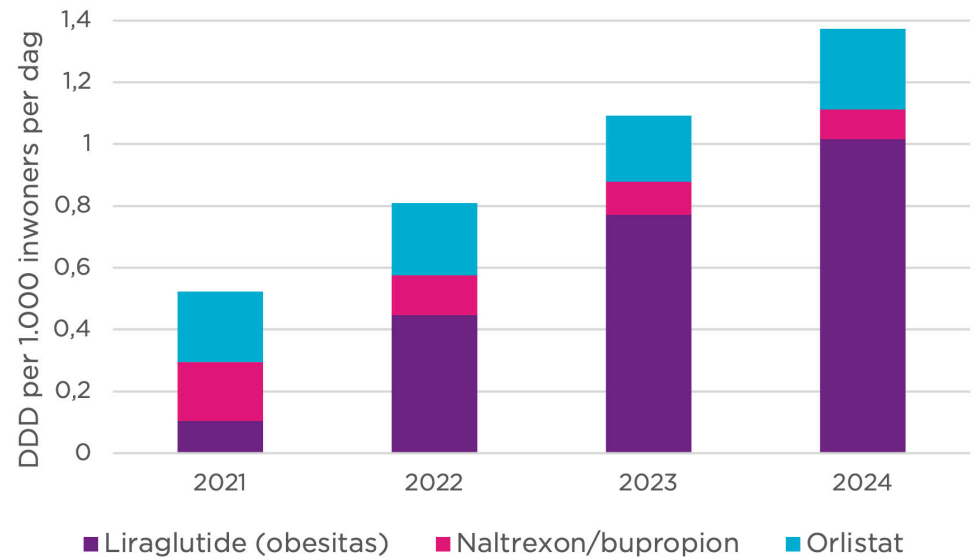


Tsjechië

Figuur 21 Gebruik van nieuwe gewichtsverlagende middelen bij alle aandoeningen in Tsjechië



Figuur 22 Gebruik van gewichtsverlagende middelen bij obesitas in Tsjechië



Volg ons ook op www.ivm.nl

Op social media    



Via onze **nieuwsbrief**

Scan de QR-code
voor aanmelding