37 058 **Initiatiefnota van het lid Claassen over behandelen in plaats van betuttelen: een samenhangende behandeling van obesitas als chronische ziekte**

Nr. 2 **INITIATIEFNOTA**

1. Samenvatting

De helft van de volwassen Nederlanders heeft overgewicht. Bijna een op de zes heeft obesitas, ruim 2,3 miljoen mensen. Het overheidsbeleid is vooral gericht op het voorkomen van overgewicht. Voor wie de ziekte al heeft, is de behandeling versnipperd: een leefstijlprogramma waaruit bijna vier op de tien deelnemers voortijdig vertrekken, twee oudere geneesmiddelen onder strenge voorwaarden en bariatrische chirurgie waarvan de nazorg na enkele jaren wegzakt. De nieuwe, veel effectievere geneesmiddelen worden voor obesitas niet vergoed. Wie ze kan betalen, koopt ze zelf, vaak bij commerciële aanbieders. Wie dat niet kan, wacht.

Deze initiatiefnota stelt geen nieuwe belasting op voedingsmiddelen voor en raakt niet aan de keuzevrijheid van de gezonde burger. Zij richt het stelsel zo in dat mensen met klinische obesitas een samenhangende, begrensde en publiek verankerde behandeling krijgen. De huisarts en de praktijkondersteuner vormen de vaste basis voor de lange termijn, met één zorgprogramma voor cardiometabole aandoeningen waarin obesitas naast diabetes en hart- en vaatziekten staat. Gecertificeerde fitnesscentra kunnen daarnaast een laagdrempelige leefstijlbehandeling geven, deels betaald naar resultaat. Een netwerk van obesitascentra in de ziekenhuizen neemt de complexe zorg op zich, in korte en intensieve trajecten met een meetbaar doel. De centra krijgen een vaste vergoeding voor hun beschikbaarheid; een klein deel van het tarief hangt af van de gezondheidsuitkomsten. Na drie jaar kost het pakket volgens een eigen, indicatieve raming ruim 320 miljoen euro per jaar. Zonder dekking elders in het zorgbudget komt dat neer op 75 tot 92 cent per maand op de nominale premie en ongeveer 0,028 procentpunt op de inkomensafhankelijke bijdrage. Het Centraal Planbureau en het RIVM worden gevraagd dat formeel door te rekenen.

De kern van het voorstel omvat:

- Erkenning van klinische obesitas als chronische, terugkerende ziekte, met naast de BMI ten minste één aanvullende antropometrische maat als grondslag voor indicatie- en vergoedingscriteria;
- Beëindiging van absolute BMI-afkapwaarden als weigeringsgrond wanneer die niet herleidbaar zijn tot een richtlijnaanbeveling, met registratie van weigeringen op grond van gewicht;
- Betere signalering, snellere verwijzing en actieve, begrijpelijke informatie aan patiënten en verwijzers over het bestaan van de behandeltrajecten, met obesitaszorg door de praktijkondersteuner binnen één zorgprogramma voor cardiometabole aandoeningen, samen met diabetes en hart- en vaatziekten, in plaats van een aparte praktijkondersteuner per aandoening;
- Een nationaal netwerk van obesitascentra, ondergebracht bij bestaande ziekenhuizen en universitair medische centra, publiek bekostigd en gesloten voor met private equity gefinancierde ketens;

- Een geïntegreerd, naar complexiteit gedifferentieerd behandeltraject met een meerjarige prestatie van de Nederlandse Zorgautoriteit, naar het model van het Franse *parcours coordonné renforcé*;
- Een kort en intensief behandeltraject van enkele maanden met gestructureerde nazorg en daarna doorlopende begeleiding in de eerste lijn, begrensd door meetbare doelbereikcriteria;
- Een gemengde bekostiging van de obesitascentra: een vaste vergoeding die de beschikbaarheid borgt, een tarief per traject naar complexiteit en een begrensd deel dat afhangt van de gezondheidsuitkomsten, met waarborgen tegen risicoselectie en onderbehandeling;
- Gegarandeerde en gefinancierde nazorg na bariatrische chirurgie, zonder eigen risico op de reguliere nazorg, ook voor de adolescenten die sinds 26 mei 2026 voor deze zorg in aanmerking komen;
- Aanpak van de uitval van 38 procent uit de gecombineerde leefstijlinterventie, geen verplichte leefstijlvoorfase bij ernstige obesitas met comorbiditeit, en opheffing van het verschil in eigen risico tussen leefstijlbehandeling en geneesmiddelen;
- Een laagdrempelige leefstijlbehandeling in gecertificeerde fitnesscentra, vergoed door de zorgverzekeraar en deels afhankelijk van het gemeten gewichtsverlies, om meer mensen te bereiken;
- Erkenning en behandeling van medicatiegeïnduceerd gewicht, een risico voor een deel van de ruim 2,5 miljoen gebruikers van psychofarmaca;
- Vervanging van uitstel door fasering bij de vergoeding van obesitasgeneesmiddelen, naar het model van de Engelse richtlijn TA1026, met verplichte gelijktijdige leefstijlbehandeling en een stopregel;
- Een prijsinstrumentarium dat gereed is vóór het aflopen van de Europese octrooibescherming van semaglutide, met een automatische herijking bij generieke toetreding en een uitkomstgebonden arrangement;
- Winstuitkering in de zorg alleen bij aantoonbare herinvestering, en aanscherping en handhaving van de eisen aan het online voorschrijven van afslankmiddelen;
- Onderzoek naar gewicht als discriminatiegrond, en de vaststelling dat overgewicht op zichzelf geen grond is voor een kinderbeschermingsmaatregel;
- Dekking zoveel mogelijk binnen het bestaande zorg- en preventiebudget, uitdrukkelijk niet uit de voorgenomen heffing op suikerhoudende voedingsmiddelen, met een doorrekening van de premie- en IAB-effecten en een formele raming door het Centraal Planbureau en het RIVM.

2. Woord vooraf

In oktober 2022 schreef een zestigjarige vrouw aan de Voorzitter van de Kamer. Haar obesitas hangt samen met haar ziekten en met de achtentwintig tabletten die zij daarvoor dagelijks slikt. Zij volgde een leefstijlprogramma, omdat zij anders geen afslankmiddel kreeg, en haar versleten heup werd vanwege haar gewicht niet geopereerd. Zij vroeg de Voorzitter om in de Kamer iets te zeggen over de toon waarop over mensen met obesitas wordt gesproken.[1] In juni 2026 schreef een vierenveertigjarige alleenstaande moeder met een BMI van 45 aan de Kamerleden. Zij heeft vrijwel elk dieet gevolgd, aan de gecombineerde leefstijlinterventie deelgenomen en een

[1] Brief van een burger aan de Voorzitter van de Tweede Kamer, 24 oktober 2022, ter kennisneming gezonden aan de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (documentnummer 2022D45646).

behandeling voor eetproblematiek gehad. Het middel dat haar zou kunnen helpen, kan bij een andere diagnose wel worden vergoed.[2]

De twee brieven liggen bijna vier jaar uit elkaar en beschrijven hetzelfde stelsel. Als het om de risico's gaat, heet obesitas een ziekte. Als het om de behandeling gaat, heet het een kwestie van leefstijl. De overheid heeft zich de afgelopen jaren veel beziggehouden met wat de gezonde burger eet en drinkt, en weinig met de vraag of de zieke burger behandeld wordt. De initiatiefnemer vindt dat de verkeerde volgorde.

Deze nota kiest voor een begrensde overheid, en dat werkt in twee richtingen. De overheid houdt op de gezonde burger te belasten en te beleren, en richt zich op wat mensen niet zelf kunnen oplossen: de behandeling van een chronische ziekte. En de publieke aanspraak is zelf begrensd. De intensieve behandeling is kort en heeft een meetbaar doel. De doorlopende begeleiding die bij een chronische ziekte hoort, blijft wel publiek geregeld, dicht bij huis en zonder eigen risico. Behandel de ziekte, betuttel de burger niet.

3. Aanleiding en probleemstelling

3.1. Omvang en ontwikkeling

In 2025 had 50,6 procent van de volwassenen overgewicht en 15,7 procent obesitas. Bij kinderen en jongeren van vier tot en met zeventien jaar ging het om 12,4 en 2,9 procent.[3] Dat zijn ruim 2,3 miljoen volwassenen. In 2023 had ongeveer vier procent van de twintigplussers ernstige obesitas, met een BMI van 35 of hoger; dat is ruim een half miljoen mensen. Bij 1,3 procent lag de BMI op 40 of hoger.[4]

Obesitas komt bij mensen met een praktische opleiding ruim twee keer zo vaak voor als bij hoogopgeleiden: 24,9 tegen 10,6 procent van de vijfentwintigplussers in 2025.[5] De trend gaat de verkeerde kant op. Het RIVM verwacht dat het aandeel volwassenen met overgewicht bij ongewijzigd beleid oploopt tot 64 procent in 2050, en raamt het aandeel met obesitas in 2040 op 21 procent in een scenario zonder de afspraken uit het Nationaal Preventieakkoord.[6]

Over de kosten circuleert al jaren een bedrag van 79 miljard euro per jaar. De Universiteit Maastricht heeft het nieuwsbericht uit 2022 waarin dat bedrag stond in november 2025 ingetrokken; het bedrag kwam niet uit de onderliggende studie en had volgens de universiteit niet gebruikt mogen worden.[7] De initiatiefnemer gebruikt het bedrag niet. Wat wel vaststaat, zijn de uitgaven die nu al worden gedaan. Tussen 2021 en 2024 zijn de uitgaven aan de

[2] Brief van een burger aan de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de vergoeding van tirzepatide bij ernstige chronische obesitas (documentnummer 2026D27854).
[3] VZinfo.nl (RIVM), «Overgewicht: volwassenen» en «Overgewicht: jongeren», gewijzigd 14 juli 2026, op basis van de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor van het CBS in samenwerking met het RIVM. Het gaat om zelfgerapporteerde lengte en gewicht, zodat de werkelijke prevalentie eerder hoger ligt. Op 1 januari 2026 telde Nederland 14,8 miljoen inwoners van achttien jaar en ouder (CBS StatLine 7461BEV); 15,7 procent daarvan is ruim 2,3 miljoen mensen.
[4] CBS, «Obesitas afgelopen 40 jaar verdrievoudigd», 4 maart 2024 (cijfers over 2023: BMI 35 tot 40 bij 2,7 procent, BMI 40 of hoger bij 1,3 procent van de twintigplussers). Een recenter cijfer naar ernst wordt niet gepubliceerd.
[5] CBS StatLine 85457NED, 2025, personen van 25 jaar en ouder, niet gestandaardiseerd naar leeftijd. De laagste categorie omvat basisonderwijs, vmbo en mbo 1.
[6] RIVM, Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024, «Kiezen voor een gezonde toekomst» (RIVM-rapport 2024-0110), november 2024; RIVM-rapport 2023-0414, «Doorrekening impact Nationaal Preventieakkoord: deelakkoord overgewicht», 17 januari 2024 (referentiescenario).

gecombineerde leefstijlinterventie ruim vervierd, van 11,9 naar 51,2 miljoen euro, en die aan obesitasgeneesmiddelen ruim verdrievoudigd, van 9,3 naar 31,8 miljoen euro. Het aantal gebruikers van die middelen steeg van ruim 3.800 naar ruim 27.000, het aantal deelnemers aan de leefstijlinterventie sinds 2022 van ruim 37.000 naar ruim 106.000.[8] Er gaat dus al geld naar obesitas. De vraag van deze nota is of het terechtkomt bij wie behandeling het meest nodig heeft.

3.2. Een chronische, terugkerende ziekte

De Wereldgezondheidsorganisatie noemt obesitas een chronische ziekte. In december 2025 bracht zij haar eerste richtlijn uit voor de behandeling met GLP-1-middelen, als onderdeel van levenslange zorg.[9]

De Lancet Commission on Clinical Obesity maakt sinds januari 2025 onderscheid tussen klinische en preklinische obesitas. Bij klinische obesitas leidt het overtollige vet al tot orgaanschade of functieverlies; preklinische obesitas is een risicofactor. Zij adviseert de BMI bij de individuele patiënt aan te vullen met ten minste één andere maat, zoals tailleomtrek of taille-lengteverhouding, of met een directe meting van het lichaamsvet.[10] Het Britse National Institute for Health and Care Excellence (NICE) hanteert de taille-lengteverhouding al naast de BMI.[11]

Dat de ziekte terugkeert, blijkt zodra een behandeling stopt. In de STEP 1-studie hadden deelnemers een jaar na het stoppen met semaglutide en de bijbehorende leefstijlbegeleiding twee derde van het verloren gewicht teruggewonnen.[12] Een behandeling die stopt zodra het gewicht daalt, levert voor de meeste patiënten dus weinig op. Wie obesitas behandelt als kortdurend probleem, betaalt de kosten en verliest de baten.

In het begrotingsdebat van oktober 2026 werd betwist of obesitas een chronische ziekte is.[13] De initiatiefnemer kiest daarom voor de afbakening van de Lancet Commission. Klinische obesitas is een chronische ziekte die behandeling vraagt. Preklinische obesitas is een risicofactor; daar horen preventie en zo nodig begeleiding bij. Zo leidt erkenning niet tot medicalisering van iedereen met een hoge BMI.

---

[7] Zembla (BNNVARA), «Universiteit Maastricht trekt nieuwsbericht obesitasstudie terug», 11 november 2025. De studie zelf is niet ingetrokken; zij rekent met een steekproef die volgens de onderzoekers niet representatief is voor de bevolking (zie ook Aanhangsel Handelingen II 2022/23, nr. 3215, antwoord op vraag 2).

[8] Zorginstituut Nederland, «Forse kostenstijging leefstijlprogramma en medicijnen voor obesitas», 3 februari 2026; voorlopige cijfers op basis van declaraties tot en met het derde kwartaal van 2025. Het Zorginstituut spreekt van een stijging van 430 en 341 procent; dat zijn de verhoudingen tussen eind- en beginbedrag (4,3 en 3,4 keer zo hoog).

[9] World Health Organization, factsheet «Obesity and overweight», 7 oktober 2026; WHO, richtlijn over het gebruik van GLP-1-therapieën bij obesitas, 1 december 2025.

[10] F. Rubino e.a., «Definition and diagnostic criteria of clinical obesity», The Lancet Diabetes & Endocrinology 2025;13(3):221-262 (online 14 januari 2025).

[11] NICE, richtlijn NG246 «Overweight and obesity management», 14 januari 2025; de aanbeveling over de taille-lengteverhouding dateert uit 2022.

[12] J.P.H. Wilding e.a., «Weight regain and cardiometabolic effects after withdrawal of semaglutide: The STEP 1 trial extension», Diabetes, Obesity and Metabolism 2022;24(8):1553-1564. De studie werd gefinancierd door de fabrikant.

[13] Handelingen II 2026/27, begrotingsbehandeling VWS (37 020 XVI), eerste termijn Kamer, 14 oktober 2026 (ongecorrigeerd stenogram).

3.3. Een beleid dat vooral wil voorkomen

Het Nationaal Preventieakkoord van 2018 legde vast dat in 2040 ten hoogste 38 procent van de volwassenen overgewicht heeft. Volgens de doorrekening van het RIVM komt dat aandeel met de gemaakte afspraken in 2040 uit op ongeveer 56 procent, tegen 58 procent zonder. Bij kinderen gaat het om 14 procent, tegen een doel van 9,1 procent.[14] Het kabinet houdt vast aan die lijn. Het werkt aan een suikerbelasting op eetwaren en een gedifferentieerde verbruiksbelasting op dranken, en verwacht het wetgevingspakket in 2027 naar de Kamer te sturen.[15]

Voor mensen die al obesitas hebben, verwijst de regering naar de ketenaanpakken voor kinderen en volwassenen en naar het oordeel van het Zorginstituut over nieuwe geneesmiddelen. Medicatie kan volgens de behandelrichtlijnen worden overwogen als passende hulp onvoldoende effect heeft.[16] De samenleving is verder: in een peiling in opdracht van het ministerie was 87 procent voor vergoeding van gewichtsverliesmedicatie, 75 procent onder voorwaarden als medische noodzaak en leefstijlaanpassing en 12 procent zonder voorwaarden.[17]

Tijdens de begrotingsbehandeling op 14 en 15 oktober 2026 vroeg de initiatiefnemer om een behandelagenda vóór de zomer van 2027 en om een advies van het Zorginstituut over de nieuwe middelen vóór 1 april 2027, met het oog op vergoeding per 2028. De minister verwacht dat advies in het eerste kwartaal van 2027. Zij erkende dat de toegang tot de nieuwe middelen nu afhangt van wat iemand zelf kan betalen, en zei daar op dit moment niets aan te kunnen veranderen «door hoe we dat met ons basispakket hebben geregeld».[18] Deze nota gaat over die regeling.

3.4. Waar beleid en uitvoering tekortschieten

Het overzicht hieronder vat de tekortkomingen samen die in hoofdstuk 4 worden uitgewerkt. Het onderscheid tussen beleid en uitvoering is van belang: op een aantal punten ontbreekt het beleid, op andere punten is het er wel maar komt het niet aan.

[14] RIVM-rapport 2023-0414; Kamerstukken II 2023/24, 32 793, nr. 711.
[15] Kamerstukken II 2026/27, 37 020 XVI, nr. 2, p. 8.
[16] Kamerstukken II 2024/25, 32 793, nr. 853.
[17] Kamerstukken II 2024/25, 29 477 en 29 689, nr. 941, met als bijlage Ipsos I&O, «Vergoeding van gewichtsverliesmedicatie via het basispakket» (rapport 2025/115, 1.422 respondenten).
[18] Handelingen II 2026/27, begrotingsbehandeling VWS (37 020 XVI), 14 en 15 oktober 2026 (ongecorrigeerd stenogram); zie ook de schriftelijke beantwoording van vragen uit de eerste termijn, 15 oktober 2026 (documentnummer 2026D51431).

Schakel	Wat in het beleid ontbreekt	Wat in de uitvoering misgaat
Erkenning en indicatie	Geen erkenning als chronische ziekte; de BMI is vrijwel de enige maat	BMI-afkapwaarden zonder richtlijnbasis; weigeringen worden niet geregistreerd
Signalering en verwijzing	Geen landelijke verwijsroute; de aanpak voor volwassenen is pas in 2030 landelijk	Het bereik van de leefstijlinterventie verschilt sterk per gemeente
Leefstijlbehandeling	Eén tweejarige aanspraak voor iedereen; een verplicht jaar leefstijl vóór medicatie	Bijna vier op de tien deelnemers vallen uit, vaker mensen met een laag inkomen of een migratieachtergrond
Geneesmiddelen	Nieuwe middelen niet vergoed; geen vooraf bekend instroomschema; eigen risico op medicatie, niet op leefstijl	Toegang hangt af van inkomen; groeiende online markt
Specialistische zorg	Geen erkend netwerk voor complexe obesitas zonder operatie; geen integrale bekostiging	Elke schakel wordt apart bekostigd; niemand is verantwoordelijk voor het resultaat
Chirurgie en nazorg	Richtlijn: levenslange nazorg; huisartsenstandaard: geen huisartsenzorg	De follow-up zakt rond het derde en vierde jaar in
Bijzondere groepen	Geen beleid voor medicatiegeïnduceerd gewicht; gewicht is geen discriminatiegrond	Overgewicht als een van de gronden voor ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing
Commerciële zorg	Het kabinet wil het winstuitkeringsverbod laten vervallen, zonder herinvesteringseis	Afslankmiddelen online na alleen een vragenlijst
Gegevens	Geen register voor geneesmiddelen en langetermijnnazorg	Ernstige obesitas is alleen zelfgerapporteerd bekend

4. Voorstellen: behandelen in plaats van betuttelen

De voorstellen volgen het pad van de patiënt: van erkenning en signalering via de eerste behandelstappen naar gespecialiseerde zorg en nazorg. Daarna volgen de bijzondere groepen, de commerciële markt en de gegevens die nodig zijn om het stelsel te kunnen beoordelen.

4.1. Erkenning, indicatie en BMI-afkapwaarden

Nederland gebruikt de BMI als vrijwel enige maat, voor de diagnose en voor de toegang tot behandeling. De BMI zegt weinig over waar het vet zit en of het al schade doet. De initiatiefnemer stelt voor klinische obesitas, in de betekenis van de Lancet Commission, te erkennen als chronische, terugkerende ziekte en naast de BMI ten minste één aanvullende maat te gebruiken, zoals de taille-lengteverhouding. Het Zorginstituut wordt gevraagd dit te verwerken in zijn duiding en in de nadere voorwaarden voor geneesmiddelen; de beroepsgroepen kunnen hun richtlijnen daarop aanpassen.

In de praktijk wordt de BMI ook gebruikt om behandeling te weigeren, ook waar een richtlijn daartoe geen aanleiding geeft. De richtlijn Anesthesie bij obesitas stelt dat de werkgroep «geen aanbevelingen [kan] doen wanneer wel of niet of bij welk BMI een ziekenhuis» mag of kan opereren.[19] De richtlijn voor de screening van ontvangers van een niertransplantatie adviseert kandidaten niet uit te sluiten vanwege obesitas, en constateert tegelijk «wisselende acceptatiecriteria tussen de verschillende academische centra» bij een BMI tussen 30 en 35.[20] Hoeveel mensen hierdoor geen zorg krijgen, weet niemand, omdat weigeringen op grond van gewicht niet worden geregistreerd. Wel bleek uit onderzoek in opdracht van het ministerie dat 14 procent van de zorggebruikers met ernstig overgewicht in het voorafgaande jaar

[19] Richtlijn Anesthesie bij obesitas, module Randvoorwaarden, Richtlijnendatabase (initiatief Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie), 15 april 2025.
[20] Landelijk Overleg Niertransplantatie (Nederlandse Transplantatie Vereniging), Richtlijn screening ontvanger niertransplantatie, december 2023, aanbeveling 7.1.1 en commentaar. Bij een BMI van 35 tot 40 adviseert het commentaar wel nadrukkelijk om met een diëtist af te vallen, en bij onvoldoende resultaat of een BMI boven de 40 bariatrische chirurgie.

discriminatie in de zorg ervoer, tegen 5 procent gemiddeld, en dat gewicht de vaakst genoemde grond is.[21]

De initiatiefnemer stelt voor dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd inventariseert welke afkapwaarden worden gehanteerd, dat een afkapwaarde die niet herleidbaar is tot een richtlijnaanbeveling geen weigeringsgrond is, en dat weigeringen op grond van gewicht worden geregistreerd. Waar een individuele afweging medisch geboden is, hoort die ook plaats te vinden.

4.2. Signalering, verwijzing en één zorgprogramma voor cardiometabole aandoeningen

Tegenover ruim 2,3 miljoen volwassenen met obesitas stonden in 2024 ruim 106.000 deelnemers aan de leefstijlinterventie en ruim 27.000 gebruikers van vergoede obesitasgeneesmiddelen. Ook als rekening wordt gehouden met mensen die geen behandeling willen of nodig hebben, zit de grote meerderheid niet in een behandeltraject. De route is onduidelijk. De huisarts is de poort, de leefstijlinterventie is meestal het enige aanbod, en wat daarna komt, is voor patiënt en verwijzer moeilijk te overzien. De netwerkaanpak voor volwassenen moet volgens het kabinet pas in 2030 overal beschikbaar zijn.[22]

Voor diabetes type 2 is dit anders geregeld. Daar zorgt een praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk, binnen een programmatische ketenzorgafspraak met de zorgverzekeraar, voor vaste controles, begeleiding en tijdige verwijzing. Bij de vijftig zorggroepen in de landelijke benchmark ging het in 2024 om ruim 467.000 mensen met diabetes type 2.[23] Voor kinderen met overgewicht bestaat een vergelijkbare functie al: de centrale zorgverlener in de ketenaanpak wordt sinds 2024 uit de Zorgverzekeringswet bekostigd.[24] Voor volwassenen ontbreekt zo'n functie; taak en bekostiging van een centrale zorgcoördinator worden nog landelijk uitgewerkt.[25] De initiatiefnemer stelt voor die opzet voor obesitas te gebruiken, maar zonder een nieuwe, aparte praktijkondersteuner. Obesitas, diabetes type 2 en hart- en vaatziekten hangen nauw samen. Van de mensen met obesitas heeft één op de tien ook diabetes type 2, bij 65-plussers 17 procent.[26] Met een praktijkondersteuner per aandoening krijgen juist die patiënten twee of drie zorgprogramma's, elk met een eigen spreekuur, registratie en contract. De bestaande praktijkondersteuner somatiek begeleidt obesitas daarom binnen één zorgprogramma voor cardiometabole aandoeningen, samen met diabetes type 2 en hart- en

[21] Verian, «Discriminatie in de zorg, welzijn en sport», 18 maart 2025, in opdracht van VWS, aangeboden bij Kamerstukken II 2024/25, 36 600-XVI, nr. 182. Gewicht werd genoemd door een op de vier zorggebruikers die discriminatie in de zorg ervoeren.
[22] Kamerstukken II 2026/27, 37 020 XVI, nr. 2, p. 8 en 49-50 (afspraken uit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord over een landelijk dekkend aanbod van basisfunctionaliteiten, waaronder overgewicht volwassenen, in 2030).
[23] InEen, Benchmark ketenzorg 2024 (infographic, december 2025); het gaat om de deelnemende zorggroepen, niet om een landelijk totaal.
[24] NZa, Beleidsregel ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas, BR/REG-24100 (Stcrt. 2023, 15311), in werking 1 januari 2024, met prestaties voor de coördinatie door de centrale zorgverlener; later vervangen door BR/REG-25105 (Stcrt. 2024, 21670).
[25] «Handreiking basisfunctionaliteit overgewicht en obesitas bij volwassenen», Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord, mei 2026, opgesteld door VNG, GGD GHOR, Zorgverzekeraars Nederland, Partnerschap Overgewicht Nederland en het ministerie van VWS, p. 4 en 16; Partnerschap Overgewicht Nederland, «Basismodel Netwerkaanpak voor volwassenen met overgewicht en obesitas» (2023).
[26] CBS, «1 op 10 mensen met obesitas heeft diabetes type 2», nieuwsbericht november 2025, op basis van de Gezondheidsenquête 2024 (zelfgerapporteerd).

vaatziekten.[27] Voor volwassenen met klinische obesitas, of met een BMI van 35 of hoger en comorbiditeit, heeft de praktijkondersteuner in dat zorgprogramma vier taken:

- signaleren en meten: naast het gewicht ook tailleomtrek en comorbiditeit;
- met de patiënt een behandelplan opstellen en verwijzen naar de leefstijlinterventie, het obesitascentrum of de bariatrische chirurgie;
- het gebruik van obesitasgeneesmiddelen begeleiden, inclusief de toepassing van de stopregel;
- de doorlopende begeleiding overnemen na een intensief traject en vanaf het zesde jaar na een bariatrische ingreep.

De Nederlandse Zorgautoriteit wordt gevraagd daarvoor de bestaande ketenprestatie voor diabetes type 2 en vasculair risicomanagement te verbreden tot een prestatie voor cardiometabole aandoeningen. Die twee aandoeningen heeft zij al eerder in één prestatie samengebracht. De bekostiging kent ook een segment voor nieuwe elementen binnen bestaande ketens, dat de NZa op verzoek van veldpartijen vult zodra er landelijke overeenstemming is over de aanpak en de zorgstandaard. Daarmee kan de overgang beginnen.[28] Zorggroepen werken al langer aan zulke ziekte-overstijgende zorgprogramma's, zoals Huisartsenzorg Drenthe in 2017.[29] Omdat het om huisartsenzorg en multidisciplinaire eerstelijnszorg gaat, valt deze zorg al buiten het verplicht eigen risico. Dat is van belang voor de groepen die nu het vaakst uitvallen, onder wie veel mensen in een kwetsbare financiële situatie.

Bij de praktijkondersteuner hoort één landelijke verwijsroute van huisarts naar obesitascentrum, met vastgelegde verwijscriteria en een maximale wachttijd, zodat een patiënt niet jaren in herhaalde leefstijladviezen blijft hangen. En bij de route hoort informatie: actief, begrijpelijk en zonder stigma, voor patiënten, huisartsen, bedrijfsartsen en verzekerden. Dat ontbreekt nu al voor de leefstijlinterventie zelf. Het RIVM is per april 2026 gestopt met het landelijke overzicht van het aanbod en beveelt aan een centrale plek te creëren waar heldere informatie te vinden is.[30] Die informatie is bedoeld voor mensen met obesitas, die moeten weten op welke zorg zij recht hebben.

4.3. De gecombineerde leefstijlinterventie: uitval, poort, eigen risico en bereik

De gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is sinds 2019 een tweejarig programma in het basispakket, zonder eigen risico. Ongeveer negen op de tien mensen die zich aanmelden, beginnen ook. Van de ruim 93.000 deelnemers die tussen januari 2019 en juli 2023 startten, stopte 38 procent voortijdig. De uitval daalt wel: van wie in 2023 begon, stopte 35 procent.

---

[27] De term cardiometabole aandoeningen is in de huisartsenzorg gangbaar voor hart- en vaatziekten, diabetes en chronische nierschade; zie het NHG-PreventieConsult, module Cardiometabool risico (2011). De American Heart Association rekent ook obesitas tot dit samenhangende ziektebeeld: C.E. Ndumele e.a., «Cardiovascular-Kidney-Metabolic Health: A Presidential Advisory From the American Heart Association», Circulation 2023;148(20):1606-1635.

[28] NZa, Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, BR/REG-27117 (Stcrt. 2026, 24400), artikel 4: in segment 2A één prestatie voor ketenzorg DM2 en VRM en één voor COPD en astma; segment 2B voor nieuwe ketens of nieuwe elementen van zorg binnen de bestaande ketens, waarover landelijk overeenstemming bestaat over de aanpak en de onderliggende zorgstandaarden. Dezelfde indeling gold in 2025 (BR/REG-25136, Stcrt. 2024, 22382). In 2012 waren DM2 en VRM nog afzonderlijke prestaties (Stcrt. 2012, 328).

[29] N. Hameleers e.a., «Op weg naar een integraal programma chronische zorg. Resultaten deelonderzoek in de zorggroep Huisartsenzorg Drenthe», Maastricht University, 11 mei 2017.

[30] RIVM-kennisnotitie KN-2026-0011, «Eindverslag Vervolg Preventie Zorgstelsel 2025», 30 januari 2026.

Uitvallers hebben vaker een migratieachtergrond en een lager huishoudinkomen.[31] Het bereik verschilt sterk per gemeente: in 2024 en 2025 begonnen gemiddeld 50 mensen per 10.000 inwoners met overgewicht aan de GLI, met uitersten van 14 en 119. In gemeenten met een lage sociaaleconomische score is het bereik relatief hoog.[32] De enige behandeling die volledig zonder eigen risico wordt vergoed, bereikt armere gemeenten dus relatief goed, maar verliest deelnemers met een laag inkomen vaker onderweg. Volgens het RIVM is meer maatwerk nodig om de uitval terug te dringen. De initiatiefnemer stelt voor dat maatwerk er komt, in groepsgrootte, taal en tijdstip, en dat de aansluiting op de volgende behandelstap vast wordt geregeld.

De GLI is ook een poort. Liraglutide en naltrexon/bupropion worden pas vergoed als de leefstijlinterventie na een jaar niet succesvol is gebleken.[33] Voor iemand met een BMI van 45 en slaapapneu, of voor iemand bij wie het gewicht door antipsychotica is gestegen, betekent dat een verplicht jaar leefstijlprogramma voordat de volgende stap mag worden gezet. De initiatiefnemer vraagt de regering de nadere voorwaarden, na advies van het Zorginstituut, zo te herzien dat die voorfase vervalt bij ernstige obesitas met comorbiditeit en bij medicatiegeïnduceerde obesitas, en leefstijlbegeleiding en geneesmiddel daar gelijktijdig starten.

Daar komt een ongelijkheid bij die moeilijk uit te leggen is. De GLI valt buiten het verplicht eigen risico, obesitasgeneesmiddelen vallen erbinnen.[34] Wie na een jaar leefstijlbehandeling volgens de voorwaarden een geneesmiddel krijgt, betaalt voor die volgende stap in 2027 tot 400 euro eigen risico, en vanaf 2028 meer.[35] De initiatiefnemer stelt voor obesitasgeneesmiddelen die binnen een gecombineerde behandeling worden voorgeschreven, uit te zonderen van het verplicht eigen risico, zoals dat voor de leefstijlinterventie al geldt.

De GLI vergoedt advies en begeleiding, niet het bewegen zelf. Begeleiding bij bewegen is geen verzekerde zorg; de minister legde die in 2016 bij de gemeenten neer.[36] Deelnemers zoeken dus zelf een sportschool of club en betalen die zelf, tenzij hun gemeente bijspringt. Fitnesscentra spelen in de GLI een kleine, maar groeiende rol. X-Fittt, een erkend GLI-programma dat in fitnesscentra wordt gegeven, groeide van minder dan 1 procent van de GLI-declaraties in 2023 naar 7 procent in 2025.[37] Nederland telt bijna 14.000 ingeschreven fitnesscentra, ruim twee keer zoveel als in 2017, in alle provincies.[38]

---

[31] M. Oosterhoff e.a., «Resultaten van zeven jaar Gecombineerde leefstijl interventie (GLI) in Nederland», RIVM-rapport 2026-0070, 3 november 2026, p. 8 en 27-28. Eerder: RIVM-rapport 2025-0085, 2 september 2025, en het RIVM-nieuwsbericht «60 procent rondt leefstijlprogramma GLI af, meer maatwerk nodig om uitval terug te dringen», september 2025.

[32] RIVM-rapport 2026-0070, p. 8 en 21-23.

[33] Regeling zorgverzekering, bijlage 2, onderdelen 141 en 147, zoals gewijzigd per 1 januari 2023 (Stcrt. 2023, 1137). Voor liraglutide geldt deze voorwaarde voor volwassenen zonder diabetes type 2; bij diabetes type 2 gelden andere voorwaarden. Liraglutide wordt sinds 1 april 2022 vergoed bij een BMI van 40 of hoger, of van 35 of hoger met hart- en vaatziekte, slaapapneu of artrose; naltrexon/bupropion sinds 1 augustus 2022.

[34] Artikel 2.17, eerste lid, onderdeel f, Besluit zorgverzekering.

[35] Kamerstukken II 2026/27, 37 020 XVI, nr. 2: het verplicht eigen risico stijgt in 2027 door indexatie naar € 400; een verdere verhoging met € 60 is uitgesteld naar 2028.

[36] Kamerstukken II 2016/17, 32 793, nr. 249 (brief van 8 december 2016): de GLI is verzekerde zorg «met uitzondering van begeleiding bij bewegen»; dat deel valt onder de verantwoordelijkheid van gemeenten.

[37] RIVM-rapport 2026-0070, tabel 2.3; volgens tabel 2.2 gaat het om 7.985 deelnemers, 4,1 procent van alle deelnemers in de monitor. Wageningen University & Research, projectpagina «Evaluation of the X-Fittt programme», geraadpleegd 3 november 2026.

[38] KVK, «KVK Signaleert: aantal fitnesscentra in negen jaar tijd meer dan verdubbeld», 7 augustus 2026: 13.998 ingeschreven vestigingen met SBI-code 93130 in 2026, tegen 6.738 in 2017. De brancheorganisatie NL Actief telt ruim 1.100 aangesloten locaties en voert een eigen keurmerk (NL Actief, informatie voor leden 2026).

De initiatiefnemer stelt voor dat gecertificeerde fitnesscentra, en andere sport- en beweegaanbieders die aan dezelfde eisen voldoen, een laagdrempelige leefstijlbehandeling kunnen geven die de zorgverzekeraar vergoedt, zonder eigen risico. Het gaat om een programma van een jaar voor volwassenen die voor de GLI in aanmerking komen, op verwijzing van de huisarts of de praktijkondersteuner: drie maanden begeleid bewegen in kleine groepen, coaching op voeding en gedrag door een geregistreerde leefstijlcoach, en daarna lichtere begeleiding. Het centrum koppelt de voortgang terug aan de huisartsenpraktijk. Ook naast een obesitasgeneesmiddel kan het programma de leefstijlbegeleiding zijn; krachttraining helpt dan om spiermassa te behouden.[39]

De raming rekent met 500 euro per deelnemer (paragraaf 8.2). Een vijfde daarvan wordt alleen betaald als de deelnemer na twaalf maanden ten minste vijf procent lichter is, gemeten door de praktijkondersteuner en niet door het centrum zelf. Anders dan bij de obesitascentra gaat het per locatie om kleine aantallen; daarom wordt dat deel per deelnemer vastgesteld. Wie afhaakt, levert het centrum dat deel niet op. Het centrum heeft er dus belang bij dat deelnemers blijven komen. Verwezen deelnemers mag het niet weigeren omdat zij minder kans van slagen hebben.

Het certificeringsschema moet nog worden opgesteld. De initiatiefnemer vraagt de regering dat te doen met het RIVM, de zorgverzekeraars, de huisartsen, de leefstijlcoaches en de branche, die met haar keurmerk al een begin heeft gemaakt. Het schema regelt in elk geval de opleiding en registratie van de begeleiders, een medische intake, de terugkoppeling aan de huisartsenpraktijk, de registratie van uitkomsten en voorzieningen die geschikt zijn voor mensen met ernstig overgewicht. Omdat het om commerciële bedrijven gaat, verbiedt het schema ook de verkoop van afslankmiddelen en supplementen aan deelnemers, en mag niemand tijdens het programma aan een abonnement worden gebonden. Een onafhankelijke instelling voert de certificering uit. In Duitsland toetst sinds 2014 één centrale instantie, die namens een samenwerkingsverband van wettelijke ziektekostenverzekeraars werkt, preventiecursussen en hun aanbieders; alleen gecertificeerde cursussen komen voor vergoeding in aanmerking.[40]

Alleen doorverwijzen naar een sportschool is te weinig. Een systematische review van zulke doorverwijsprogramma's vond een kleine toename van lichamelijke activiteit en minder depressieve klachten, maar geen effect op het gewicht. De onderzoekers noemen de onzekerheid over de effectiviteit groot.[41] Een gestructureerd programma in een vertrouwde omgeving kan wel werken. Schotse mannen met overgewicht die via hun voetbalclub een programma van twaalf weken volgden, waren na een jaar gemiddeld bijna vijf kilo meer afgevallen dan de controlegroep.[42] Daarom combineert het voorstel bewegen met voeding en gedrag, meet de huisartsenpraktijk het resultaat en wordt de route na drie jaar geëvalueerd.

---

[39] D. Mozaffarian e.a., «Nutritional priorities to support GLP-1 therapy for obesity: a joint Advisory from the American College of Lifestyle Medicine, the American Society for Nutrition, the Obesity Medicine Association, and The Obesity Society», The American Journal of Clinical Nutrition 2025;122:344-367.

[40] Paragraaf 20, vijfde lid, Sozialgesetzbuch V; Verband der Ersatzkassen, «Zentrale Prüfstelle Prävention», geraadpleegd 3 november 2026.

[41] T.G. Pavey e.a., «Effect of exercise referral schemes in primary care on physical activity and improving health outcomes: systematic review and meta-analysis», BMJ 2011;343:d6462.

[42] K. Hunt e.a., «A gender-sensitised weight loss and healthy living programme for overweight and obese men delivered by Scottish Premier League football clubs (FFIT): a pragmatic randomised controlled trial», The Lancet 2014;383(9924):1211-1221; 747 mannen met een BMI van 28 of hoger, verschil na twaalf maanden 4,94 kilo.

4.4. Geneesmiddelen: fasering in plaats van uitstel

In juli 2024 adviseerde het Zorginstituut semaglutide (Wegovy) niet op te nemen in het basispakket. Het kosteneffectiviteitsmodel van de fabrikant was onbruikbaar, de gezondheidswinst op lange termijn onzeker en het gewicht keert na stoppen terug. In het hoogste van vier scenario's zouden de meerkosten in het derde jaar 1,3 miljard euro bedragen.[43] Sinds november 2025 hanteert het Zorginstituut een getrapte aanpak. Nieuwe obesitasmiddelen worden eerst beoordeeld voor mensen met een BMI van 30 of hoger met daarmee samenhangende ziekten, zoals hartfalen, slaapapneu of chronische nierschade, en voor mensen met een BMI van 35 of hoger: samen naar schatting ruim een miljoen mensen.[44]

De initiatiefnemer vindt die keuze verdedigbaar. Het tempo is dat niet. Voor tirzepatide (Mounjaro) is de beoordeling in maart 2026 gestart, voor semaglutide (Wegovy) in juli 2026 opnieuw. De Wetenschappelijke Adviesraad besprak beide dossiers op 5 oktober 2026 voor het eerst, waarna het Zorginstituut de technische consultatie heeft uitgesteld tot naar verwachting begin november. Een publicatiedatum noemt het nog niet.[45] Bij diabetes type 2 wordt tirzepatide al sinds oktober 2023 onder voorwaarden vergoed, en sinds 1 mei 2026 ook bij een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten.[46] Intussen kopen mensen die het kunnen betalen de middelen zelf. Eén pen Wegovy van 2,4 milligram, goed voor vier weken, kost gemiddeld 184 euro; een pen Mounjaro van 15 milligram 434 euro.[47] Dat is precies de tweedeling naar inkomen die het stelsel moet voorkomen.

Andere landen kiezen voor fasering in plaats van uitstel. In Engeland is tirzepatide sinds eind 2024 aangewezen voor mensen met een BMI van 35 of hoger en ten minste één gewichtsgerelateerde aandoening, maar de NHS laat de instroom in cohorten verlopen: eerst mensen met een BMI van 40 of hoger en ten minste vier van vijf aandoeningen, daarna stapsgewijs ruimer. In de eerste drie jaar gaat het om ongeveer 220.000 patiënten op een doelgroep van circa 3,4 miljoen. Begeleiding bij voeding en leefstijl is voor iedereen verplicht. Na zes maanden op de hoogste verdraagbare dosis beoordeelt de arts bij minder dan vijf procent gewichtsverlies of doorgaan zinvol is.[48] Frankrijk vergoedt semaglutide en tirzepatide sinds juni 2026 bij een BMI van 35 of hoger met comorbiditeit of een BMI van 40 of hoger, met een eerste voorschrift vanuit de medisch-specialistische zorg.[49]

---

[43] Zorginstituut Nederland, GVS-advies semaglutide (Wegovy) voor de behandeling van obesitas, 12 juli 2024, kenmerk 2024019631. De brief rekent vier scenario's door, met meerkosten in het derde jaar van € 59 miljoen (huidige deelnemers aan de leefstijlinterventie, na eerst een jaar leefstijlinterventie) tot € 1,3 miljard (iedereen die voor de leefstijlinterventie in aanmerking komt, zonder voorafgaand jaar leefstijlinterventie en met een geleidelijke instroom tot 669.880 gebruikers in het derde jaar). Het Zorginstituut rekende met de vraagprijs van ongeveer € 2.750 per patiënt per jaar in de onderhoudsfase.

[44] Zorginstituut Nederland, «Obesitasmedicijnen eerst beschikbaar voor mensen met hoogste ziektelast», 6 november 2025. De leefstijlinterventie blijft daarin voorwaarde.

[45] Zorginstituut Nederland, werkagenda «Advies - wel of niet vergoeden tirzepatide (Mounjaro®) voor de behandeling van obesitas» en «Advies - wel of niet vergoeden semaglutide (Wegovy®) voor de behandeling van obesitas», laatst gewijzigd 27 oktober 2026.

[46] Regeling van de Minister van VWS van 17 april 2026, Stcrt. 2026, 15495; Zorginstituut Nederland, GVS-advies over de uitbreiding van de nadere voorwaarden voor tirzepatide (Mounjaro) bij diabetes en een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten, 19 maart 2026. Tirzepatide is sinds 1 oktober 2023 in het geneesmiddelenvergoedingssysteem opgenomen voor bepaalde patiënten met diabetes type 2.

[47] Medicijnkosten.nl (Zorginstituut Nederland), gemiddelde prijzen inclusief btw en exclusief aflevertarief, geraadpleegd 3 november 2026. Op jaarbasis is dat ongeveer € 2.400 respectievelijk € 5.600.

[48] NICE, technology appraisal TA1026, «Tirzepatide for managing overweight and obesity», 23 december 2024; NHS England, «Interim commissioning guidance: implementation of NICE TA1026», herzien april 2026.

[49] Service-public.gouv.fr, bericht van juni 2026 over de vergoeding (65 procent) per 15 juni 2026.

De initiatiefnemer bepleit geen ruimere aanspraak dan het Zorginstituut verantwoord acht. Hij vraagt om tempo en om een fasering die vooraf bekend is: een advies vóór 1 april 2027, zodat vergoeding per 1 januari 2028 mogelijk is; een gepubliceerd instroomschema dat begint bij de hoogste ziektelast; verplichte gelijktijdige leefstijlbegeleiding via de praktijkondersteuner of de leefstijlinterventie; een stopregel bij onvoldoende effect; en registratie van alle gebruikers. De stopregel geldt voor wie onvoldoende reageert. Voor wie wel reageert, is de vergoeding niet in tijd begrensd, omdat het gewicht na stoppen terugkeert (paragraaf 3.2). Een fasering naar Engels voorbeeld komt voor Nederland neer op ongeveer 70.000 patiënten na drie jaar; voor het eerste jaar gaat de raming uit van ongeveer 20.000 (zie paragraaf 8.2).

4.5. Een prijsinstrumentarium vóór het octrooiverloop

Het kernprobleem bij deze middelen is prijs maal volume, en de prijs is onderhandelbaar. Het kernoctrooi op semaglutide verliep op 20 maart 2026 in onder meer India, China en Brazilië; in Canada was het al eerder vervallen. In India kwamen vanaf die dag generieke middelen op de markt, tot ongeveer negentig procent goedkoper, en Canada keurde op 28 april 2026 als eerste G7-land een generieke versie goed.[50] Een analyse in het tijdschrift *Obesity* schat dat generiek injecteerbaar semaglutide, inclusief marge, kan worden geleverd voor 28 tot 140 dollar per persoon per jaar.[51] In de Europese Unie loopt de bescherming tot 2031.[52]

Canada kent voor de publieke geneesmiddelenregelingen een automatisme: zodra drie of meer generieke aanbieders op de markt zijn, daalt de prijs van een injecteerbaar middel naar 35 procent van de merkprijs.[53] Nederland heeft zo'n automatisme niet. De initiatiefnemer stelt voor dat het instrumentarium gereed is vóór het Europese octrooiverloop, zodat de prijs op de dag van generieke toetreding daalt en niet jaren later. Het bestaat uit drie delen: een volume-prijsarrangement bij opname in het pakket, een automatische herijking van de vergoeding zodra generieke middelen toetreden, en een uitkomstgebonden arrangement waarin de vergoeding afhangt van behaald en behouden gewichtsverlies. Voor zover bekend is zo'n contract tussen fabrikant en betaler voor deze middelen nog nergens openbaar gemaakt. Zwitserland koppelt de vergoeding van semaglutide wel aan een minimaal gewichtsverlies na zestien weken en na tien maanden.[54] Nederland kan een van de eerste landen zijn met zo'n afspraak op productniveau. Daarbij hoort onderzoek naar goedkopere toedieningsvormen.

4.6. Eén traject: kort en intensief, daarna doorlopende begeleiding

Nederland kent drie losse bouwstenen: de gecombineerde leefstijlinterventie, een beperkt geneesmiddelenaanbod en bariatrische chirurgie. Elke schakel wordt apart bekostigd en niemand is verantwoordelijk voor het resultaat over de hele route. Frankrijk heeft die route sinds maart 2026 wel geregeld, met het *parcours coordonné renforcé* voor volwassenen met

---

[50] Novo Nordisk, Annual Report 2025, p. 25; Abel + Imray, «Ozempic® Patent Expiry: Have the Scales Finally Tipped?», 17 april 2026; Health Canada, «Canada becomes the first G7 country to approve a generic version of semaglutide», 28 april 2026; Business Today, 20 en 21 maart 2026.

[51] J. Levi e.a., «How low could semaglutide prices fall?», Obesity 2026;34(8):1545-1550, doi:10.1002/oby.70241. Het gaat om een schatting van kostprijs plus marge, geen marktprijs.

[52] Aanvullende beschermingscertificaten verlengen de bescherming in de EU tot maart 2031: Abel + Imray, «Ozempic® Patent Expiry: Have the Scales Finally Tipped?», 17 april 2026; Reddie & Grose, «Changes in the Ozempic patent landscape», 9 februari 2026.

[53] Patented Medicine Prices Review Board, «Generic and biosimilar pricing policies»; prijsafspraken tussen de pan-Canadian Pharmaceutical Alliance en de Canadian Generic Pharmaceutical Association uit 2023, per 1 oktober 2026 verlengd tot 2028.

[54] Bundesamt für Gesundheit, opname van Wegovy in de Spezialitätenliste per 1 maart 2024; Institute for Clinical and Economic Review, «Affordable Access to GLP-1 Obesity Medications», white paper, 9 april 2025.

complexe obesitas: een intensieve beginfase en daarna een versterkte nazorgfase, samen ten hoogste tweeënhalf jaar. Het traject wordt betaald uit één forfait per patiënt, dat oploopt van 1.126 euro tot 1.769 euro naarmate de patiënt ook een eetstoornis en een bewegingsbeperking heeft. Het aantal aanbieders is begrensd tot 269.[55] Duitsland laat zien wat er gebeurt als de bekostiging niet tegelijk met de erkenning wordt geregeld: het behandelprogramma voor adipositas waartoe in november 2023 werd besloten, staat sinds juli 2024 in de regelgeving, maar patiënten kunnen er in 2026 nog steeds niet aan deelnemen.[56]

De initiatiefnemer stelt voor dat de Nederlandse Zorgautoriteit een vergelijkbare meerjarige, integrale prestatie vaststelt, met een tarief dat hoger is naarmate de zorgvraag van de patiënt complexer is. Het traject bestaat uit drie delen:

- een intensieve fase van enkele maanden in een aangewezen obesitascentrum, waar nodig in dag- of semiresidentiële vorm, met medische diagnostiek, diëtetiek, psychologische behandeling, beweegbegeleiding en zo nodig geneesmiddelen;
- twaalf maanden gestructureerde nazorg vanuit het centrum, met een vooraf vastgesteld aantal contacten;
- daarna doorlopende begeleiding in de huisartsenpraktijk door de praktijkondersteuner in het cardiometabole zorgprogramma (paragraaf 4.2), zolang dat medisch nodig is.

Die laatste laag lost een spanning op die in elk voorstel over obesitas zit. Een chronische ziekte vraagt om langdurige zorg, maar een intensieve behandeling zonder einddatum is onbetaalbaar en werkt niet beter. Daarom scheidt de initiatiefnemer intensiteit en duur. De intensieve fase is kort en begrensd. De begeleiding voor de lange termijn is licht, goedkoop en dichtbij. Zij valt als huisartsenzorg en programmatische eerstelijnszorg buiten het eigen risico. Zo werkt de diabeteszorg al jaren.

Het doel van het traject wordt vooraf meetbaar vastgelegd: een percentage totaal gewichtsverlies, met drempels van vijf, tien en vijftien procent, verbetering of remissie van comorbiditeit, en functionele uitkomsten. Halverwege de intensieve fase wordt getoetst. Biedt voortzetting geen redelijk uitzicht op resultaat, dan eindigt de vergoede intensieve fase en gaat de patiënt over naar de begeleiding in de eerste lijn.

Omdat obesitas terugkeert, legt de regeling ook vast wanneer een nieuw intensief traject wordt vergoed: bij een vooraf bepaalde gewichtstoename of nieuwe comorbiditeit, en na een minimale tussenperiode. Zo is de aanspraak begrensd en blijft de deur open voor wie terugvalt. De initiatiefnemer stelt voor te starten met een experiment, met een evaluatie na drie jaar, en contractduur en overgangsrecht vooraf te regelen, zodat patiënten midden in een traject niet tussen twee contracten vallen.

4.7. Een nationaal netwerk van publieke obesitascentra en hun bekostiging

Een groot deel van de gespecialiseerde obesitaszorg ligt nu al bij commerciële klinieken. In 2025 werd ruim 40 procent van de primaire bariatrische ingrepen uitgevoerd op locaties van twee zelfstandige klinieken: de Nederlandse Obesitas Kliniek (NOK), met bijna een kwart, en

[55] Arrêté du 26 février 2026, Journal officiel van 4 maart 2026, tekst nr. 25; Vidal, «Le premier parcours coordonné renforcé enfin pris en charge dans l'obésité», 5 maart 2026. Frankrijk heeft daarnaast 42 gespecialiseerde obesitascentra (Santé.fr, pagina over de centres spécialisés de l'obésité, 19 juni 2026).
[56] Gemeinsamer Bundesausschuss, besluit van 16 november 2023, in werking 1 juli 2024; persbericht van 18 juni 2026.

WeightWorks, inmiddels MoreCare Clinics, met 16 procent.[57] In augustus 2025 stemde de ACM in met de overname van de NOK door het Belgische private-equityfonds Vendis Capital. Het fonds heeft volgens het besluit ook belangen in ondernemingen die medisch afvallen met GLP-1-middelen aanbieden.[58] Private equity is in de zorg geen randverschijnsel: in 2025 was bij 54 procent van de concentraties die de NZa goedkeurde een private-equitypartij betrokken.[59] Een fonds moet rendement maken. Het heeft een prikkel om te groeien bij patiënten die voorspelbaar en goed te plannen zijn, en om de waarde bij doorverkoop te verzilveren. De complexe patiënt en de complicaties komen dan bij de ziekenhuizen terecht.

De initiatiefnemer stelt daarom voor een begrensd aantal obesitascentra aan te wijzen, in de orde van één per ROAZ-regio, als organisatorisch onderdeel van bestaande ziekenhuizen en universitair medische centra. Er komen geen nieuwe instellingen. De centra bouwen voort op de bestaande bariatrische en academische expertise en nemen de zorg voor complexe obesitas zonder operatie op zich: genetische en hormonale oorzaken, medicatiegeïnduceerde obesitas, ernstige obesitas bij kinderen en het intensieve traject uit paragraaf 4.6.

Aanwijzing gebeurt op basis van een landelijk lastenboek met de doelgroep, de verwijscriteria, de verplichte teamsamenstelling, de minimale inhoud en de uitkomstrapportage. De nieuwe prestatie is alleen declarabel voor aangewezen centra die geen winst uitkeren en niet met private equity worden gefinancierd. Bestaande aanbieders van bariatrische chirurgie blijven hun huidige zorg leveren; zij kunnen alleen de nieuwe prestatie niet declareren. De Raad van State oordeelde in oktober 2025 dat de minister het winstuitkeringsverbod niet coherent en consistent toepast, zodat een weigering op die grond in strijd was met de vrijheid van vestiging.[60] Een afbakening die alleen geldt voor een nieuwe, publiek bekostigde prestatie met een eigen lastenboek, en die voor alle aanbieders op dezelfde manier wordt toegepast, is beter te rechtvaardigen. De regering wordt gevraagd dat juridisch uit te werken.

Hoe de centra worden betaald, bepaalt mede welke patiënten zij behandelen. Een tarief per traject beloont volume en zegt niets over het resultaat. Een vergoeding die alleen van uitkomsten afhangt, maakt juist de patiënt met een goede prognose aantrekkelijk. Dat is dezelfde prikkel als bij de commerciële klinieken, nu binnen de publieke zorg. En een centrum met veel complexe patiënten gaat er financieel op achteruit, terwijl juist dat centrum nodig is.

De initiatiefnemer stelt daarom een gemengde bekostiging voor. Een vaste vergoeding per centrum dekt de kosten die niet van het aantal patiënten afhangen: coördinatie, registratie, de eisen uit het lastenboek en een volledig team, ook in een regio met minder patiënten. Een uniform trajecttarief kan die vaste kosten bij een kleiner verzorgingsgebied niet dragen, terwijl elke ROAZ-regio een centrum nodig heeft. Tijdens het experiment loopt de vaste vergoeding via een beschikbaarheidbijdrage, die het Zorginstituut uit het Zorgverzekeringsfonds betaalt zonder tussenkomst van verzekeraars. De basisvoorziening hangt dan niet af van de inkoop door elke afzonderlijke verzekeraar.[61] In ruil daarvoor neemt het centrum elke verwezen patiënt die

[57] Zorginstituut Nederland, Openbaar databestand medisch-specialistische zorg, verslagjaar 2025 (bron DATO, primair geopereerde patiënten per ziekenhuislocatie), gepubliceerd 20 augustus 2026; eigen berekening (NOK 2.884 en MoreCare 1.870 van 11.691 ingrepen). Patiënten van de NOK die in samenwerkende ziekenhuizen worden geopereerd, tellen daar mee; het aandeel van de NOK is dus een ondergrens.
[58] ACM, concentratiebesluit Vendis Capital IV / Between Investeringsgroep, 22 augustus 2025 (zaak ACM/25/197735).
[59] NZa, Informatiekaart Concentraties in de zorg in het jaar 2025, 14 april 2026; zie ook Kamerstukken II 2025/26, 32 620, nr. 314.
[60] ABRvS 22 oktober 2025, ECLI:NL:RVS:2025:5089 (Radiology Holland).
[61] Artikel 56a, eerste lid, Wet marktordening gezondheidszorg; Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG. De beschikbaarheidbijdrage is een subsidie die de NZa toekent; het Zorginstituut betaalt haar uit het

aan de verwijscriteria voldoet in behandeling. De trajecten zelf koopt de verzekeraar wel in; de initiatiefnemer vraagt de regering te voorkomen dat een omzetplafond die plicht ondermijnt.

Per traject ontvangt het centrum het tarief uit paragraaf 4.6, dat hoger is naarmate de zorgvraag complexer is. Dat tarief wordt per fase betaald, zodat een traject dat bij de tussentoets stopt ook minder oplevert. Het lastenboek legt de minimale inhoud van elke fase vast. Ten hoogste tien procent wordt pas betaald als de uitkomsten bekend zijn: de doelbereikcriteria uit paragraaf 4.6, aangevuld met kwaliteit van leven en complicaties, gemeten na afloop van de nazorg in het centrum. Dat deel wordt een aparte prestatie met een vast tarief, zodat elke verzekeraar het op dezelfde manier betaalt.

Dat uitkomstafhankelijke deel is het gevoeligst voor perverse prikkels. In het eerste jaar van het Britse Quality and Outcomes Framework, een beloningsprogramma voor huisartsen, was het aandeel patiënten dat een praktijk van de meting uitsloot de sterkste voorspeller van haar score.[62] Daarom tellen alle patiënten mee vanaf de intake; wie niet meer in beeld is, telt als traject zonder resultaat. Een centrum scoort dus niet beter door patiënten met een slecht resultaat uit het oog te verliezen. Bij de bariatrie zakt de volledigheid van de follow-up nu al na enkele jaren in (paragraaf 4.8).

De uitkomsten worden gecorrigeerd voor verschillen in patiëntkenmerken (casemixcorrectie) en per centrum over meerdere jaarcohorten samen bepaald, zodat toeval minder zwaar weegt. Elk centrum wordt getoetst aan vooraf vastgestelde normen; een onderlinge rangorde speelt geen rol. Een centrum wint dus niets bij slechtere resultaten elders, en kennis delen blijft lonen. De indeling naar complexiteit telt twee keer mee, in het tarief en in de casemixcorrectie. Zij wordt daarom bij de intake vastgelegd op criteria die bij de materiële controle toetsbaar zijn, en steekproefsgewijs extern gevalideerd. De uitkomsten worden gemeten in een onafhankelijke landelijke registratie.

Het effect van de uitkomstprikkel moet niet worden overschat. Een Cochrane-review vond bij ziekenhuizen hooguit kleine effecten op de uitkomsten voor patiënten. Inhouden van betaling leek iets beter te werken dan een bonus, en een vaste norm iets beter dan beloning van verbetering.[63] Daar sluit het voorstel bij aan. Het variabele deel is een inhouding op het tarief, die aan vaste normen wordt getoetst. Omdat het klein blijft, komt een centrum met een moeilijke populatie niet in de knel. De huisartsenzorg werkt sinds 2015 met een vergelijkbare mix: een inschrijftarief dat volgens de NZa onder meer de kosten van beschikbaarheid vergoedt, tarieven per consult en een apart segment voor resultaatbeloning en zorgvernieuwing.[64] Daar onderhandelen verzekeraar en aanbieder over de resultaatbeloning; hier ligt het tarief vast, zodat de norm niet per verzekeraar verschilt. De raming in hoofdstuk 8 verandert door dit model niet (paragraaf 8.2).

Zorgverzekeringsfonds, zonder dat een zorgverzekeraar daarbij een rol heeft. SiRM, «Terug naar de bedoeling van het instrument. Evaluatie van het instrument beschikbaarheidbijdrage», 22 mei 2025, in opdracht van het ministerie van VWS; zie ook Kamerstukken II 2025/26, 29 282, nr. 628, en hoofdstuk 6.

[62] T. Doran e.a., «Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom», New England Journal of Medicine 2006;355(4):375-384. De mediane praktijk sloot 6 procent van de patiënten uit; 1 procent van de praktijken sloot meer dan 15 procent uit.

[63] T. Mathes e.a., «Pay for performance for hospitals», Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, nr. 7, CD011156. Van de 27 studies kwamen er 24 uit de Verenigde Staten; de auteurs achten de bevindingen beperkt toepasbaar op andere stelsels.

[64] NZa, Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, BR/REG-27117 (Stcrt. 2026, 24400), artikelen 4 en 5; NZa, Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, TB/REG-27616-01, bijlage 1, prestatie inschrijving. Beide zijn vastgesteld op 30 juni 2026 en gelden vanaf 2027. Het segmentenmodel bestaat sinds 1 januari 2015; in segment 3 geldt een vrij tarief (artikel 9.3).

4.8. Nazorg na bariatrische chirurgie

In 2024 werden in Nederland 11.504 primaire bariatrische ingrepen en 1.301 heringrepen uitgevoerd. De kwaliteit is hoog: ernstige complicaties traden op bij 1,4 procent. Het zwakke punt is de nazorg. De landelijke registratie meldt dat er «rond het derde/vierde jaar postoperatief een duidelijke afname» is van de volledigheid van de follow-up; in het vierde jaar varieert de registratiegraad per centrum van 24 tot 73 procent.[65]

De beroepsgroepen zijn het niet eens over wie de nazorg levert. De richtlijn voor chirurgische behandeling van obesitas adviseert patiënten na de operatie levenslang te volgen, met een jaarlijkse bloedcontrole, de eerste twee jaar bij voorkeur vanuit het ziekenhuis en daarna, na een goede overdracht, via de huisarts of praktijkondersteuner. Dezelfde richtlijn signaleert dat patiënten in de eerste vijf jaar vaak afhaken vanwege de kosten.[66] De huisartsenstandaard gaat ervan uit dat de nazorg na bariatrie geen huisartsenzorg is.[67] Het gevolg is dat een patiënt na een onomkeerbare ingreep, met een levenslang risico op tekorten aan vitaminen en mineralen, op gewichtstoename en op psychische problemen, na een aantal jaren nergens meer vast in beeld is.

Sinds 26 mei 2026 is bariatrische chirurgie verzekerde zorg voor vrijwel uitgegroeide adolescenten van dertien tot achttien jaar met een BMI van 40 of hoger, of van 35 of hoger met comorbiditeit, bij wie een intensieve leefstijlinterventie onvoldoende resultaat had. Het Zorginstituut stelt als randvoorwaarde ten minste vijf jaar gestructureerde follow-up, behandeling in een expertisecentrum en landelijke registratie.[68] De initiatiefnemer steunt dat besluit. Een kind van veertien dat een maagverkleining ondergaat, heeft echter ook na zijn negentiende nazorg nodig.

De initiatiefnemer stelt voor de nazorg sluitend te regelen: de eerste vijf jaar vanuit het bariatrisch centrum, met registratie van de volledigheid als kwaliteitseis, en daarna een vaste overdracht naar de praktijkondersteuner in de eerste lijn, met een landelijk protocol voor jaarlijkse controle en een terugverwijspad naar het centrum bij gewichtstoename of complicaties. De gestructureerde nazorg in de eerste vijf jaar gaat buiten het verplicht eigen risico vallen. Daarna valt zij als huisartsenzorg en programmatische eerstelijnszorg er al buiten. Zo zijn de kosten van de reguliere nazorg in geen enkele fase nog een reden om af te haken. Een terugverwijzing naar het centrum bij complicaties valt als medisch-specialistische zorg wel onder het verplicht eigen risico. Voor adolescenten loopt de nazorg door tot in de volwassenheid, met een geregelde overgang van kinder- naar volwassenenzorg.

[65] Dutch Audit for Treatment of Obesity (DATO), Jaarverslag 2024, versie 1.1, 17 november 2025 (DICA). De aantallen zijn een optelling van de tabellen bij indicator 1 en 2. Volgens de jaarrapportage 2025 (infographic, september 2026) zijn sinds 2014 ruim 132.000 patiënten geregistreerd.
[66] Richtlijn Chirurgische behandeling van obesitas (Nederlandse Vereniging voor Heelkunde), module Medische nazorg en follow-up, 28 oktober 2020.
[67] NHG-Standaard Obesitas (M95), oktober 2025, laatst herzien in december 2025, zoals aangehaald in bijlage 2 bij de regionale transmurale afspraak obesitaszorg Zuidoost-Brabant (februari 2026) en in de toelichting van Máxima MC (maart 2026).
[68] Zorginstituut Nederland, «Standpunt bariatrische chirurgie bij adolescenten met ernstig overgewicht», 3 juni 2026, kenmerk 2026008330; ingangsdatum 26 mei 2026.

4.9. Medicatiegeïnduceerd gewicht

In 2025 kregen ruim 2,5 miljoen mensen in Nederland een psychofarmacon via de openbare apotheek, onder wie zo'n 1,2 miljoen gebruikers van antidepressiva.[69] Een meta-analyse van 404 studies, waarvan 58 bij patiënten die voor het eerst een antipsychoticum gebruikten, liet zien dat alle antipsychotica bij hen tot gewichtstoename leiden, ongeacht de diagnose.[70] Ook corticosteroïden, insuline en een aantal anti-epileptica kunnen het gewicht doen stijgen.

Geen regel verplicht voorschrijvers het gewichtseffect van een geneesmiddel mee te wegen of periodiek te herzien. Voor antipsychotica beveelt de richtlijn Schizofrenie wel aan gewicht en buikomtrek te meten vóór de start, na zes weken, na drie maanden en daarna jaarlijks.[71] Het stelsel vergoedt intussen een middel waarvan gewichtstoename een bekend gevolg is, en eist daarna een jaar leefstijlprogramma voordat de behandeling van dat gewicht wordt vergoed. Dat is moeilijk te verdedigen. De burger die de Kamer in 2022 schreef over haar achtentwintig tabletten per dag, liep tegen die volgorde aan: de leefstijlcoach was verplicht, anders kreeg zij het afslankmiddel niet. De initiatiefnemer stelt voor gewichtstoename een vast onderdeel te maken van de medicatiebeoordeling, bij de start van gewichtsverhogende psychofarmaca leefstijlbegeleiding en monitoring aan te bieden, en het Zorginstituut te laten beoordelen of medicatiegeïnduceerde obesitas een zelfstandige behandelindicatie rechtvaardigt.

4.10. Jeugdbescherming en gewichtsdiscriminatie

In mei 2026 analyseerde Pointer acht rechterlijke uitspraken uit de afgelopen veertien jaar waarin ernstig overgewicht bij een kind speelde. In zeven daarvan werd overgewicht genoemd als een van de redenen voor een ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing. Volgens de Raad voor de rechtspraak neemt het aantal zaken niet toe, maar kan overgewicht wel een reden zijn voor zo'n maatregel.[72] Het verschijnsel is niet nieuw. In 2013 kreeg de Kamer een dossier toegestuurd over een jongen met obesitas die vanwege zijn gewicht bij zijn vader werd geplaatst, met grote gevolgen voor zijn schoolloopbaan.[73] Tegelijk is de hulp voor kinderen nog niet overal geregeld: begin 2026 was 86 procent van de gemeenten die de monitor invulden gestart met de ketenaanpak voor kinderen met overgewicht, en was in 56 procent van die gemeenten de centrale zorgverlener ook al begonnen met de begeleiding van kinderen en gezinnen.[74]

De initiatiefnemer vindt het onaanvaardbaar dat het gewicht van een kind kan meewegen bij een ondertoezichtstelling of zelfs een uithuisplaatsing, zonder dat vaststaat dat het gezin eerst de behandeling is aangeboden die de oorzaak zou kunnen wegnemen. Hij stelt voor in de werkwijze van de Raad voor de Kinderbescherming en de gecertificeerde instellingen vast te leggen dat overgewicht op zichzelf geen grond is voor een kinderbeschermingsmaatregel, dat

---

[69] Stichting Farmaceutische Kengetallen, «Data en feiten 2026», 28 augustus 2026, paragraaf 2.6 (ATC-groepen N05 en N06).

[70] M. Bak e.a., «Antipsychotics result in more weight gain in antipsychotic naive patients than in patients after antipsychotic switch and weight gain is irrespective of psychiatric diagnosis: a meta-analysis», PLoS ONE 2021;16(2):e0244944.

[71] Richtlijn Schizofrenie (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie), module Metabole stoornissen door antipsychotica, Richtlijnendatabase, 2015.

[72] J. Brouwers, «Jeugdbescherming vraagt uithuisplaatsing van kinderen met obesitas», Pointer (KRO-NCRV), 31 mei 2026. Het gaat om een kleine, niet-representatieve verzameling uitspraken; de bevinding heeft signaalwaarde.

[73] Aan de leden van de Tweede Kamer gezonden dossiers inzake jeugdzorg (documentnummer 2013D18406).

[74] RIVM-kennisnotitie KN-2026-0058, «Deelmonitor Kind naar Gezonder Gewicht. Voortgang van implementatie en borging tijdens het GALA in 2025», 24 september 2026, p. 4 (273 van de 316 gemeenten die de monitor invulden).

eerst medische behandeling en gezinsondersteuning via de ketenaanpak worden aangeboden, en dat wordt bijgehouden hoe vaak gewicht in verzoeken wordt aangevoerd. De beoordeling door de rechter blijft daarbij onverlet.

Gewicht is in Nederland geen erkende discriminatiegrond en ontbreekt daarom in de periodieke meting van ervaren discriminatie door het CBS; alleen het onderzoek naar discriminatie in de zorg in opdracht van het ministerie vroeg ernaar (paragraaf 4.1).[75] Een verkenning van Movisie, op basis van ruim 120 internationale studies, laat zien dat mensen met een hoog gewicht minder vaak worden uitgenodigd en aangenomen, minder verdienen en minder vaak promotie maken; Nederlandse cijfers ontbreken.[76] Juridische bescherming loopt nu alleen indirect, via de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte: een hoog gewicht kan onder omstandigheden een handicap zijn, zoals ook het Hof van Justitie oordeelde.[77] De initiatiefnemer bepleit geen nieuwe wet en geen meldpunt. Hij vraagt de regering het College voor de Rechten van de Mens om advies te vragen over gewicht als zelfstandige grond, en gewicht te laten meenemen in de meting van ervaren discriminatie.

4.11. Winst, private equity en de online markt

De fractie waartoe de initiatiefnemer behoort, vindt zorg waarin winst niet opnieuw in de zorg wordt geïnvesteerd een slecht uitgangspunt. De Kamer nam in mei 2025 met 104 tegen 46 stemmen een motie van onder anderen de initiatiefnemer aan om private equity uit de gehele zorg te weren.[78] Het kabinet kiest een andere richting. Het wil het winstuitkeringsverbod laten vervallen en alle aanbieders onder voorwaarden een bescheiden winst laten uitkeren, tot een maximumpercentage dat nog moet worden vastgesteld.[79] Een plafond op de jaarlijkse uitkering zegt niets over herinvestering. De verkoopwinst bij doorverkoop van een zorgbedrijf blijft er bovendien buiten, terwijl daar voor een fonds het rendement zit. De initiatiefnemer stelt voor winstuitkering alleen toe te staan bij aantoonbare herinvestering in de zorg, en verkoopwinsten bij doorverkoop onder hetzelfde regime te brengen. Voorziet de nota van wijziging daar niet in, dan kan het bij de behandeling van het wetsvoorstel per amendement worden geregeld.

In februari 2026 liet Kassa zien dat een abonnement op semaglutide van 250 euro per maand online te krijgen was na alleen een vragenlijst, met een verkeerd ingevuld gewicht en zonder contact met een arts. Volgens de Inspectie moeten nieuwe patiënten altijd door de arts gebeld of gezien worden; zij kondigde onderzoek aan.[80] In augustus 2026 gaf de Inspectie een webshop een bevel om te stoppen met de verkoop van semaglutide, tirzepatide en het niet toegelaten retatrutide.[81] Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum kreeg in 2025 149 meldingen over injecteerbare afslankmiddelen, bijna twee keer zoveel als in 2024; bij 40 procent van de meldingen over GLP-1-middelen was geen arts bij het gebruik betrokken.[82] Het aantal

[75] CBS, «Ervaren discriminatie in Nederland», 2024, paragraaf 3.2.
[76] H. Felten e.a., «Arbeidsdiscriminatie op grond van gewicht. Een verkenning», Movisie, juni 2026 (online 9 juli 2026), met subsidie van VWS.
[77] HvJ EU 18 december 2014, C-354/13, ECLI:EU:C:2014:2463 (FOA/Kaltoft); Movisie (zie de vorige voetnoot), paragraaf 1.2.4 en 1.2.5, met oordelen over gewicht en werk, waaronder 2010-191 en 2011-78.
[78] Kamerstukken II 2024/25, 33 578, nr. 143 (motie-Claassen c.s.).
[79] Kamerstukken II 2025/26, 36 686, nr. 9 (brief van 3 juli 2026). Een ontwerp-nota van wijziging ligt sinds 6 oktober 2026 voor advies bij de Afdeling advisering van de Raad van State; het maximumpercentage wordt bij algemene maatregel van bestuur bepaald.
[80] BNNVARA Kassa, «Artsen negeren wet: inspectie gaat online verkoop afslankmedicatie onderzoeken», 27 februari 2026.
[81] IGJ, «Bevel voor online webshop Peptidekoning», 24 augustus 2026; NL Times, 25 augustus 2026.
[82] NVIC (UMC Utrecht), jaaroverzichten geneesmiddelen 2024 en 2025; NOS, «Meer vergiftigingen gemeld door afslankmiddelen, zorgen om krachtige variant», 29 juni 2026 (76 meldingen in 2024).

meldingen bij Lareb van vermoedelijke bijwerkingen van GLP-1-middelen en tirzepatide, ook bij gebruik voor diabetes, steeg van 374 in 2024 naar 741 in 2025 en 1.398 in 2026 tot augustus.[83]

De beleidsregel voor voorschrijven via internet staat toe dat zonder fysiek consult wordt voorgeschreven als dat consult niet nodig is en de voorschrijver de medicatiehistorie kent; een bestaande behandelrelatie is niet vereist.[84] De initiatiefnemer stelt voor die regel voor afslankmiddelen aan te scherpen: een eerste voorschrift alleen na een consult, ten minste via beeld of telefoon, met een arts die inzage heeft in de medische gegevens, en handhaving met bestuurlijke boetes. De markt groeit omdat de vergoede route ontbreekt. Paragraaf 4.4 pakt die oorzaak aan.

4.12. Meten wat het stelsel doet

Bij de voorbereiding van deze nota is de initiatiefnemer telkens op ontbrekende gegevens gestuit. Een stelsel dat niet meet wat het mensen aandoet, kan daarop ook niet worden aangesproken. De volgende lacunes zijn het eerst te dichten:

- een gemeten, niet zelfgerapporteerde prevalentie van ernstige obesitas (BMI 35 en 40 of hoger);
- de uitkomsten van deelnemers aan de gecombineerde leefstijlinterventie in de jaren na afloop van het programma;
- een register voor obesitasgeneesmiddelen, met effect, stoppen en bijwerkingen, ook bij kinderen;
- de langetermijnuitkomsten na bariatrische chirurgie, ook na het vijfde jaar;
- het aantal weigeringen van zorg op grond van gewicht;
- hoe vaak gewicht wordt aangevoerd in verzoeken om een kinderbeschermingsmaatregel;
- de fysieke toegankelijkheid van de zorg voor mensen met ernstige obesitas, van operatietafel tot tillift;
- een actuele, officiële raming van de maatschappelijke kosten van obesitas.

5. Wat de initiatiefnemer uitdrukkelijk niet voorstelt

Een nota over obesitas roept de verwachting op van voorstellen over suiker, reclame en supermarkten. De initiatiefnemer doet die voorstellen bewust niet, en licht hier toe waarom.

Deze nota bevat geen nieuwe belasting op voedingsmiddelen. Het coalitieakkoord voorziet vanaf 2030 in een taakstellende heffing voor producenten op voorverpakte voedingsmiddelen met een suikergehalte vanaf zes procent, met een geraamde opbrengst van per saldo 850 miljoen euro per jaar, na aftrek van uitvoeringskosten van 50 miljoen euro per jaar vanaf 2028; het kabinet verwacht het wetgevingspakket in 2027 naar de Kamer te sturen.[85] Een heffing waarvan de opbrengst taakstellend is ingeboekt, is in de eerste plaats een inkomstenmaatregel. De initiatiefnemer vindt dat de behandeling van zieke mensen niet hoort te worden betaald uit de boodschappen van gezonde mensen, en wenst uitdrukkelijk geen dekking uit deze heffing.

[83] Antwoord van de minister van VWS op vragen van het lid Coenradie, 5 oktober 2026 (2026D48446).
[84] Beleidsregel voorschrijven via internet, Stcrt. 2023, 10521; Aanhangsel Handelingen II 2025/26, nr. 1626.
[85] Coalitieakkoord D66, VVD en CDA, «Aan de slag», 30 januari 2026, budgettaire bijlage, maatregel 65; Kamerstukken II 2026/27, 37 020 XVI, nr. 2, p. 8.

De nota bevat ook geen drang of dwang. Deelname aan een behandeling wordt niet gekoppeld aan uitkeringsvoorwaarden, verzuimbegeleiding of premiedifferentiatie. Sturing loopt via een aanbod dat goed genoeg is om vrijwillig te worden aanvaard: laagdrempelig, dichtbij en zonder eigen risico in de eerste lijn.

Er komt geen nieuw akkoord en geen nieuwe overlegtafel. Nederland heeft al een Nationaal Preventieakkoord, een Gezond en Actief Leven Akkoord, een Integraal Zorgakkoord, een Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord en een Ronde Tafel Obesitas bij het Zorginstituut. Het probleem is niet het aantal overlegtafels, maar dat de patiënt aan geen van die tafels een behandeling krijgt. Ten slotte heeft geen intensieve aanspraak een open einde: het traject in het centrum is begrensd door doelbereikcriteria, een maximale duur en een evaluatiemoment, en bij de geneesmiddelen beëindigt de stopregel de vergoeding voor wie onvoldoende reageert. De begeleiding in de eerste lijn loopt wel door zolang dat medisch nodig is, maar is licht en goedkoop.

6. Verhouding tot bestaande wetgeving en lopende trajecten

Voor geen van de voorstellen is een nieuwe formele wet nodig, met uitzondering van de aanpassing van het wetsvoorstel Wet integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders (beslispunt 15), die bij nota van wijziging of amendement kan worden geregeld. De overige voorstellen grijpen aan op bestaande bevoegdheden:

- De aanspraken (beslispunten 1, 6, 9, 10, 11, 12 en 13) lopen via de artikelen 10 en 11 van de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering. Dagbehandeling valt daar onder de geneeskundige zorg (artikel 2.4), en verblijf gedurende het etmaal is verzekerd tot ten hoogste 1.095 dagen (artikel 2.12), zodat een dag- of semiresidentiële fase geen nieuwe grondslag vraagt. De vrijstellingen van het verplicht eigen risico staan in artikel 2.17; daar vallen huisartsenzorg, multidisciplinaire eerstelijnszorg en de gecombineerde leefstijlinterventie al onder.[86] De voorgestelde vrijstellingen voor obesitasgeneesmiddelen en voor de gestructureerde nazorg na bariatrie kunnen daar bij algemene maatregel van bestuur worden toegevoegd. Nadere voorwaarden voor geneesmiddelen staan in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
- Voor de leefstijlbehandeling in fitnesscentra (beslispunt 11) moet begeleiding bij bewegen onder de verzekerde zorg worden gebracht. Dat kan bij algemene maatregel van bestuur, na een advies van het Zorginstituut over de stand van de wetenschap en praktijk; de vrijstelling van het eigen risico in artikel 2.17 kan daarin worden meegenomen. De Nederlandse Zorgautoriteit stelt de prestatie en het tarief vast en kan de declaratie koppelen aan het certificaat. Een gecertificeerd fitnesscentrum is voor dit programma zorgaanbieder en valt daarmee onder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.
- Voor de prestaties en tarieven (beslispunten 4, 5, 8 en 11) is de Wet marktordening gezondheidszorg de grondslag. Voor beslispunt 4 gaat het om een verbreding van de bestaande ketenprestatie in segment 2 van de huisartsenbekostiging. De Nederlandse Zorgautoriteit kan een nieuwe prestatie vaststellen, ook een aparte prestatie met een vast tarief voor het uitkomstafhankelijke deel, en kan het experiment regelen in een beleidsregel op grond van artikel 58 van die wet, met een looptijd van ten hoogste vijf jaar.
- Voor de vaste vergoeding per centrum (beslispunt 8) moet de centrumfunctie bij algemene maatregel van bestuur worden aangewezen in het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG, op grond van artikel 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg. De wet staat een

[86] Artikelen 1, onderdeel b, 2.4, 2.12 en 2.17, eerste lid, Besluit zorgverzekering.

beschikbaarheidbijdrage alleen toe voor zorg waarvan de kosten niet of niet geheel aan individuele verzekeraars of verzekerden zijn toe te rekenen of via tarieven in rekening te brengen, of waarbij dat de markt zou verstoren, en die niet anders wordt bekostigd. Het kabinet noemt het instrument een laatste redmiddel en neemt het advies over om alternatieven uitdrukkelijker te toetsen.[87] De initiatiefnemer kiest de beschikbaarheidbijdrage daarom alleen voor de duur van het experiment. Een uniform trajecttarief kan de vaste kosten van een centrum met een kleiner verzorgingsgebied niet dragen, terwijl elke ROAZ-regio een centrum nodig heeft. Bij de evaluatie wordt bezien of die kosten daarna via een tarief kunnen lopen.

- De uitsluiting van winstuitkerende aanbieders (beslispunt 7) kan niet steunen op het huidige winstuitkeringsverbod, dat het kabinet met het wetsvoorstel Wet integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders wil laten vervallen. Zij wordt daarom verbonden aan de aanwijzing van de centra en aan de nieuwe prestatie. De regering wordt gevraagd de verhouding tot het Europese recht op vrije vestiging en tot de staatssteunregels uitdrukkelijk te toetsen.
- Het prijsinstrumentarium (beslispunt 14) kan worden ingericht binnen het geneesmiddelenvergoedingssysteem, de sluis en zo nodig de Wet geneesmiddelenprijzen.
- De voorstellen over jeugdbescherming (beslispunt 17) blijven binnen Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek en de Jeugdwet; zij gaan over de werkwijze van de Raad voor de Kinderbescherming en de gecertificeerde instellingen, niet over de beoordelingsvrijheid van de rechter.

De nota is bewust afgebakend. Zij gaat over de behandeling van, de toegang tot zorg voor en de bejegening van mensen die obesitas hebben. Voorstellen over vroegopsporing en preventieve diagnostiek staan in de initiatiefnota van dezelfde initiatiefnemer over slimmer testen en eerder ingrijpen.[88] Deze nota bevat geen voorstellen over screening en loopt niet vooruit op het oordeel van het Zorginstituut over de effectiviteit van afzonderlijke geneesmiddelen. Zij gaat over tempo, fasering, prijs en organisatie.

7. Beslispunten

De initiatiefnemer stelt de Kamer de volgende beslispunten voor:

1. De regering erkent klinische obesitas als chronische, terugkerende ziekte en neemt het onderscheid tussen klinische en preklinische obesitas, met naast de BMI ten minste één aanvullende antropometrische maat, als uitgangspunt voor indicatie- en vergoedingscriteria; zij verzoekt het Zorginstituut dit te verwerken in zijn duiding en in de nadere voorwaarden voor geneesmiddelen.
2. De regering laat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd inventariseren welke absolute BMI-afkapwaarden zorgaanbieders hanteren, legt vast dat een afkapwaarde die niet herleidbaar is tot een richtlijnaanbeveling geen weigeringsgrond is, en zorgt dat weigeringen op grond van gewicht worden geregistreerd.
3. De regering stelt met de beroepsgroepen en de zorgverzekeraars één landelijke verwijsroute vast van huisarts naar obesitascentrum, met verwijscriteria en een maximale

[87] SiRM, «Terug naar de bedoeling van het instrument. Evaluatie van het instrument beschikbaarheidbijdrage», 22 mei 2025, in opdracht van het ministerie van VWS; Kamerstukken II 2025/26, 29 282, nr. 628 (brief van 20 mei 2026). Het instrument wordt ingezet voor 14 functies, samen ongeveer 3 miljard euro per jaar.
[88] Kamerstukken II 2025/26, 36 983, nr. 2.

wachttijd, en zorgt voor actieve, begrijpelijke en stigmavrije informatie over de behandelmogelijkheden voor patiënten, huisartsen, bedrijfsartsen en verzekerden.

4. De regering verzoekt de Nederlandse Zorgautoriteit de bestaande ketenprestatie voor diabetes type 2 en vasculair risicomanagement te verbreden tot één prestatie voor cardiometabole aandoeningen, waarin obesitas wordt opgenomen, zodat de praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk deze aandoeningen in één zorgprogramma en met één zorgplan per patiënt begeleidt in plaats van met een aparte praktijkondersteuner per aandoening; de obesitaszorg in dat zorgprogramma omvat de signalering, de coördinatie, de begeleiding bij geneesmiddelen en de doorlopende begeleiding na een intensief traject of een bariatrische ingreep.

5. De regering verzoekt de Nederlandse Zorgautoriteit een meerjarige, integrale prestatie voor de behandeling van complexe obesitas vast te stellen, met een naar complexiteit gedifferentieerd tarief naar het model van het Franse *parcours coordonné renforcé*, te starten als experiment met een evaluatie na drie jaar.

6. De regering geeft dat traject vorm als een intensieve fase van enkele maanden, gevolgd door twaalf maanden gestructureerde nazorg en doorlopende begeleiding in de eerste lijn, met meetbare doelbereikcriteria, een maximale vergoede duur en vooraf vastgelegde criteria voor een nieuw intensief traject bij terugval.

7. De regering wijst een begrensd aantal obesitascentra aan als organisatorisch onderdeel van bestaande ziekenhuizen en universitair medische centra, op basis van een landelijk lastenboek en met een spreiding die aansluit bij de ROAZ-regio's, en maakt de nieuwe prestatie uitsluitend declarabel voor aangewezen centra die geen winst uitkeren en niet met private equity worden gefinancierd.

8. De regering richt de bekostiging van de aangewezen obesitascentra in als een gemengd model dat de beschikbaarheid borgt en perverse prikkels zoveel mogelijk beperkt: een vaste vergoeding per centrum, gedurende het experiment te verlenen als beschikbaarheidbijdrage, onder de voorwaarde dat het centrum elke verwezen patiënt die aan de verwijscriteria voldoet in behandeling neemt; het naar complexiteit gedifferentieerde trajecttarief uit beslispunt 5, per fase betaald; en een uitkomstafhankelijk deel van ten hoogste tien procent van dat tarief, als aparte prestatie met een vast tarief, vastgesteld na afloop van de nazorg in het centrum over meerdere jaarcohorten samen, gecorrigeerd voor verschillen in patiëntkenmerken en gemeten over alle patiënten vanaf de intake.

9. De regering borgt dat na bariatrische chirurgie levenslange, bekostigde nazorg beschikbaar is, met een vaste overdracht naar de eerste lijn en een terugverwijspad naar het centrum, brengt de gestructureerde nazorg in de eerste vijf jaar buiten het verplicht eigen risico, en betrekt daarbij uitdrukkelijk de adolescenten die sinds 26 mei 2026 voor deze zorg in aanmerking komen.

10. De regering treft maatregelen om de uitval uit de gecombineerde leefstijlinterventie te verlagen, herziet na advies van het Zorginstituut de nadere voorwaarden zo dat de verplichte leefstijlvoorfase vervalt voor mensen met ernstige obesitas met comorbiditeit en voor medicatiegeïnduceerde obesitas, zodat leefstijlbegeleiding en geneesmiddel daar gelijktijdig starten, en zondert obesitasgeneesmiddelen die binnen een gecombineerde behandeling worden voorgeschreven uit van het verplicht eigen risico.

11. De regering maakt het mogelijk dat gecertificeerde fitnesscentra en andere sport- en beweegaanbieders die aan dezelfde eisen voldoen, op verwijzing van de huisarts of de praktijkondersteuner een laagdrempelige leefstijlbehandeling met begeleid bewegen en

coaching op voeding en gedrag geven, vergoed door de zorgverzekeraar zonder eigen risico en met een deel van de vergoeding dat afhangt van het door de huisartsenpraktijk gemeten gewichtsverlies na twaalf maanden; zij vraagt het Zorginstituut te adviseren over opname van begeleiding bij bewegen in de verzekerde zorg, stelt met het RIVM, de zorgverzekeraars, de huisartsen, de leefstijlcoaches en de branche een certificeringsschema op, en laat de route na drie jaar evalueren.

12. De regering maakt gewichtstoename door geneesmiddelen een vast onderdeel van de medicatiebeoordeling, borgt dat bij de start van gewichtsverhogende psychofarmaca leefstijlbegeleiding en monitoring worden aangeboden, en vraagt het Zorginstituut te beoordelen of medicatiegeïnduceerde obesitas een zelfstandige behandelindicatie rechtvaardigt.

13. De regering verzoekt het Zorginstituut zijn advies over de nieuwe obesitasgeneesmiddelen vóór 1 april 2027 uit te brengen en, naar het model van de Engelse richtlijn TA1026, een vooraf gepubliceerd en gefaseerd instroomschema uit te werken met verplichte gelijktijdige leefstijlbegeleiding, een stopregel en registratie, zodat vergoeding per 1 januari 2028 mogelijk is.

14. De regering zorgt dat vóór het aflopen van de Europese octrooibescherming van semaglutide een prijsinstrumentarium gereed is, met een automatische herijking van de vergoeding bij generieke toetreding, een volume-prijsarrangement en een uitkomstgebonden arrangement, en laat goedkopere toedieningsvormen onderzoeken.

15. De regering past het wetsvoorstel Wet integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders zo aan dat winstuitkering alleen is toegestaan bij aantoonbare herinvestering in de zorg, met inbegrip van verkoopwinsten bij doorverkoop, en zorgt dat afslankmiddelen pas na een consult met een arts voor het eerst online worden voorgeschreven, met handhaving door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

16. De regering vraagt het College voor de Rechten van de Mens te adviseren of gewicht als zelfstandige grond in de gelijkebehandelingswetgeving thuishoort, en laat gewicht opnemen in de periodieke meting van ervaren discriminatie.

17. De regering legt in de werkwijze van de Raad voor de Kinderbescherming en de gecertificeerde instellingen vast dat overgewicht op zichzelf geen grond is voor een kinderbeschermingsmaatregel en dat eerst medische behandeling en gezinsondersteuning worden aangeboden, en brengt in kaart hoe vaak gewicht in verzoeken wordt aangevoerd.

18. De regering dicht de in paragraaf 4.12 genoemde datalacunes, waaronder een gemeten prevalentie van ernstige obesitas, de uitkomsten in de jaren na afloop van de leefstijlinterventie, een register voor obesitasgeneesmiddelen en de langetermijnuitkomsten na bariatrische chirurgie.

19. De regering zoekt dekking voor de lasten binnen het bestaande zorg- en preventiebudget en uitdrukkelijk niet uit een heffing op suikerhoudende voedingsmiddelen, en laat de invoering, de dekking en de effecten op de nominale premie en de inkomensafhankelijke bijdrage doorrekenen door het Centraal Planbureau en het RIVM; zij geeft daarbij aan welk deel van de lasten niet binnen dat budget wordt opgevangen en in premie en bijdrage doorwerkt.

8. Financiële paragraaf

8.1. Uitgangspunten en methode

De initiatiefnemer wil de voorstellen zoveel mogelijk dekken binnen het bestaande zorg- en preventiebudget en uitdrukkelijk niet uit een heffing op suikerhoudende voedingsmiddelen. Deze paragraaf bevat een eigen, indicatieve schatting van de lasten, per onderdeel opgebouwd uit volume maal prijs. In tabel 1 staan de aannames, in de voetnoten de bronnen; het rekenblad is op verzoek beschikbaar. De bedragen en premie-effecten zijn bruto, dus vóór de dekking uit paragraaf 8.5. Alleen lasten onder de Zorgverzekeringswet werken door in de nominale premie en de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB). Registratie, onderzoek en informatie komen ten laste van de VWS-begroting.

Van de 73,6 miljard euro die in 2027 voor de Zorgverzekeringswet moet worden opgebracht, komt 36,4 miljard uit de IAB, 29,9 miljard uit de nominale premie en elk 3,6 miljard uit de rijksbijdrage voor kinderen en het eigen risico.[89] Het ministerie wijst erop dat die verdeling niet zonder meer op een verhoging kan worden toegepast, omdat zij afhangt van het soort uitgaven.[90] In de begroting rekent het extra zorguitgaven voor de helft toe aan de IAB.[91] Het rekenmodel werkt daarom met twee verdeelsleutels: de huidige verdeling en een verdeling van vijftig procent IAB en vijftig procent nominale premie. Het effect op de IAB is het toegerekende bedrag gedeeld door de IAB-grondslag, in het model ongeveer 580 miljard euro. Het effect op de premie is het toegerekende bedrag gedeeld door ongeveer 14,7 miljoen premiebetalers.[92] De gevoeligheden die het ministerie in de begroting publiceert, vallen binnen de bandbreedte van beide sleutels.[93] Voor 2027 liggen de premieparameters hoger, met een IAB van 6,27 procent en een verwachte nominale premie van 2.029 euro per jaar. Het effect per miljoen euro extra lasten verandert daardoor nauwelijks.[94]

8.2. Raming per onderdeel

De raming kent drie scenario's die op elkaar voortbouwen. Scenario A omvat de eerste lijn, de nazorg na bariatrie, de leefstijlinterventie, de leefstijlbehandeling in fitnesscentra, de zorg bij medicatiegeïnduceerd gewicht en het eigen risico voor huidige gebruikers van obesitasgeneesmiddelen. B voegt daar de obesitascentra en de intensieve trajecten aan toe, C de gefaseerde vergoeding van de nieuwe geneesmiddelen, in het eerste jaar en na drie jaar.

---

[89] Kamerstukken II 2026/27, 37 020 XVI, nr. 2, tabel 74, p. 185. Het rekenmodel gebruikt de financieringscijfers voor 2026 die het ministerie van VWS aan de initiatiefnemer heeft verstrekt (IAB € 34,1 miljard, nominale premie € 28,0 miljard, rijksbijdrage kinderen € 3,4 miljard, eigen risico € 3,4 miljard); de verhoudingen zijn vrijwel gelijk.

[90] Ministerie van VWS, technische informatie aan de initiatiefnemer over de financiering van de Zvw (2026).

[91] Kamerstukken II 2026/27, 37 020 XVI, nr. 2, p. 190.

[92] De grondslag is een eigen raming in het rekenmodel. Het aantal premiebetalers volgt uit de opbrengst van de nominale premie gedeeld door de gemiddelde nominale premie: in het rekenmodel € 28,0 miljard gedeeld door € 1.908. Met de cijfers voor 2026 uit de begroting 2027 (€ 27,6 miljard, tabel 74, en € 1.879, tabel 77) komt het op hetzelfde aantal uit.

[93] In de VWS-begroting leidt 1,7 miljard euro minder premiedemping in 2027 tot 0,15 procentpunt IAB en € 52 nominale premie (Kamerstukken II 2026/27, 37 020 XVI, nr. 2, tabel 76 en toelichting, p. 189-190). Het rekenmodel komt op 0,15 procentpunt en € 47 bij de huidige verdeling en op 0,15 procentpunt en € 58 bij de vijftig-vijftigverdeling.

[94] Kamerstukken II 2026/27, 37 020 XVI, nr. 2, tabel 77, p. 192.

Tabel 1. Raming per onderdeel, structurele lasten in miljoenen euro per jaar[95]

Onderdeel (beslispunt)	Aanname	€ mln	Sc.
Obesitaszorg door de praktijkondersteuner, cardiometabool zorgprogramma (4)	300.000 patiënten × € 190	57,0	A
Nazorg bariatrie in het centrum, jaar 3 tot en met 5, terugverwijzing en adolescenten (9)	ca. 17.000 extra controles × € 250; terugverwijzing en adolescenten € 3,25 mln	7,5	A
Geen eigen risico op gestructureerde nazorg bariatrie, jaar 1 tot en met 5 (9)	45.000 patiënten × € 150	6,8	A
Nazorg bariatrie in de eerste lijn vanaf jaar 6 (9)	60.000 patiënten × € 120	7,2	A
Maatwerk in de leefstijlinterventie (10)	€ 7,5 mln, bijna 15% van de uitgaven in 2024	7,5	A
Geen eigen risico op obesitasgeneesmiddelen, huidige gebruikers (10)	27.000 × € 200	5,4	A
Leefstijlbehandeling in gecertificeerde fitnesscentra (11)	20.000 deelnemers × € 500	10,0	A
Medicatiegeïnduceerd gewicht (12)	50.000 starters × € 100	5,0	A
Centrumfunctie obesitascentra (7, 8)	11 centra × € 2,5 mln	27,5	B
Intensieve trajecten met een jaar nazorg (5, 6)	4.500 × € 8.000	36,0	B
Nieuwe geneesmiddelen, gefaseerd (13, 14)	jaar 1: 20.000; na drie jaar: 70.000; × € 2.000	40,0 / 140,0	C
Geen eigen risico, nieuwe gebruikers (10)	20.000 / 70.000 × € 200	4,0 / 14,0	C
Totaal Zvw	A / B / C jaar 1 / C na drie jaar	**106 / 170 / 214 / 324**	
Registratie, onderzoek en informatie (2, 3, 16, 18), VWS-begroting	budget	4,0	

De grootste afzonderlijke post naast de geneesmiddelen is de obesitaszorg door de praktijkondersteuner. De initiatiefnemer gaat uit van 300.000 deelnemers, ongeveer een op de acht volwassenen met obesitas. Daaronder vallen de nieuwe gebruikers van geneesmiddelen, die naast het middel leefstijlbegeleiding krijgen, en de patiënten na bariatrie. De aparte post voor nazorg in de eerste lijn in tabel 1 betreft alleen de jaarlijkse controle met bloedonderzoek volgens het nazorgprotocol, bovenop die begeleiding. Ter vergelijking: een behandeling bij de praktijkondersteuner ggz kost gemiddeld 485 euro per patiënt.[96] Een deel van deze patiënten zit al in de keten voor diabetes of vasculair risicomanagement. Voor hen zijn de meerkosten lager, maar de raming houdt daar geen rekening mee en is op dit punt dus aan de hoge kant.

Voor de leefstijlbehandeling in fitnesscentra rekent de initiatiefnemer met 20.000 deelnemers per jaar, ruim de helft van het aantal mensen dat in 2022 met de GLI begon, en 500 euro per deelnemer voor een programma van een jaar. Ter vergelijking: een volledige GLI van twee jaar

[95] Toelichting op de aannames. Praktijkondersteuner: ongeveer 2,5 uur begeleiding per patiënt per jaar tegen ongeveer € 75 per uur, inclusief overhead. Nazorg in het centrum: drie cohorten van ongeveer 11.500 patiënten, van wie nu ongeveer de helft in jaar 3 tot en met 5 in beeld is. Eigen risico op de nazorg in jaar 1 tot en met 5: ongeveer 45.000 deelnemende patiënten, gemiddeld € 150 per jaar. Nazorg in de eerste lijn: ongeveer 60.000 patiënten meer dan vijf jaar na de ingreep (stand na drie jaar), met een jaarlijkse controle en bloedonderzoek. Eigen risico op geneesmiddelen: per gebruiker wordt de helft van het maximale eigen risico van 2027 aan het geneesmiddel toegerekend. Centrumfunctie: coördinatie, registratie, de eisen uit het lastenboek en een volledig team, ook bij een kleiner verzorgingsgebied. Leefstijlbehandeling in fitnesscentra: € 500 per deelnemer, waarvan € 100 afhankelijk van het resultaat; volledige uitbetaling verondersteld. De onder- en bovengrens per onderdeel staan in het rekenblad.

[96] NZa, kerncijfers ggz 2024, aangehaald in R. Prudon, ESB 111 (4862), 3 juni 2026, p. 490-493.

kost bij de tarieven die Salland in 2026 voor niet-gecontracteerde zorg hanteert bijna 1.300 euro.[97] Ook hier gaat de raming uit van volledige uitbetaling van het uitkomstafhankelijke deel. De bandbreedte is 10.000 tot 40.000 deelnemers en 400 tot 600 euro per deelnemer.

Voor de geneesmiddelen rekent de initiatiefnemer met een gemiddelde nettoprijs van 2.000 euro per patiënt per jaar over de vergoede middelen samen. Het Zorginstituut rekende in 2024 voor semaglutide met de vraagprijs van ongeveer 2.750 euro per patiënt per jaar in de onderhoudsfase. De huidige apotheekprijzen liggen ruim boven de 2.000 euro: ongeveer 2.400 euro per jaar voor semaglutide en 5.600 euro voor tirzepatide. De 2.000 euro is dus de inzet van het volume-prijsarrangement uit beslispunt 14 en geen gegeven. Voor de varianten in tabel 3 is aangenomen dat ongeveer de helft van de gebruikers semaglutide krijgt en de helft tirzepatide. Het volume volgt de Engelse fasering. Daar stromen in drie jaar ongeveer 220.000 van de 3,4 miljoen mensen in de doelgroep in, ongeveer 6,5 procent. Op de Nederlandse doelgroep voor de eerste fase, naar schatting ruim een miljoen mensen, komt dat neer op 65.000 tot 70.000 patiënten. De raming rekent met ongeveer 20.000 patiënten in het eerste jaar en 70.000 na drie jaar. Uitval door de stopregel is daarbij niet verondersteld.

Voor het intensieve traject bestaat nog geen Nederlands tarief. De initiatiefnemer rekent met 8.000 euro per traject, inclusief een jaar nazorg in het centrum. Dat ligt ruim boven het Franse forfait van 1.126 tot 1.769 euro (paragraaf 4.6), omdat de intensieve fase hier dagbehandeling in een centrum omvat. Het aantal is gesteld op 4.500 trajecten per jaar, ongeveer 400 per centrum, met een bandbreedte van 3.000 tot 6.000 trajecten en 5.000 tot 10.000 euro per traject. Wie voor elk onderdeel de lage en de hoge aanname neemt, komt voor scenario C na drie jaar uit tussen ongeveer 210 en 440 miljoen euro per jaar.

Het gemengde bekostigingsmodel uit beslispunt 8 verandert de raming niet. De vaste vergoeding per centrum is de centrumfunctie uit tabel 1, en het uitkomstafhankelijke deel valt binnen de 8.000 euro per traject. De raming gaat uit van volledige uitbetaling. Een beschikbaarheidbijdrage komt rechtstreeks ten laste van het Zorgverzekeringsfonds en telt mee in de Zvw-uitgaven; zij werkt daardoor op dezelfde manier door in de premie en de IAB (paragraaf 8.3).

8.3. Effect op de nominale premie en de inkomensafhankelijke bijdrage

Tabel 2 geeft het bruto-effect per scenario, dus vóór de dekking uit paragraaf 8.5. De lage waarde hoort bij de huidige verdeling, de hoge bij de vijftig-vijftigverdeling. Scenario D is uitdrukkelijk geen voorstel en bouwt niet voort op A tot en met C. Het is het hoogste scenario uit het advies van het Zorginstituut uit 2024: vergoeding van semaglutide voor iedereen die voor de leefstijlinterventie in aanmerking komt, zonder voorafgaand jaar leefstijlinterventie en zonder voorrang naar ziektelast. Het Zorginstituut verwacht dan in het derde jaar 669.880 gebruikers.

[97] RIVM, «Monitor Gecombineerde Leefstijlinterventie 2024», figuur 4: 36.482 deelnemers gestart in 2022. Salland Zorgverzekeringen, «Tarieven niet-gecontracteerde zorg 2026: gecombineerde leefstijlinterventie»: intake € 90,28, behandelfase € 196,74 en onderhoudsfase € 102,51 per kwartaal, samen € 1.287 voor twee jaar.

Tabel 2. Bruto-effect op de IAB en de nominale premie, vóór dekking, prijspeil 2026

Scenario	Zvw-lasten (€ mln)	IAB (%-punt)	Nominale premie (€ per maand)	Modaal, alleenstaand (€ per jaar)
A	106	+0,009	0,25 tot 0,30	7 tot 8
B	170	+0,014 tot 0,015	0,39 tot 0,48	12 tot 13
C, jaar 1	214	+0,018	0,49 tot 0,61	15 tot 16
C, na drie jaar	324	+0,028	0,75 tot 0,92	22 tot 24
D, Zorginstituut 2024: alleen semaglutide, hoogste scenario (geen voorstel)	1.300	+0,11	3,00 tot 3,69	89 tot 98

Zonder dekking verhoogt het volledige pakket na drie jaar de IAB met ongeveer 0,028 procentpunt, van 6,10 naar ongeveer 6,13 procent op basis van 2026, en de gemiddelde nominale premie met 75 tot 92 cent per maand.[98] Voor een alleenstaande werknemer met een modaal inkomen is dat 22 tot 24 euro per jaar, waarvan ongeveer 13 euro via de bijdrage. Bij twee keer modaal gaat het om 31 tot 33 euro, voor tweeverdieners die elk modaal verdienen om 44 tot 49 euro. De zorgtoeslag beweegt mee met de standaardpremie, zodat huishoudens met zorgtoeslag de hogere premie via een hogere toeslag terugkrijgen.[99] Zij dragen alleen de hogere bijdrage, bij een inkomen op minimumloonniveau ongeveer 7,80 euro per jaar.[100] Scenario D, alleen geneesmiddelen zonder voorrang naar ziektelast, kost een modaal huishouden ongeveer vier keer zoveel als het volledige pakket van deze nota, omdat daarin na drie jaar bijna tien keer zoveel mensen een geneesmiddel krijgen.

8.4. Gevoeligheid voor prevalentie, volume en prijs

De raming hangt vooral af van het aantal mensen met obesitas, het aantal gebruikers van de nieuwe geneesmiddelen en hun prijs. Tabel 3 laat varianten zien ten opzichte van scenario C na drie jaar, eveneens vóór dekking.

Tabel 3. Gevoeligheid van scenario C na drie jaar, vóór dekking

Variant	Zvw-lasten (€ mln)	Nominale premie (€ per maand)	IAB (%-punt)
Scenario C na drie jaar	324	0,75 tot 0,92	+0,028
Obesitas stijgt naar 21 procent (RIVM, 2040, zonder Preventieakkoord)	403	0,93 tot 1,14	+0,034 tot 0,035
Geen prijsarrangement: apotheekprijs, de helft semaglutide en de helft tirzepatide	464	1,07 tot 1,32	+0,040
Ruimere fasering: 150.000 gebruikers	500	1,15 tot 1,42	+0,043
Idem, na generieke toetreding: semaglutide tegen 35 procent van de huidige apotheekprijs	413	0,95 tot 1,17	+0,035 tot 0,036

Stijgt het aandeel volwassenen met obesitas naar de 21 procent die het RIVM voor 2040 raamt in een scenario zonder de afspraken uit het Preventieakkoord, dan wordt scenario C ongeveer een kwart duurder. De praktijkondersteuner, de leefstijlbehandeling in fitnesscentra, de nazorg in de eerste lijn en de geneesmiddelen groeien immers mee met het aantal patiënten.[101] Zonder prijsarrangement kost hetzelfde volume 140 miljoen euro per jaar meer. Elke 100.000 extra

[98] Het IAB-percentage van 6,10 voor 2026: Kamerstukken II 2026/27, 37 020 XVI, nr. 2, tabel 77, p. 192.
[99] Kamerstukken II 2026/27, 37 020 XVI, nr. 2, p. 131.
[100] Uitkomsten van het rekenmodel bij een modaal inkomen van € 48.000 (CPB-raming voor 2026) en, voor het minimumloon, een rekenvoorbeeld van € 28.000 per jaar. Voor werknemers is de IAB formeel een werkgeversheffing; zij is hier als last van het huishouden opgenomen. De bijdrage is gemaximeerd op een bijdrage-inkomen van € 79.409 in 2026 (Stcrt. 2025, 38055).

gebruikers kosten bij de aangenomen prijs ongeveer 220 miljoen euro per jaar, inclusief het eigen risico dat niet meer wordt geïnd. Na generieke toetreding van semaglutide daalt het bedrag van de ruimere variant met bijna 90 miljoen euro, mits de vergoeding dan direct wordt herijkt. Het prijsinstrumentarium uit paragraaf 4.5 is daarmee een voorwaarde om de fasering later te kunnen verruimen. Ook de instroom in de chirurgie telt: elk jaar komen er ruim 11.500 primaire bariatrische ingrepen bij, en elk cohort vergroot de groep die levenslang nazorg nodig heeft.

8.5. Dekking

De raming gaat al uit van fasering, een gemiddelde nettoprijs die een prijsarrangement vergt en een maximale vergoede duur van het intensieve traject. Daarnaast stelt de initiatiefnemer de volgende dekking voor:

- een automatische herijking van de vergoeding bij generieke toetreding: als semaglutide vanaf 2031 naar 35 procent van de huidige apotheekprijs daalt, levert dat bij 35.000 gebruikers van dat middel ongeveer 40 miljoen euro per jaar op (beslispunt 14);
- toepassing van de stopregel bij de geneesmiddelen: de raming rekent met 70.000 gebruikers zonder uitval, zodat elke gebruiker die bij onvoldoende effect stopt, de lasten verlaagt (beslispunt 13);
- substitutie: het intensieve traject en de praktijkondersteuner vervangen herhaalde leefstijltrajecten en een deel van de huidige losse zorg, een deel van de deelnemers aan de leefstijlbehandeling in fitnesscentra zou anders een GLI volgen, en betere nazorg moet het aantal heringrepen na bariatrie terugdringen, in 2024 nog 1.301;
- herschikking binnen de preventiemiddelen op artikel 1 van de VWS-begroting voor de 4 miljoen euro aan registratie, onderzoek en informatie.

Voor het deel dat deze posten niet opvangen, vraagt de initiatiefnemer de regering dekking te vinden binnen het Budgettair Kader Zorg, met besparingen elders in het verzekerde pakket. Lukt dat niet volledig, dan werkt het restant door in premie en bijdrage, ten hoogste zoals in tabel 2. De lasten liggen dan bij alle verzekerden samen, naar draagkracht via de inkomensafhankelijke bijdrage, en niet bij wie suikerhoudende producten koopt.

8.6. Wat obesitas nu kost

De raming hierboven gaat alleen over wat de voorstellen kosten. Een officiële raming van wat obesitas de samenleving nu al kost, inclusief verzuim en arbeidsongeschiktheid, ontbreekt (paragraaf 4.12). Het RIVM raamt alleen de zorguitgaven die aan overgewicht zijn toe te schrijven. Tabel 4 geeft een indicatie op basis van de beste beschikbare bronnen, per persoon waar dat kan.

[101] Zie de bronnen bij paragraaf 3.1. In deze variant zijn de volumegebonden posten (praktijkondersteuner, leefstijlbehandeling in fitnesscentra, nazorg in de eerste lijn, eigen risico en geneesmiddelen) vermenigvuldigd met 21/15,7; voor de overige posten is de capaciteit bepalend.

Tabel 4. Indicatieve kosten van obesitas en enkele gevolgziekten

Kostenpost	Indicatie	Bron
Zorguitgaven die het RIVM toeschrijft aan overgewicht (BMI 25 of hoger), heel Nederland	€ 1,5 miljard (2022)	RIVM (2025)[102]
Extra zorgkosten van een persoon met obesitas, vergeleken met een gezond gewicht	ruim een derde hoger; geneesmiddelen twee derde hoger	Kent e.a. (2017)[103]
Idem, in euro (België, vergelijkbaar stelsel)	ca. € 1.000 per jaar	Gorasso e.a. (2022)[104]
Extra verzuimkosten van een werkende met obesitas (België)	ca. € 2.000 per jaar	Gorasso e.a. (2022)
Extra verzuim van een werknemer met obesitas (Nederland)	14 dagen per jaar	Jans e.a. (2007)[105]
Zorgkosten van een persoon met diabetes type 2: alleen specialistische zorg en geneesmiddelen	ruim € 3.800 per jaar (2018)	Geurten e.a. (2022)[106]
Economische last van diabetes (type 1 en 2), heel Nederland	€ 6,8 miljard (2016), waarvan € 4,0 miljard buiten de zorg	Peters e.a. (2017)[107]
Zorgkosten van een persoon met diabetes type 2 in het jaar van een maagverkleining	mediaan ca. € 13.000	Monpellier e.a. (2024)[108]

De kosten lopen grotendeels via de ziekten die obesitas veroorzaakt of verergert. Volwassenen met obesitas hebben tien tot twintig keer zoveel kans op diabetes type 2 als mensen zonder overgewicht.[109] Bij mensen met diabetes type 2 gaat bijna een zesde van de specialistische zorguitgaven naar de cardiologie.[110] Knieartrose wordt bij een kwart tot de helft van de patiënten veroorzaakt door overgewicht, en bij 31 tot 43 procent van de mensen die een gewrichtsvervangende operatie ondergaan, is obesitas de oorzaak.[111] Voor werkgevers en de sociale zekerheid tellen vooral verzuim en arbeidsongeschiktheid. Obesitas hangt samen met vaker en langer verzuim en met productiviteitsverlies op het werk.[112] Recente Nederlandse

[102] RIVM, VZinfo, «Ziektelast in daly's: bijdrage risicofactoren», gewijzigd 4 november 2025, op basis van M. Buijs e.a., Zorguitgaven 2022 en determinanten van gezondheid (RIVM, 2025). Het bedrag omvat alleen zorguitgaven.
[103] S. Kent e.a., «Body mass index and healthcare costs: a systematic literature review of individual participant data studies», Obesity Reviews 2017;18(8):869-879: mediane toename van de totale zorgkosten met 12 procent bij overgewicht en 36 procent bij obesitas, voor geneesmiddelen met 18 en 68 procent.
[104] V. Gorasso e.a., «Health care costs and lost productivity costs related to excess weight in Belgium», BMC Public Health 2022;22:1693. Belgische gezondheidsenquête 2013 gekoppeld aan verzekeringsgegevens over 2013-2017. Zorgkosten: € 1.015 (95%-betrouwbaarheidsinterval € 343 tot € 1.697) per persoon met obesitas per jaar, na correctie voor onder meer leeftijd, geslacht en opleiding. Verzuimkosten: € 2.015 (95%-betrouwbaarheidsinterval € 179 tot € 4.336) per werkende met obesitas per jaar, zonder die correctie.
[105] M.P. Jans e.a., «Overweight and obesity as predictors of absenteeism in the working population of the Netherlands», Journal of Occupational and Environmental Medicine 2007;49(9):975-980; cohort van 1.284 werknemers.
[106] R.J. Geurten e.a., «Delineating the type 2 diabetes population in the Netherlands using an all-payer claims database: specialist care, medication utilization and expenditures 2016-2018», PharmacoEconomics Open 2022;6(2):219-229: in 2018 € 2.498 miljoen aan specialistische zorg (waarvan € 391 miljoen cardiologie) en € 931 miljoen aan geneesmiddelen voor 900.522 mensen met diabetes type 2; eigen berekening per persoon. Huisartsenzorg en ketenzorg komen daar nog bij.
[107] M.L. Peters e.a., «The current total economic burden of diabetes mellitus in the Netherlands», Netherlands Journal of Medicine 2017;75(7):281-297; 1,1 miljoen mensen met diabetes. Twee van de vier auteurs waren in dienst van Novo Nordisk; het onderzoek is door Novo Nordisk gefinancierd. De kosten buiten de zorg zijn productiviteitsverlies, uitkeringen en kosten van complicaties.
[108] V.M. Monpellier e.a., «Evaluation of healthcare utilisation and expenditures in persons with type 2 diabetes undergoing bariatric-metabolic surgery», Obesity Surgery 2024;34:723-732.
[109] Kamerstukken II 2022/23, 32 793, nr. 642.
[110] Geurten e.a. (zie tabel 4): € 391 miljoen van € 2.498 miljoen in 2018.
[111] J. Runhaar, M. Landsmeer en S. Bierma-Zeinstra, «Obesitas leidt tot knieartrose: tijd voor preventie!», Huisarts en Wetenschap 2023;66(4).

cijfers over verzuim naar gewicht ontbreken; de veertien extra verzuimdagen in tabel 4 komen uit 2007.

Behandeling kan een deel van die kosten voorkomen. In de SELECT-studie kregen mensen met overgewicht of obesitas en bestaande hart- en vaatziekten die semaglutide gebruikten in ruim drie jaar minder vaak een hartinfarct, beroerte of hart- en vaatsterfte: 6,5 tegen 8,0 procent. Een bloedsuiker in het diabetesbereik kwam bij hen voor bij 3,5 procent, tegen 12,0 procent zonder het middel.[113] Mensen met diabetes type 2 die in 2016 een maagverkleining kregen, hadden in de jaren daarna stabiele zorgkosten. Bij vergelijkbare diabetespatiënten zonder ingreep stegen die in dezelfde periode met ongeveer 8 procent.[114]

Dat maakt behandeling niet vanzelf een besparing. Per jaar kost iemand met obesitas meer zorg dan iemand met een gezond gewicht. Over het hele leven ligt dat anders, omdat wie gezonder en langer leeft in de gewonnen jaren ook zorg gebruikt.[115] De initiatiefnemer rekent de baten daarom niet als dekking. Het argument voor behandeling is gezondheid, kwaliteit van leven en werk. Dat de zorguitgaven op termijn minder hard stijgen, is mogelijk, maar niet zeker.

8.7. Wat niet is geraamd

Niet in deze raming zitten de baten uit paragraaf 8.6, zoals minder diabetes, hart- en vaatziekten en artrose, minder verzuim en meer arbeidsparticipatie. Die vallen grotendeels na de looptijd van de raming en deels buiten de zorg. Ook ontbreken de uitkomst van de pakketbeoordeling en de prijsonderhandeling, de hogere zorgtoeslag, die ten laste van de Rijksbegroting komt, en de uitvoeringskosten bij het Zorginstituut, de Nederlandse Zorgautoriteit, de Inspectie en de jeugdbescherming, en de kosten van het certificeringsschema voor fitnesscentra. De initiatiefnemer gaat ervan uit dat die uitvoeringskosten binnen de bestaande budgetten passen.

De uitkomsten in deze paragraaf zijn daarom indicatief. Zij hangen sterk af van de prevalentie en de incidentie van obesitas in de komende jaren. De initiatiefnemer verzoekt de regering de invoering, de dekking en de effecten op de nominale premie en de IAB formeel te laten doorrekenen door het Centraal Planbureau en het RIVM (beslispunt 19), zodat de Kamer over een officiële raming beschikt.

Claassen

[112] S.J.W. Robroek e.a., «The role of obesity and lifestyle behaviours in a productive workforce», Occupational and Environmental Medicine 2011;68(2):134-139; 10.624 werknemers in 49 bedrijven.
[113] A.M. Lincoff e.a., «Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes», New England Journal of Medicine 2023;389:2221-2232; 17.604 deelnemers. Het onderzoek is gefinancierd door de fabrikant.
[114] Mediane totale zorgkosten van € 3.156 naar € 3.120 bij 1.751 geopereerde patiënten, tegen van € 3.174 naar € 3.434 bij 3.502 vergelijkbare patiënten zonder ingreep; zie de bron bij tabel 4.
[115] P.H.M. van Baal e.a., «Lifetime medical costs of obesity: prevention no cure for increasing health expenditure», PLoS Medicine 2008;5(2):e29; M. Hoogendoorn, M. Galekop en P. van Baal, «The lifetime health and economic burden of obesity in five European countries: what is the potential impact of prevention?», Diabetes, Obesity and Metabolism 2023;25(8):2351-2361.