



WOR 1277

Onderzoek risicoverevening 2026  
Berekening Normbedragen

*Rapport in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*

*Eindrapportage*

Amsterdam, 30 september 2025

### Vooraf

Het risicovereveningssysteem speelt een essentiële rol binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het risicovereveningssysteem wordt ingezet om risicoselectie door verzekeraars tegen te gaan. Sinds de invoering van de Zvw in 2006 is het vereveningsmodel voortdurend uitgebreid en verbeterd, met als doel de effectiviteit van het systeem te verhogen. Dit proces verloopt volgens een jaarlijkse cyclus van verschillende deelonderzoeken. De onderzoekscyclus voor het vaststellen van de normbedragen voor 2026 bestond uit vier fasen:

1. De 'Gegevensfase' (WOR 1273) omvat het controleren, verwerken en koppelen van nieuwe onderzoeksdata, waaronder kostengegevens van 2023. Dit levert de onderzoeksbestanden op die worden gebruikt in de OT- en Normbedragenfase.
2. De 'Pre Overall Toets' (Pre-OT, WOR 1262) richt zich op het analyseren van de gezamenlijke impact van mogelijke wijzigingen in het somatisch model. Dit gebeurde op basis van het onderzoeksbestand met kostengegevens uit 2022.
3. 'Overall Toets' (OT, WOR 1275): in deze fase worden met de nieuwe onderzoeksdata de voorgestelde modelvarianten voor 2026 doorgerekend en beoordeeld. Ook wordt gekeken naar de stabiliteit van de modelaanpassingen.
4. 'Berekening Normbedragen' (WOR 1277): de definitieve vereveningsmodellen voor 2026 worden doorgerekend, inclusief herschaling op basis van de verzekerdensraming en het macroprestatiebedrag (MPB) 2026. Het resultaat zijn de definitieve normbedragen.

Voor elk van deze vier fasen is het resultaat weergegeven in een afzonderlijke rapportage. De resultaten van de Normbedragenfase staan in deze rapportage.

### Soepele overgang onderzoek risicoverevening

Vanaf dit jaar is de uitvoering van het onderzoek ten behoeve van de risicoverevening overgedragen van ESHPM, die dit vele jaren heel zorgvuldig en degelijk uitgevoerd heeft, aan Gupta Strategists. ESHPM is dit jaar betrokken gebleven in een adviserende rol ten behoeve van een zorgvuldige overdracht. Wij spreken onze dank uit voor deze waardevolle bijdrage.

Voorafgaand aan de huidige vereveningscyclus hebben wij onze systemen uitvoerig getest, onder meer door de resultaten van vorig jaar volledig te reproduceren in onze systemen (we gebruiken R in plaats van SAS). Dat wil zeggen dat we alle gegevensbestanden uit de Gegevensfase van vereveningsmodel 2025 bij VWS, Vektis en ZIN opgevraagd hebben, waarmee we (na enkele aanpassingen en aanvullende informatie van ESHPM) hebben kunnen valideren dat hiermee alle prevalenties en kosten exact overeenkomen met de gegevens zoals die in het OT-bestand 2025 beland zijn. Voor

---

de Normbedragenfase is vervolgens op basis van de verzekerdensraming en het MPB 2025 de RAS-methodiek gereproduceerd. Op individuniveau is het maximale verschil tussen onze herweging van het OT-bestand van 2025 en die van ESHPM kleiner dan  $5 \cdot 10^{-6}$  (verschillen worden verklaard door hanteren van andere software).<sup>1</sup> De resulterende normbedragen komen exact (tot 5 cijfers achter de komma<sup>2</sup>) overeen met de normbedragen zoals gerapporteerd in WOR 1222. Hiermee hebben we het vertrouwen dat we de kwaliteit van het werk van ESHPM kunnen voortzetten en minimaliseren we het risico op fouten in het onderzoek voor dit jaar en komende jaren.

Tenslotte, voor een soepele overgang voor betrokkenen en lezers, sluiten wij in de rapportages dit jaar zoveel mogelijk aan bij de rapportages van voorgaande jaren. Ook op dit vlak willen we ESHPM dus graag bedanken voor hun werk de afgelopen jaren. We bedanken ook de andere WBR-leden voor hun waardevolle input op eerdere versies van de rapportages van dit jaar.

---

<sup>1</sup>Totale absolute som van afwijkingen in verzekerdensramingen voor de ruim 17 miljoen regels is ca. 1,2. De gemiddelde afwijking op individueel niveau is daarmee kleiner dan  $1 \cdot 10^{-7}$ .

<sup>2</sup>We kunnen tot 5 cijfers achter de komma valideren op basis van de SAS log-bestanden aangeleverd door ESHPM.

## Inhoudsopgave

<b>Afkortingen</b>	<b>1</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>3</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>4</b>
1.1 Doelstelling . . . . .	4
1.2 Bevindingen data (Gegevensfase) . . . . .	4
1.3 Bevindingen model (OT-fase) . . . . .	5
1.4 Leeswijzer . . . . .	5
<b>2 Vereveningsmodel voor somatische zorg</b>	<b>7</b>
2.1 Inleiding . . . . .	7
2.2 Opbouw model . . . . .	8
2.3 Herweging naar verzekerenraming 2026 . . . . .	13
2.4 Schaling naar macroprestatiebedrag 2026 . . . . .	14
<b>3 Vereveningsmodel voor ggz</b>	<b>17</b>
3.1 Inleiding . . . . .	17
3.2 Opbouw model . . . . .	17
3.3 Herweging naar verzekerenraming 2026 . . . . .	20
3.4 Schaling naar macroprestatiebedrag 2026 . . . . .	21
<b>4 Vereveningsmodel voor eigen betalingen onder het verplicht eigen risico</b>	<b>22</b>
4.1 Inleiding . . . . .	22
4.2 Opbouw model . . . . .	22
4.3 Herweging naar verzekerenraming 2026 . . . . .	23
4.4 Schaling naar macroprestatiebedrag 2026 . . . . .	24
<b>5 Plausibiliteit normbedragen 2026</b>	<b>26</b>
5.1 Inleiding . . . . .	26
5.2 Somatisch model . . . . .	26
5.3 Ggz-model . . . . .	31
5.4 Eigen-risicomodel . . . . .	34
<b>Bijlage A Toelichting RAS-methode</b>	<b>35</b>
<b>Bijlage B Normbedragen</b>	<b>37</b>
B.1 Normbedragen vereveningsmodel variabele zorgkosten . . . . .	38
B.2 Normbedragen vereveningsmodel variabele zorgkosten bij toepassing van HKC . . . . .	46

B.3 Normbedragen vereveningsmodel geneeskundige ggz . . . . .	54
B.4 Normbedragen vereveningsmodel geneeskundige ggz bij toepassing van HKC . . . . .	59
B.5 Normbedragen vereveningsmodel voor de eigen betalingen ten gevolge van het verplicht eigen risico . . . . .	64
<b>Referenties</b>	<b>67</b>

## Afkortingen

ATC-code	Code voor Anatomisch Therapeutisch Chemisch Classificatie; een indeling voor geneesmiddelen
AVI	Aard Van het Inkomen (vereveningskenmerk, in interactie met leeftijd)
BASIC	Databestand met zorgkosten en kenmerken van Zvw-verzekerden
CR	Constrained regression (methode om restricties op te leggen aan de coëfficiënten van een regressie-analyse)
CVRM	Cardiovasculair Risicomanagement (risicoklasse van FKG)
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DDD	Defined Daily Dose; Standaarddagdosering medicatie
DKG	Diagnosekostengroep (vereveningskenmerk)
EHK	Extreem Hoge Kosten voor specifieke, dure geneesmiddelen (onderdeel van FKG)
ELV	Eerstelijnsverblijf
ESHPM	Erasmus School of Health Policy en Management
FDG	Fysiotherapiediagnosegroepen (vereveningskenmerk)
FKG	Farmaciekostengroepen (vereveningskenmerk)
GGAV	Gewogen Gemiddelde Absolute Verandering (veelal tussen de kosten of prevalenties van twee jaren; beoordelingsmaatstaf)
Ggz	(Geneeskundige) Geestelijke Gezondheidszorg (inclusief 2de en 3de jaar intramurale ggz)
GRZ	Geriatrische Revalidatiezorg
GZSP	Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntengroepen
HHK	Historische hulpmiddelenkosten (vereveningskenmerk)
HKC	Hogekostencompensatie
HKG	Hulpmiddelenkostengroepen (oud vereveningskenmerk; model 2024 en eerder)
HSM	Historische Somatische Morbiditeit (vereveningskenmerk)
IBZ	Indicator Bevalling en/of Zwangerschap (vereveningskenmerk)
IVA	Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten (onderdeel van AVI)
LG	Leeftijd en geslacht (vereveningskenmerk)
MFK	Meerjarige extramurale Farmaciekosten (kenmerk voor constrained regression)
MHK	Meerjarig Hoge Kosten (vereveningskenmerk)
MPB	Macroprestatiebedrag
MVV	Meerjarige V&V-kosten (vereveningskenmerk)
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OKH	Ontbrekende kostenhistorie (vereveningskenmerk per 2026)
OLS	Ordinary Least Squares (de kleinste-kwadratenmethode)
OT	Overall Toets van het risicovereveningsonderzoek
PPA	Personen Per Adres (vereveningskenmerk, in interactie met leeftijd)
Pre-OT	Onderzoek waarin potentiële aanpassingen samenkomen, gaat vooraf aan OT

QZ	Databestand van Vektis met detailinformatie over ziekenhuisnota's van Zvw-verzekerden; bevat ook de declaraties van GRZ en eerstelijnsdiagnostiek
SES	Sociaaleconomische Status (vereveningskenmerk, in interactie met leeftijd)
V&V	Extramurale Verpleging en persoonlijke Verzorging (ook wel: wijkverpleging)
WBR	Werkgroep Beleid Risicoverevening
Wlz	Wet langdurige zorg
WOR	Werkgroep Onderzoek/Ontwikkeling Risicoverevening
ZIN	Zorginstituut Nederland
ZPM	Zorgprestatie model (voor bekostiging van ggz per 2022)
Zvw	Zorgverzekeringswet

## Managementsamenvatting

Deze rapportage beschrijft de berekening van de definitieve normbedragen van de risicovereveningsmodellen voor 2026 (exclusief het SEI-kenmerk). Dit zijn het model voor somatische zorg, het model voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en het model voor de eigen betalingen onder het verplichte eigen risico van 385 euro (het 'eigen-risicomodel').

Voor het berekenen van de normbedragen maken we gebruik van de onderzoeksbestanden die zijn samengesteld in de Gegevensfase (WOR 1273). In de Overall Toets (OT, WOR 1275) zijn de modellen, inclusief wijzigingen voor vereveningsjaar 2026, op de nieuwe data getoetst. In deze laatste fase maken we gebruik van de verzekerdensraming voor 2026 opgesteld door het Zorginstituut Nederland (ZIN) en het macroprestatiebedrag (MPB) voor 2026 vastgesteld door het ministerie van VWS. Voor de berekening van de definitieve normbedragen wordt in de onderzoeksbestanden de indeling van de verzekerdensraming herwogen naar de verzekerdensraming en worden de kosten in de modellen geschaald naar het MPB. Hiermee zijn de normbedragen zo goed mogelijk representatief voor het vereveningsjaar.

Bijlage B bevat de definitieve normbedragen voor alle modellen. Deze normbedragen hebben we getoetst op plausibiliteit. We vergelijken hiervoor onder andere de normbedragen van dit jaar met die van 2025. Voor alle drie modellen geldt dat de grote veranderingen in de normbedragen telkens goed verklaard kunnen worden op basis van kostenontwikkelingen, modelwijzigingen of effecten van schaling/herweging. Hiermee achten we de ontwikkeling van de normbedragen plausibel.

Voor het somatisch model is de gewogen gemiddelde absolute verandering (GGAV) in normbedragen tussen het definitieve model 2025 en 2026 32,7. Dit is vergelijkbaar met vorig jaar en wordt veroorzaakt door overstap van data (GGAV van 15,2) en aanpassingen in het model (GGAV van 19,1). Daarnaast speelt ook de herweging naar de verzekerdensraming en schaling naar het MPB mee (GGAV van 12,6). Met name over het MHK-, FKG- en DKG-kenmerk wordt minder geld verdeeld: de normbedragen van de afslagklassen van deze kenmerken stijgen.

Voor het ggz-model is de GGAV tussen het definitieve model 2025 en 2026 8,8. Dit is lager dan vorig jaar, toen de GGAV 13,1 bedroeg. Dit sluit aan bij de resultaten uit de OT-fase, waarin we zagen dat de normbedragen zich dit jaar stabielier hebben ontwikkeld dan vorig jaar. Ook dit jaar zien we grote veranderingen in de normbedragen van DKG 11-16, wat komt door veranderingen in data en definitie.

Voor het eigen-risicomodel is de GGAV tussen het definitieve model 2025 en 2026 1,08. Dit is iets lager dan vorig jaar, toen de GGAV 1,26 bedroeg.

## 1 Inleiding

### 1.1 Doelstelling

Deze rapportage beschrijft de berekening van de definitieve normbedragen van de risicovereveningsmodellen voor 2026. Dit zijn het model voor somatische zorg, het model voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en het model voor de eigen betalingen onder het verplichte eigen risico van 385 euro (het 'eigen-risicomodel').

Voor het berekenen van de normbedragen maken we gebruik van de onderzoeksbestanden die zijn samengesteld in de Gegevensfase (WOR 1273). In de Overall Toets (OT, WOR 1275) zijn de modellen, inclusief wijzigingen voor vereveningsjaar 2026, op de nieuwe data getoetst. In deze laatste fase maken we gebruik van de verzekerdensraming voor 2026 opgesteld door het Zorginstituut Nederland (ZIN) en het macroprestatiebedrag (MPB) voor 2026 vastgesteld door het ministerie van VWS. Voor de berekening van de definitieve normbedragen wordt in de onderzoeksbestanden de indeling van de verzekerdensraming herwogen naar de verzekerdensraming en worden de kosten in de modellen geschaald naar het MPB. Hiermee zijn de normbedragen zo goed mogelijk representatief voor het vereveningsjaar.

Hieronder geven we een korte samenvatting van de belangrijkste bevindingen uit de Gegevensfase en de OT.

### 1.2 Bevindingen data (Gegevensfase)

De onderzoeksbestanden zijn gebaseerd op (kosten)gegevens op individueel niveau van 2023, met vrijwel 100% dekking van de Zvw-verzekerden in Nederland. In de Gegevensfase zijn de belangrijkste (pakket)maatregelen van 2024, 2025 en 2026 in de kostengegevens (van 2023) verwerkt, zoveel mogelijk op individuniveau<sup>3</sup>. Hiermee worden deze gegevens zoveel mogelijk representatief voor 2026 gemaakt en bieden de onderzoeksbestanden naar verwachting een zo representatief mogelijk beeld van de kostenpatronen in 2026 met betrekking tot somatische zorg, ggz en eigen betalingen onder het verplichte eigen risico. Echter zijn de prijsarrangementen voor dure geneesmiddelen die het ministerie van VWS sluit met farmaceuten alleen voor 2023 in de onderzoeksbestanden verwerkt. De gevolgen van deze prijsarrangementen voor de kosten van latere jaren zijn nog niet bekend en daarom niet meegenomen. Indirect komen de verwachte effecten van deze prijsarrangementen wel tot uiting in de normbedragen van 2026, via het MPB.

In het algemeen concluderen we dat de kwaliteit van de data iets beter is dan vorig jaar voor zowel de prevalenties als de kosten. De belangrijkste drijvers hiervoor zijn: 1) het feit dat corona minder dan afgelopen jaar de data beïnvloedt, 2) dat psychische DKG's sinds dit jaar grotendeels gebaseerd zijn op data van het nieuwe Zorgprestatie-model (ZPM) waardoor minder vertaling nodig is vanuit de DBC's van de pre-ZPM-periode en 3) er nu kortingsregelingen extramurale farmacie voor alle verzekeraars (en niet slechts van één) verwerkt worden waardoor deze gelijk behandeld worden. Voor de ziekenhuiszorg en ggz blijven de effecten van inkoop- en plafondafspraken tussen verzekeraars en zorginstellingen buiten beschouwing, evenals prijsverschillen tussen zorginstellingen.

---

<sup>3</sup>Daarbij vormde een inventarisatie van beleid- en pakketmaatregelen in deze periode door het ministerie van VWS het uitgangspunt. Minder omvangrijke wijzigingen worden verdisconteerd via de schaling van de kosten in de onderzoeksbestanden naar het MPB; datzelfde geldt voor maatregelen die niet op individuniveau in de onderzoeksbestanden konden worden verwerkt.

### 1.3 Bevindingen model (OT-fase)

In de OT zijn zoals ieder jaar de voorgestelde modelwijzigingen vanuit onder meer de partiële onderzoeken getoetst op stabiliteit en plausibiliteit. Het vereveningsmodel van 2026 verschilt op de volgende punten van het model van 2025:

- **Somatisch model**

- Regulier onderhoud is uitgevoerd aan de extreem hoge kosten (EHK)-klassen binnen het FKG-kenmerk (ZIN).
- Groot onderhoud FKG heeft geleid tot toevoeging van twee FKG-klassen, wijziging van de indeling van middelen voor een aantal klassen en aanpassing van de DDD-drempels voor een aantal klassen (WOR 1248).
- Het historische hulpmiddelenkosten kenmerk (HHK, 6+1 risicoklassen) is geïntroduceerd als tijdelijke vervanging van de HKG-klassen die in 2025 uit het model geschrapt zijn (WOR 1239).
- De MHK-klassen zijn gewijzigd met de introductie van HHK: hulpmiddelenkosten tellen niet meer mee voor indeling in een MHK-klasse (WOR 1239).
- Een nieuw kenmerk voor ontbrekende kostenhistorie (OKH, 4+2 risicoklassen) is geïntroduceerd (WOR 1243).
- Het regiokenmerk is geactualiseerd (WOR 1275).

- **Ggz-model**

- Groot onderhoud van de FKG-klassen heeft geleid tot het verwijderen van één geneesmiddel uit een FKG en verlagen van de drempels voor twee andere FKG-klassen (WOR 1248).
- De definitie van DKG 15 is t.o.v. vorig jaar aangepast waardoor deze meer in lijn is met de situatie vóór invoering van het ZPM-model (WOR 1255).
- Het regiokenmerk is geactualiseerd (WOR 1275).

- **Eigen-risicomodel**

- De updates van de somatische EHK/FKG's en MHK en het toevoegen van de HHK's leiden tot een kleinere omvang van de niet-forfaitaire groep – waarop het eigen-risicomodel wordt geschat – dan zonder genoemde bewerkingen het geval zou zijn geweest (het gaat om ongeveer 312.000 verzekerdenjaren).
- Het regiokenmerk (voor somatische zorg) is geactualiseerd (WOR 1275).

### 1.4 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk wordt de opbouw van het somatisch risicovereveningsmodel uiteengezet. Daarbij wordt ingegaan op de manier waarop het onderzoeksbestand met kostengegevens uit 2023 is aangepast, zowel qua populatiesamenstelling (herwegen naar de verwachte situatie in 2026) als qua kosten (schaling naar het kostenniveau van 2026). Ook wordt de toegepaste schattingsmethode besproken, inclusief de restricties die zijn gehanteerd bij het bepalen van de normbedragen voor 2026. Hoofdstuk 3 behandelt op overeenkomstige wijze het ggz-model. In hoofdstuk 4 komt vervolgens het model voor de eigen betalingen onder het verplichte eigen risico aan bod. Hoofdstuk 5 beoordeelt de plausibiliteit van de berekende normbedragen van alle drie de modellen.

De normbedragen voor het kenmerk SEI (seizoensarbeiders) worden niet bepaald in deze rapportage, maar zijn door SEO berekend in WOR 1279.

Bijlage A bevat een toelichting op de zogenoemde RAS-methode, die is toegepast voor de herweging van de onderzoeksbestanden naar de verzekerdenraming van 2026. In bijlage B zijn de berekende normbedragen opgenomen.

## 2 Vereveningsmodel voor somatische zorg

### 2.1 Inleiding

Voor de risicoverevening van 2026 zijn alle somatische zorgkosten die onder de Zvw vallen samengebracht in één model. In het somatisch model voor 2026 zijn in totaal 240 risicoklassen opgenomen. Deze risicoklassen zijn omgezet naar evenzoveel dummyvariabelen, die de waarde 1 of 0 krijgen, afhankelijk van de vraag of iemand wel of niet bij de betreffende risicoklasse hoort. Een uitzondering vormt het DKG-kenmerk, waarbij de score per risicoklasse groter dan 1 kan zijn. Voor het model van 2026 is de maximale score die voorkomt per DKG 5, zowel in het onderzoeksbestand als in de verzekerdensraming van 2026.

Het model voor de somatische zorgkosten wordt geschat met *constrained regression*. Dit betekent dat we de OLS-methode (Ordinary Least Squares, oftewel de kleinste-kwadratenmethode) gebruiken met daarbij aanvullend een restrictie opgelegd. Deze restrictie wordt gezet op het MFK-kenmerk (voormalig vereveningskenmerk) en zorgt ervoor dat het gemiddelde vereveningsresultaat voor zowel de subgroep met MFK=1 als voor die met MFK=0 op nul uitkomt. Diverse andere restricties op de geschatte normbedragen (zoals vermeld in paragraaf 2.2.3) zorgen ervoor dat het volledige MPB in eerste instantie wordt verdeeld op basis van leeftijd en geslacht. Daarna wordt voor elk van de andere vereveningskenmerken afzonderlijk gezorgd dat de gewogen som van de normbedragen op macroniveau gelijk is aan nul.<sup>4</sup> Deze restricties zijn voornamelijk van belang voor het vereenvoudigen van de (ex-post) uitvoering van het model door ZIN; op twee uitzonderingen na hebben ze géén invloed op de modelresultaten.

Net als vorig jaar wordt een hogekostencompensatie (HKC) toegepast binnen het somatisch model die verzekeraars compenseert voor verzekerden met zeer hoge kosten. Ten opzichte van vorig jaar is in het vereveningsjaar 2026 een tweede drempel ingevoerd voor 90% van de kosten boven de 1.250.000 euro.

Om te zorgen dat het model representatief is voor vereveningsjaar 2026 worden in de Normbedragenfase nog twee belangrijke bewerkingen op de onderzoeksdata uitgevoerd. Ten eerste wordt het aantal verzekerdenjaren per klasse herwogen aan de hand van de verzekerdenraming 2026 van ZIN. Daarnaast worden de kosten in het model geschaald naar het MPB van 2026.

In de rest van dit hoofdstuk zullen we bovenstaande in meer detail behandelen. Paragraaf 2.2 bespreekt de opbouw van het model, paragraaf 2.3 gaat in op de herweging naar de verzekerdenraming en paragraaf 2.4 beschrijft ten slotte de schaling naar het MPB.

<sup>4</sup>Onder 'de gewogen som van de normbedragen op macroniveau' verstaan we de productsom van enerzijds de normbedragen voor de afzonderlijke risicoklassen en anderzijds de aantallen verzekerden volgens de verzekerdenraming van elk van die risicoklassen.

## 2.2 Opbouw model

### 2.2.1 Vereveningskenmerken

Het risicovereveningsmodel 2026 voor somatische zorg bestaat (exclusief SEI) uit 14 vereveningskenmerken:

1. **Leeftijd en geslacht:** de populatie wordt opgedeeld in 42 risicoklassen op basis van leeftijd en geslacht. Voor zowel mannen als vrouwen zijn er achttien leeftijdsklassen van doorgaans vijf jaar, aangevuld met drie klassen: twee voor 0-jarigen (geboren in jaar t of geboren in jaar t-1) en één voor personen van 90 jaar en ouder. Een uitzondering geldt voor de groep van 15 tot 24 jaar, die onderverdeeld is in twee subgroepen: 15-17 jaar en 18-24 jaar. De leeftijd wordt bepaald op 30 juni van het betreffende data-/vereveningsjaar (jaar t).
2. **Farmaciekostengroepen (FKG):** er zijn 50 FKG's op basis van het gebruik van geneesmiddelen die extramuraal zijn verstrekt of vallen onder intramurale farmaceutische add-ons in t-1. Daarnaast is er een extra categorie voor verzekerden die in geen enkele FKG vallen, wat het totaal op 51 risicoklassen brengt. Een verzekerde kan in meerdere FKG's tegelijk worden geplaatst, al gelden er enkele beperkingen op de combinatie van bepaalde groepen<sup>5</sup>.
3. **Diagnosekostengroepen (DKG):** er zijn 26 DKG's, gebaseerd op medisch inhoudelijke clusters van ziekenhuisdiagnosen en specialismen, evenals op bepaalde DBC-zorgproducten uit t-1. Ook hier is er een extra categorie voor verzekerden die niet onder een DKG vallen, wat resulteert in 27 risicoklassen. Verzekerden kunnen in meerdere DKG's voorkomen en het is daarnaast mogelijk dat iemand meerdere keren in dezelfde DKG wordt ingedeeld. In dat laatste geval wordt het bijbehorende normbedrag ook meerdere malen meegeteld voor het bepalen van de verwachte zorgkosten.
4. **Aard van inkomen (AVI) gecombineerd met leeftijd:** verzekerden worden onderverdeeld in zeven groepen op basis van hun inkomensbron in jaar t: volledig arbeidsongeschikten (IVA), andere arbeidsongeschikten, mensen met een bijstandsuitkering, studenten, zelfstandigen, hoogopgeleiden en een referentiegroep bestaande uit werknemers, WW'ers, meeverzekerden en overige personen tussen 18 en 69 jaar. Binnen elke groep zijn er zes leeftijdsklassen:

---

<sup>5</sup>Bij indeling in de volgende combinaties van FKG's telt alleen de eerdergenoemde:

- Diabetes type I met hypertensie > diabetes type I zonder hypertensie > diabetes type II met hypertensie > diabetes type II zonder hypertensie > diabetes: insuline > diabetes: orale medicatie
- Neuropathische pijn > chronische pijn exclusief opioïden
- Chronische pijn exclusief opioïden > psychose
- Verslaving exclusief nicotine > psychose > depressie
- Hartaandoeningen overig > hartaandoeningen anti-aritmica > chronische antistolling > CVRM
- COPD/Zware astma o.b.v. add-on > COPD/Zware astma > astma > COPD/astma: medicatie
- Pulmonale arteriële hypertensie > chronische antistolling, astma, COPD/Zware astma, CVRM
- Schildklieraandoeningen > groeistoornissen o.b.v. add-on
- Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg MS > aandoeningen van hersenen/ruggenmerg overig
- Auto-immuunziekten o.b.v. add-on > reuma, psoriasis en eczeem, ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa
- Kanker o.b.v. add-on > hormoongevoelige tumoren > kanker
- EHK4 > EHK3 > EHK2 > EHK1
- Hypercholesterolemie, diabetes I met hypertensie, diabetes II met hypertensie > CVRM
- CVRM: zwaar > CVRM: licht
- Cystic fibrosis: CFTR-modulatoren > cystic fibrosis/pancreasenzymen

0-17, 18-34, 35-44, 45-54, 55-64 en 65-69 jaar, behalve voor studenten (twee leeftijdsklassen: 0-17 en 18-34) en hoogopgeleiden (drie leeftijdsklassen: 0-17, 18-34 en 35-44)<sup>6</sup>. Personen van 70 jaar en ouder vormen een aparte categorie. In totaal resulteert dit kenmerk in 36 risicoklassen<sup>7,8</sup>.

5. **Regio:** verzekerden worden ingedeeld in één van tien regio's, samengesteld uit clusters van viercijferige postcodegebieden. Deze indeling is specifiek voor het somatisch model.
6. **Sociaal-economische status (SES) gecombineerd met leeftijd:** er zijn vier inkomensklassen (zeer laag, laag, midden en hoog), gebaseerd op het totale inkomen per adres in jaar t-1. Personen die in een Wlz-instelling verblijven, gebruikmaken van extramurale Wlz-zorg, of langdurig intramurale ggz-zorg ontvangen, worden automatisch in de categorie 'zeer laag inkomen' geplaatst. Elke inkomensgroep wordt verder opgesplitst in drie leeftijdscategorieën: 0-17, 18-69 en 70+, wat leidt tot 12 risicoklassen (4 inkomensgroepen x 3 leeftijden).
7. **Personen per adres (PPA) gecombineerd met leeftijd:** dit kenmerk onderscheidt zes woonsituaties voor verzekerden van 18 jaar en ouder, namelijk bewoners van Wlz-instellingen met of zonder behandeling (onderverdeeld in blijvers en nieuwkomers), alleenwonenden, en overige huishoudens. Ook gebruikers van extramurale Wlz-zorg vallen onder de groep 'zonder behandeling'. Binnen deze zes groepen zijn er drie leeftijdscategorieën: 18-69, 70-79 en 80+, plus een aparte klasse voor minderjarigen, wat resulteert in 19 risicoklassen.
8. **Meerjarig hoge kosten (MHK):** er zijn zeven groepen voor verzekerden met uitzonderlijk hoge somatische kosten in elk van de jaren t-3, t-2 en t-1 (in oplopende percentielen van top 10% tot top 0,5%). Daarnaast is er een klasse voor personen met hoge kosten in de top 15% gedurende t-2 en t-1. Wie in geen van deze groepen valt, wordt op basis van het kostenpatroon verder verdeeld: óf onder het 70ste percentiel in alle drie de jaren, óf niet. In totaal zijn er 9 risicoklassen. Wlz-gebruikers (blijvend, 18+) volgens het PPA-kenmerk, worden automatisch in de laagste kostenklasse (MHK=0) geplaatst, ongeacht eerdere kosten.
9. **Fysiotherapiediagnosegroepen (FDG):** dit kenmerk omvat vier groepen gebaseerd op chronische aandoeningen die blijken uit fysiotherapie- of oefentherapie-declaraties in jaar t-1. Daarnaast is er een klasse voor verzekerden die in geen enkele FDG vallen. Indien een verzekerde in meerdere groepen valt, wordt deze ingedeeld in de hoogste FDG. In totaal zijn er 5 risicoklassen.
10. **Meerjarige V&V-kosten (MVV):** verzekerden worden ingedeeld in acht groepen op basis van hun totale V&V-zorgkosten over de voorgaande drie jaren. De grenzen voor deze indeling zijn bepaald aan de hand van de hoogste 3,5% tot 0,25% van de kosten. Voor kinderen onder de 18 die in jaar t-1 tot de top 0,25% behoren, is er een aparte risicogroep. In totaal zijn er 10 groepen, inclusief een klasse voor verzekerden die niet aan de criteria voldoen. Wlz-gebruikers (blijvend, 18+) worden ook hier automatisch ingedeeld bij MVV=0, ongeacht hun werkelijke kosten.
11. **Historische somatische morbiditeit (HSM):** hiermee wordt onderscheid gemaakt tussen twee groepen: verzekerden die in jaar t-3 voldeden aan minimaal één van vijf somatische morbiditeitskenmerken (FKG, DKG, FDG, MHK,

<sup>6</sup>De 0-17-jarigen worden ingedeeld bij de laagste AVI-hoofdcategorie van de volwassenen op hetzelfde adres. Voor de 65-69-jarigen wordt de AVI-indeling genomen van toen zij 64 jaar waren.

<sup>7</sup>De AVI-klasse voor studenten heeft betrekking op verzekerden in de leeftijd van 18 tot en met 34 jaar die op 1 juni van het vereveningsjaar staan ingeschreven bij een hbo-instelling of universiteit, en die geen arbeidsongeschiktheids- of bijstandsuitkering krijgen.

<sup>8</sup>Voor de indeling bij AVI geldt als volgorde: (1) verzekerden ouder dan 69 jaar, (2) volledig arbeidsongeschikten, (3) andere arbeidsongeschikten, (4) bijstandsgerechtigden, (5) studenten (18-34 jaar), (6) zelfstandigen (exclusief degenen die tevens in loondienst zijn dan wel een WW- of andere uitkering hebben), (7) hoogopgeleiden (18-44 jaar) en (8) medeverzekerden, werknemers, WW'ers en overige verzekerden van 18 tot en met 69 jaar.

of MVV), en degenen die dat niet deden.

12. **Indicator bevalling/zwangerschap (IBZ):** er zijn vier risicoklassen op basis van bevalling of zwangerschap in het vereveningsjaar of het voorgaande jaar. De indeling wordt gebaseerd op kosten voor verloskundige zorg (eerste of tweede lijn), kraamzorg en integrale geboortezorg.
13. **Ontbrekende kosten historie (OKH):** het OKH-kenmerk is vanaf modeljaar 2026 nieuw opgenomen in het somatisch model. Het kenmerk compenseert voor verzekerden met ontbrekende kostenhistorie. De indeling in het kenmerk OKH is gebaseerd op inschrijfduur over t-3 tot en met t-1. Het kenmerk bestaat uit een klasse voor (deels) niet verzekerd in t-1, een klasse voor (deels) niet verzekerd in t-2 en/of t-3 en een klasse voor volledig verzekerd in de drie aan het vereveningsjaar voorafgaande jaren. Deze klassen zijn vervolgens uitgesplitst naar een leeftijdsklasse voor 5-44 jaar en een leeftijdsklasse voor 45+ jaar, waardoor het kenmerk uit 6 klassen bestaat. De 0-4-jarigen worden ingedeeld in de afslagklasse (volledig verzekerd) van de 5-44-jarigen.
14. **Historische hulpmiddelenkosten (HHK):** ook het HHK-kenmerk is vanaf modeljaar 2026 nieuw opgenomen in het somatisch model. Het kenmerk compenseert zorgverzekeraars voor verzekerden met kosten voor hulpmiddelenzorg. De indeling in het kenmerk is gebaseerd op de gesommeerde historische hulpmiddelenkosten over t-3 tot en met t-1. Het kenmerk bestaat uit 6 klassen en een afslagklasse, waarbij verzekerden worden ingedeeld op basis van percentielgrenzen.

Ten opzichte van het somatisch model van 2025 zijn de EHK/FGK's, MHK en het regiokenmerk geüpdatet en zijn het OKH- en HHK-kenmerk toegevoegd. Het somatisch vereveningsmodel van 2026 onderscheidt daarmee 240 (=42+51+36+10+12+19+9+5+10+2+4+6+7) risicoklassen, 15 meer dan het model van 2025. MFK is per 2024 vervallen als vereveningskenmerk vanwege de introductie van constrained regression (CR). Wel is het MFK-kenmerk nu de basis voor een van de bindende restricties bij de schatting van het model (zie paragraaf 2.2.3):

15. **Meerjarige farmaciekosten (MFK):** dit kenmerk onderscheidt twee groepen verzekerden: degenen die in ten minste één van de drie voorgaande jaren behoorden tot de hoogste 25% qua uitgaven aan extramurale medicatie, en degenen die daar niet toe behoren.

Zoals aangegeven in hoofdstuk 2 van WOR 1273, heeft ZIN een aanzienlijk deel van de gegevens over de vereveningskenmerken van het somatisch model al voorbereid voor verdere analyses. Dit geldt echter niet voor het regiokenmerk (zie WOR 1275), IBZ (bepaald op basis van kosten en prestaties van eerstelijns- en tweedelijns verloskunde, kraamzorg en integrale geboortezorg), MHK (bepaald op basis van de somatische kosten zonder V&V, eerstelijns- en tweedelijns verloskunde, kraamzorg en integrale geboortezorg en hulpmiddelenkosten zoals aanwezig in de onderzoeksbestanden van OT 2023-2025), MVV (gebaseerd op de cumulatieve V&V-kosten in de onderzoeksbestanden van OT 2023-2025), HSM (bepaald op basis van vijf morbiditeitskenmerken in het somatisch onderzoeksbestand van OT 2023), HHK (gebaseerd op de cumulatieve hulpmiddelenkosten in de onderzoeksbestanden van OT 2023-2025) en MFK (bepaald op basis van extramurale farmaciekosten in de onderzoeksbestanden van OT 2023-2025).

## 2.2.2 Schattingsmethode

Tot en met 2023 werd het somatisch vereveningsmodel geschat met de multivariate kleinste-kwadratenmethode (OLS). Vanaf 2024 is deze aanpak gewijzigd. De schatting van het model gebeurt nu met behulp van CR, specifiek voor het

kenmerk MFK. Deze restrictie zorgt ervoor dat de gemiddelde normatieve kosten voor MFK=0 en MFK=1 gelijk zijn aan de werkelijke kosten voor deze groepen. Op deze restrictie na is de schattingsmethode van CR gelijk aan OLS.

Gebruik van CR zorgt ervoor dat de verevenende werking van het model op individuniveau (gemeten als de  $R^2$ ) licht daalt ten opzichte van OLS. Op andere maatstaven voor verevenende werking heeft het echter een positieve impact, in het bijzonder verdwijnt het verband tussen normatieve kosten en vereveningsresultaat op risicodragerniveau (WOR 1158).

Bij het schatten van het model wordt een gewicht gegeven aan iedere verzekerde op basis van inschrijfduur. In 2023 was 96% van de verzekerden in het onderzoeksbestand het hele jaar door, oftewel 365 dagen, bij dezelfde zorgverzekeraar ingeschreven. Voor de overige 4% met een kortere inschrijfduur geldt dat zij in de analyses met een lager gewicht worden meegenomen. Het gewicht wordt bepaald op basis van het aandeel van het jaar dat zij verzekerd waren (inschrijfduur gedeeld door 365). Tegelijkertijd worden de gemaakte kosten opgehoogd naar jaarbasis met de omgekeerde factor hiervan. Zo krijgt bijvoorbeeld een verzekerde die slechts 5 dagen verzekerd was en in die periode €2.000 aan zorgkosten had een weging van  $5/365$ , terwijl zijn kosten naar jaarbasis worden omgerekend tot €146.000. Door het lagere gewicht van de verzekerde blijven per saldo de totale kosten voor de analyse gelijk ( $5/365 * 146.000 = 2.000$ ).

### 2.2.3 Restricties

Bij het schatten van het somatisch vereveningsmodel zijn naast de restrictie op het MFK-kenmerk ook op alle andere kenmerken restricties opgelegd. Deze zorgen ervoor dat het volledige MPB in eerste instantie wordt verdeeld op basis van leeftijd en geslacht. Daarna wordt voor elk van de andere vereveningskenmerken afzonderlijk gezorgd dat de gewogen som van de normbedragen op macroniveau gelijk is aan nul. Het doel van deze restricties is tweeledig:

- Transparantie vergroten in het model;
- Vereenvoudiging van de uitvoering, bijvoorbeeld bij de ex-post toepassing van criteriumneutraliteit voor specifieke vereveningskenmerken of risicoklassen.

Het grootste deel van de restricties heeft géén invloed op de resultaten van het model, dit zijn de zogenoemde 'niet-bindende restricties'. De restricties op DKG en FKG hebben, door de meervoudigheid van deze kenmerken, wél invloed op de uitkomsten en zijn daarmee bindende restricties.

#### Bindende restricties

De belangrijkste bindende restrictie in het model is zoals eerder genoemd de restrictie op het MFK-kenmerk, deze zorgt ervoor dat de gemiddelde normatieve kosten voor MFK=0 en MFK=1 gelijk zijn aan de werkelijke kosten voor deze groepen (in verwachting). Daarnaast zijn er restricties opgelegd aan de DKG- en FKG-risicoklassen. Deze restricties zorgen ervoor dat, op macroniveau (gewogen naar het aantal verzekerdenjaren), de som van alle normbedragen voor (afzonderlijk) de DKG's en FKG's optelt tot nul. Voor enkelvoudige kenmerken, heeft dit type restrictie geen enkele invloed op de uitkomst van het model. Omdat DKG en FKG meervoudig zijn - een verzekerde kan in meerdere FKG- of DKG-klassen vallen - hebben de restricties wél invloed op het model. Eerder onderzoek liet echter zien dat het toepassen van deze restricties in combinatie met meervoudige FKG's geen noemenswaardig effect had, zowel op het niveau van individuele normkos-

ten als op het niveau van de totale uitkomsten voor risicodragers. Voor meervoudige DKG's geldt dit in iets mindere mate.

Tot 2024 leidde het opleggen van restricties op FKG's en DKG's er wel toe dat de gemiddelde normatieve kosten per FKG- en DKG-klasse niet precies gelijk waren aan de gemiddelde werkelijke kosten. Door de introductie van CR voor het MFK-kenmerk in het model, geldt dit nu voor alle 240 risicoklassen van het somatisch model: de normatieve en werkelijke kosten per risicoklasse hoeven niet langer gelijk te zijn. Wel is de afwijking door toepassing van CR relatief klein: de gewogen gemiddelde absolute afwijking (GGAA) per klasse ten opzichte van 0 bedraagt 58 euro, in lijn met model 2025 (56 euro) en 2024 (59 euro).

### Niet-bindende restricties

Naast de eerder besproken bindende restricties wordt bij het schatten van het somatisch vereveningsmodel ook gebruikgemaakt van niet-bindende restricties. Deze restricties hebben geen invloed op de normatieve kosten die het model berekent voor individuele verzekerden. Met andere woorden: als deze restricties niet zouden worden toegepast, zouden de uitkomsten op individueel niveau precies hetzelfde zijn. De toepassing van deze restricties is vooral bedoeld voor het vergroten van de transparantie van de normbedragen en om de uitvoering van het risicovereveningsmodel te vereenvoudigen, bijvoorbeeld bij de toepassing van criteriumneutraliteit.

De restricties zijn als volgt:

1. Leeftijd/geslacht: er is een restrictie opgelegd die ervoor zorgt dat het volledige MPB wordt verdeeld via dit vereveningskenmerk.
2. AVI × leeftijd, SES × leeftijd, PPA × leeftijd en OKH × leeftijd: het model bevat restricties op de normbedragen voor de combinatie van AVI en leeftijd. Dit houdt in dat voor elke leeftijdsgroep (0-17, 18-34, 35-44, 45-54, 55-64 en 65-69 jaar), de gewogen normbedragen van de zeven AVI-hoofdcategorieën (volledig arbeidsongeschikten, overige arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden, studenten, zelfstandigen, hoogopgeleiden en de referentiegroep) samen optellen tot nul. Zo wordt voorkomen dat leeftijdseffecten 'weglekken' via deze interacties. Om dezelfde reden zijn soortgelijke restricties opgelegd voor de combinaties SES × leeftijd, PPA × leeftijd en OKH × leeftijd.
3. Overige kenmerken met nulrestrictie op macroniveau: voor MHK, FDG, regio, MVV, HSM, IBZ en HHK is eveneens een restrictie opgelegd zodat de gewogen som van de normbedragen nul is.

### 2.2.4 HKC

In 2024 is voor het somatisch model hogekostencompensatie (her)ingevoerd. In vereveningsjaar 2025 gold deze compensatie voor 75% van de kosten op individueel niveau boven de 417.880 euro. De somatische kosten die binnen de HKC-pool vallen, worden achteraf gecompenseerd via de vereveningsbijdrage. Voor 2026 is de HKC-drempel via indexatie met 3,60%<sup>9</sup> verhoogd naar 432.924 euro (zoals vastgesteld in de Regeling Risicoverevening 2026). Daarnaast is voor het vereveningsjaar 2026 een tweede drempel ingevoerd voor 90% boven de 1.250.000 euro. Vanwege de HKC worden in dit onderzoek twee sets van normbedragen berekend: (1) de gebruikelijke normbedragen die betrekking hebben

---

<sup>9</sup>Deze verhoging is door VWS bepaald op basis van de algemene correctie voor loon- en prijsontwikkelingen voor de somatische Zvw-zorg gewogen naar sector, gebaseerd op de meest actuele CPB-ramingen en NZa-wegingen.

op alle kosten die in 2026 onder de Zvw vallen, en (2) de normbedragen exclusief de kosten die via de HKC worden gecompenseerd. De eerste set van normbedragen wordt door ZIN gebruikt voor de ex-ante toekenning van de vereveningsbijdragen, en de tweede set voor de uiteindelijke afrekening. Deze tweede set normbedragen wordt in dit onderzoek geschaald naar het MPB. Bij de afrekening schaaft ZIN deze weer terug voor de financiering van de daadwerkelijke kosten in de HKC-pool<sup>10</sup>.

### 2.3 Herweging naar verzekerdenraming 2026

De verwachte samenstelling van de Zvw-populatie in 2026, verdeeld over de 242 risicoklassen (zoals uitgewerkt in paragraaf 2.1, inclusief MFK), zal uiteraard niet exact overeenkomen met die van 2023. Dat komt deels door datacorrecties, zoals het uitsluiten van verzekerden die in het buitenland wonen (zie WOR 1273, Tabel 2.3) en deels door demografische en populatieveranderingen tussen 2023 en 2026. Daarom heeft ZIN, met behulp van onder andere bevolkingsprognoses van het CBS, het Persoonskenmerkenbestand (PKB) van 2025 en trendanalyses van vereveningskenmerken, een verzekerdenraming opgesteld voor 2026<sup>11</sup>. Deze raming is vervolgens gebruikt om het onderzoeksbestand te herwegen, waarbij ook de inschrijfduur per record is meegewogen.

Voor de herweging is gebruikgemaakt van de RAS-methode. Een toelichting op deze methode is te vinden in bijlage A. De herweging is gebaseerd op de door ZIN geleverde spreadsheet met de verzekerdenraming 2026. In deze spreadsheet zijn alle vereveningskenmerken van het somatisch model, inclusief MFK<sup>12</sup>, uitgesplitst naar 42 leeftijd/geslachtcombinaties. Oorspronkelijk werd deze indeling ook zo gebruikt voor de herweging. Door het toenemende aantal kenmerken en risicoklassen in de afgelopen jaren werd deze aanpak echter steeds problematischer, zowel qua berekening als resulterende gewichten. Daarom is de procedure vanaf 2023 aangepast: alleen voor regio wordt nog de uitsplitsing gemaakt naar leeftijd, voor de andere kenmerken is deze onderverdeling geschrapt (de kenmerken AVI, SES, PPA en OKH behouden wel de indeling naar leeftijdsklassen die deze kenmerken in het model al hebben).

De kenmerken FKG en DKG lopen op een andere wijze dan de andere kenmerken mee in de RAS-methode, omdat een verzekerde in meerdere FKG- of DKG-klassen kan vallen. Voor de herweging is het dan noodzakelijk om voor elke DKG- en FKG-klasse apart ook een eigen 'afslagklasse' mee te nemen in de raming (gedefinieerd als de verzekerden die niet in de betreffende DKG- of FKG-klasse vallen). Voor DKG geldt daarnaast nog dat een verzekerde ook een score groter dan 1 per klasse kan hebben. ZIN heeft daarom een aparte raming gemaakt voor het aantal personen dat per DKG-klasse een score heeft van 0 t/m 5 (dus zes getallen per DKG). Ondanks dat er ten opzichte van vorig jaar twee nieuwe

<sup>10</sup>De normbedragen worden afgerond op eurocenten, wat betekent dat de gewogen som van de normbedragen op macroniveau theoretisch maximaal 1,2 miljoen euro kan afwijken van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten uit het MPB van 59 miljard euro. Voor het ex-ante model 2026 bedraagt deze afwijking ongeveer 120.000 euro en voor het ex-post model 110.000 euro. Er wordt geen correctie voor deze afwijkingen toegepast.

<sup>11</sup>In de oorspronkelijke verzekerdenraming voor 2026 van ZIN komen ongeveer 214.000 verzekerdenjaren van niet-ingezetenen voor. ZIN verdeelt deze verzekerdenjaren over de verschillende klassen in het model ten behoeve van de analyses. Voor de niet-ingezetenen zijn de FKG-, DKG-, FDG- en HSM-prevalenties onbekend (als ze in t-1 niet Zvw-verzekerd waren), deze verzekerden deelt ZIN in bij de betreffende afslagklassen. Ook de kenmerken Regio, SES, PPA en OKH zijn onbekend, voor deze kenmerken worden verzekerden verdeeld over de klassen evenredig aan de prevalenties per klasse van ingezetenen (rekening houdend met leeftijd). Voor de overige kenmerken worden niet-ingezetenen op de reguliere wijze ingedeeld. Het SEI-kenmerk houdt rekening met de onder-/overcompensaties die deze wijze van indelen tot gevolg heeft (WOR 1279).

<sup>12</sup>Merk op dat MFK ook wordt betrokken bij de herweging naar de verzekerdenraming om ervoor te zorgen dat de CR-restrictie op MFK op het juiste aantal verzekerdenjaren wordt gebaseerd.

kenmerken aan het model zijn toegevoegd blijkt het nog steeds mogelijk om ook naar deze aantallen te herwegen zonder dat dit extreme gewichten oplevert. In totaal moet dit jaar naar 725 afzonderlijke (niet-nul) totalen herwogen worden.

Met behulp van de RAS-methode wordt per subgroep (dat wil zeggen een combinatie van alle risicoklassen) in het model een gewicht voor herweging bepaald. In de praktijk blijkt slechts een klein deel van alle mogelijke combinaties van risicoklassen voor te komen: 3,21 miljoen niet-lege cellen<sup>13</sup>. Van deze cellen ligt 98% van de herwegingsgewichten tussen 0,81 en 1,42, en 90% tussen 0,86 en 1,19 (gewogen naar subgroeps grootte). Deze spreiding is vergelijkbaar met vorig jaar (toen respectievelijk 0,82–1,38 en 0,88–1,19). Net als vorig jaar zijn er dit jaar geen extreme gewichten aangetroffen (kleiner dan 0,10 of groter dan 10), waardoor er geen records met bijzonder hoge of lage kosten onevenredig zwaar of licht meetellen in de berekening van normbedragen.

### 2.4 Schaling naar macroprestatiebedrag 2026

Na het koppelen van de wegingsmatrix aan het onderzoeksbestand met data uit 2023, zijn de gewogen gemiddelde kosten per verzekerdenjaar berekend voor een reeks van zestien deelprestaties. Deze deelprestaties beslaan een breed spectrum van zorgvormen, verdeeld over eerstelijns, tweedelijns en langdurige zorg:

1. Ziekenvervoer
2. Huisartsenzorg, inclusief multidisciplinaire zorg
3. Paramedische zorg
4. Farmaceutische zorg
5. Verloskunde
6. Kraamzorg
7. Hulpmiddelen
8. Mondzorg
9. Extramurale verpleging en persoonlijke verzorging (V&V)
10. Extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten (ZG)
11. Eerstelijnsverblijf (ELV)
12. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (GZSP)
13. Eerstelijnsdiagnostiek
14. Variabele kosten medisch-specialistische zorg, inclusief tweedelijnsverloskunde<sup>14</sup>
15. Geriatrische revalidatiezorg (GRZ)
16. Geneeskundige ggz

---

<sup>13</sup>In 2025 ging het om 2,74 miljoen niet-lege cellen en in 2024 om 2,88 miljoen.

<sup>14</sup>Tweedelijnsverloskunde staat hier apart vermeld omdat de betreffende kosten niet meetellen voor het verplicht eigen risico. Deze kosten worden daarom buiten beschouwing gelaten bij de bepaling van de eigen betalingen ten gevolge van het verplicht eigen risico (zie hoofdstuk 4).

De herkomst van de kostengegevens per deelprestatie:

- Deelprestaties 1 t/m 12: deze komen uit het BASIC-bestand van Vektis en omvatten gegevens over acht kaskwartalen. Indien nodig zijn deze gegevens geactualiseerd op basis van bevindingen uit WOR 1273, paragraaf 2.4.3.
- Deelprestaties 13 t/m 15: deze zijn afkomstig uit het QZ-bestand, dat eveneens door Vektis is bewerkt. Het betreft hier in hoofdzaak ziekenhuiszorg, met een dekking van negen kaskwartalen. De toewijzing van kosten naar de juiste deelprestaties is eveneens door Vektis uitgevoerd (zie WOR 1273, paragraaf 2.4.3).
- Deelprestatie 16: de kosten hiervoor zijn bepaald op basis van de ZPM-declaraties die door ZIN zijn aangeleverd in combinatie met maximumtarieven van de NZa voor 2023. Het gaat om data van ongeveer 940.000 ggz-gebruikers, over negen kaskwartalen.

Daarnaast is de volgende kostencategorie nog van belang:

- Integrale geboortezorg: sinds 2021 wordt integrale geboortezorg afzonderlijk geregistreerd in BASIC. Ten behoeve van de schaling naar het MPB hebben wij deze kosten herverdeeld over medisch-specialistische zorg (54%), verloskunde (17%) en kraamzorg (29%). Deze verdeelsleutel is afkomstig van van VWS en wordt standaard gebruikt bij het opstellen van het MPB.

Het ministerie van VWS heeft het MPB aangeleverd, waarin een uitsplitsing is opgenomen naar elk van de eerder genoemde deelprestaties (met de uitzondering dat GRZ en GZSP daarin zijn samengenomen). Deze verdeling is gebaseerd op de VWS-begroting voor 2026. Door de gemiddelde kosten in het herwogen onderzoeksbestand (2023) te vergelijken met de overeenkomstige bedragen uit het uitgesplitste MPB, is voor iedere deelprestatie een aparte ophoogfactor vastgesteld<sup>15</sup>. In Tabel 2.1 wordt een overzicht gegeven van deze ophoogfactoren. Op verzoek van VWS zijn de deelprestaties die onder de somatische zorgkosten vallen, daarbij geaggregeerd weergegeven<sup>16</sup>. Hoewel de tabel deze factor samengevoegd toont, is in de praktijk bij de data-analyse gewerkt met vijftien afzonderlijke ophoogfactoren, elk behorend bij een specifieke deelprestatie. Dit is van belang, omdat het model voor risicoverevening wordt gebaseerd op kostengegevens uit 2023, terwijl het van toepassing is op het jaar 2026 – een periode waarin aanzienlijke ontwikkelingen kunnen plaatsvinden.

Daarnaast blijkt uit het onderzoeksbestand dat het gemiddelde kostenniveau al is gestegen met 3,1% als gevolg van de herweging naar de verzekerdenraming voor 2026. Dit komt overeen met een stijging van gemiddeld 2.833,76 euro naar 2.923,73 euro per verzekerdenjaar (vergelijk Tabel 2.1 en Tabel 2.1 in WOR 1273)<sup>17</sup>. Deze toename sluit aan bij de trend van circa 2,5% jaarlijkse groei in voorgaande jaren. De extra ophoging van respectievelijk 12,7% voor somatische zorg en 7,6% voor geneeskundige ggz houdt voornamelijk verband met verwachte loon- en prijsontwikkelingen tussen 2023 en

<sup>15</sup>Ten behoeve van het somatisch model zijn de kosten van ziekenvervoer van elke verzekerde in het onderzoeksbestand eerst met een vast bedrag (8,20 euro, naar rato van de inschrijfduur) opgehoogd vanwege de geschatte opbrengstverrekening voor ziekenvervoer van 144 miljoen euro in 2023 (op basis van de eerste kwartaalstaten van 2025, d.d. 28 april 2025); vervolgens is geschaald naar het MPB. Voor het eigen-risicomodel is dit vaste bedrag buiten beschouwing gelaten omdat anders de eigen betalingen van elke verzekerde per definitie groter dan 8,20 euro (x inschrijfduur/365) zouden zijn. Feitelijk is dus voor ziekenvervoer gewerkt met twee verschillende schalingen naar het MPB.

<sup>16</sup>Het MPB 2026 is door het ministerie van VWS vastgelegd in de Regeling risicoverevening 2026.

<sup>17</sup>De kostenstijging als gevolg van herweging is het saldo-effect van vergrijzing (stijging) en van ophoging (daling) voor de afwezigheid van niet-ingezetenen in het onderzoeksbestand terwijl die groep wel in de verzekerdenraming zit.

2026.

**Tabel 2.1:** MPB 2026 en ophoogfactoren van het onderzoeksbestand 2023 (na herweging naar de verzekerdenraming 2026) naar het MPB 2026

	<b>Totaal</b>	<b>Gemiddelde</b>		<b>Ophoog-</b>
	(mln. euro )	(euro per verz. jaar)		
	MPB 2026 <sup>a</sup>	MPB <sup>a</sup>	Onderzoeksbestand (herwogen)	<b>factor<sup>b</sup></b>
Somatische kosten	58.967,97	3.293,75	2.923,73	1,12656
Geneeskundige ggz (18+) <sup>c</sup>	6.106,84	415,91	386,56	1,07592
Vaste zorgkosten <sup>d</sup>	736,94			
<b>MPB totaal</b>	<b>65.811,74</b>	–	–	–

<sup>a</sup> Het ministerie van VWS heeft het MPB 2026 aangeleverd met een uitsplitsing naar deelprestaties. De gemiddelde bedragen in deze tabel zijn berekend door de macrobedragen te delen door de aantallen verzekerdenjaren uit de verzekerdenraming voor 2026, te weten 17.903.000 (hele populatie) respectievelijk 14.683.000 (18+).

<sup>b</sup> Door afronding sporen de ophoogfactoren in de laatste kolom niet precies met de gemiddelden in de voorgaande kolommen. Alle onderliggende berekeningen zijn uitgevoerd met niet-afgeronde cijfers.

<sup>c</sup> Ggz-kosten (18+) worden hier ook opgehoogd, omdat deze meetellen voor het verplicht eigen risico en daarom meelopen in het eigen-risicomodel (hoofdstuk 4). De tabel vermeldt de gemiddelde ggz-kosten van 18-plussers.

<sup>d</sup> Voor de volledigheid – zodat de onderste regel het volledige MPB kan vermelden – bevat de tabel ook de vaste zorgkosten. Omdat in het herwogen onderzoeksbestand relatief weinig vaste zorgkosten voorkomen (ongeveer 97 miljoen euro), is voor deze kostenpost geen ophoogfactor berekend. Deze kosten lopen daarom ook niet mee bij de schatting van het eigen-risicomodel in hoofdstuk 4.

## 3 Vereveningsmodel voor ggz

### 3.1 Inleiding

Het ggz-vereveningsmodel 2026 is uitsluitend van toepassing op verzekerden van 18 jaar en ouder. Dit komt doordat de geestelijke gezondheidszorg voor jongeren onder de 18 wordt gefinancierd vanuit de Jeugdwet en niet via de Zvw.

Net als het somatisch model is ook het ggz-model lineair van opzet. De 130 risicoklassen zijn elk omgezet in een dummy-variabele, die de waarde 1 aanneemt wanneer een verzekerde tot de betreffende klasse behoort, en 0 wanneer dat niet het geval is. In het model zijn restricties aangebracht op de geschatte normbedragen (zie paragraaf 3.2). Deze zorgen enerzijds voor dat het volledige MPB wordt verdeeld via het kenmerk leeftijd en geslacht. Anderzijds wordt bij elk van de overige vereveningskenmerken afzonderlijk geborgd dat de gewogen som van de normbedragen op macroniveau nul is.

Net als vorig jaar wordt op het ggz-model HKC toegepast die verzekeraars compenseert voor verzekerden met zeer hoge kosten. De drempel hiervoor is gebaseerd op het 99,5%-kwantiel van verzekerden met ggz-kosten  $> 0$ .

Evenals in het somatisch model, wordt in de Normbedragenfase het aantal verzekerdenjaren per klasse herwogen aan de hand van de verzekerdenraming 2026 van ZIN en worden de kosten in het model geschaald naar het MPB van 2026.

De rest van dit hoofdstuk behandelt bovenstaande in meer detail. Paragraaf 3.2 bespreekt de opbouw van het model, paragraaf 3.3 gaat in op de herweging naar de verzekerdenraming en paragraaf 3.4 beschrijft de schaling naar het MPB.

### 3.2 Opbouw model

#### 3.2.1 Vereveningskenmerken

Het risicovereveningsmodel voor de ggz omvat (exclusief SEI) acht vereveningskenmerken, die samen leiden tot 130 risicoklassen. Dit is gelijk aan 2025. De vereveningskenmerken zijn:

1. **Leeftijd en geslacht:** de populatie wordt op dezelfde wijze ingedeeld als bij het somatisch model, maar zonder jongeren onder 18 jaar. Dit resulteert in 30 klassen.
2. **Psychische FKG's:** gebaseerd op extramuraal afgeleverde geneesmiddelen voor psychische aandoeningen in jaar t-1. Er zijn 9 FKG's voor specifieke psychische aandoeningen en één restklasse voor verzekerden zonder psychische FKG. Meervoudige indeling is mogelijk, maar met restricties op samenloop<sup>18</sup>.

<sup>18</sup>De volgende restricties zijn van toepassing:

- Psychose depot:  $\geq 1$  receptregel uit de FKG psychose met een DDD-factor van  $\geq 3.500$
- Bipolaire stoornissen complex: meer dan 90 DDD's voor bipolaire stoornis regulier én  $\geq 1$  receptregel van de indicator bipolaire stoornis complex
- Zestraps-restrictie (indien een verzekerde bij meerdere van de volgende FKG's is ingedeeld, telt alleen de eerdergenoemde): psychose depot  $>$  chronische stemmingsstoornissen complex  $>$  psychose  $>$  bipolaire stoornissen complex  $>$  bipolaire stoornissen regulier  $>$  chronische stemmingsstoornissen

3. **Psychische DKG's:** gebaseerd op ggz-behandelingen (ZPM-prestaties in jaren t-3 t/m t-1)<sup>19</sup>. Er zijn 16 inhoudelijke DKG's en één afslagklasse. Alleen de hoogst genummerde DKG telt mee als meerdere van toepassing zijn.
4. **AVI in combinatie met leeftijd:** verzekerden worden op dezelfde manier als bij het somatisch model ingedeeld (interactie tussen aard van inkomen en leeftijd).
5. **Regio:** verzekerden worden ingedeeld in één van tien regio's, samengesteld uit clusters van viercijferige postcodegebieden. Deze indeling is specifiek voor het ggz-model en is gedocumenteerd in bijlage C van WOR 1275.
6. **SES in combinatie met leeftijd:** dezelfde indeling als in het somatisch model, met interactie tussen sociaaleconomische status en leeftijd. Dit resulteert in 8 risicoklassen.
7. **PPA in combinatie met leeftijd:** indeling is eveneens gelijk aan die in het somatisch model. Dit resulteert in 18 risicoklassen.
8. **MHK:** indeling is gebaseerd op ggz-kosten in de voorafgaande 5 jaar. Hierbij tellen lggz-kosten voor t-1, t-2, t-3 en t-4 volledig mee<sup>20</sup>. Verzekerden zonder voldoende ggz-kosten komen in een afslagklasse.

Het Zorginstituut heeft voor het ggz-model de meeste gegevens gebruiksklaar aangeleverd. Uitzonderingen hierop zijn de kenmerken regio (bijlage C van WOR 1275) en MHK (paragraaf 3.8 van WOR 1273).

### 3.2.2 Schattingsmethode

De schatting van het ggz-model met behulp van Ordinary Least Squares (OLS) leidt ertoe dat een aanzienlijk deel van de verzekerden negatieve normatieve kosten krijgt toegewezen. Dit resultaat is te wijten aan de extreem scheve verdeling van ggz-kosten: meer dan 90% van de verzekerden maakt in een gemiddeld kalenderjaar helemaal geen ggz-kosten.

Om dit probleem te ondervangen, wordt in plaats van OLS gebruikgemaakt van kwadratische programmering (QP)<sup>21</sup>. Deze methode maakt het mogelijk om bij de schatting een ondergrens op te leggen aan de normatieve kosten, namelijk dat deze voor iedere individuele verzekerde in het onderzoeksbestand ten minste nul moeten bedragen<sup>22</sup>. Goed om op te merken is dat bij gebruik van QP (net bij als CR) niet meer geldt dat de gemiddelde normatieve kosten per klasse gelijk zijn aan de gemiddelde werkelijke kosten binnen die klasse.

### 3.2.3 Restricties

#### Bindende restricties

De belangrijkste bindende restrictie bij de schatting van het ggz-model is dat het model geen negatieve normatieve kosten

---

<sup>19</sup>Voor het onderzoeksbestand, zijn de in 2020 en 2021 gedeclareerde DBC-zorgproducten voor de DKG-afleiding vertaald naar ZPM-prestaties.

<sup>20</sup>Voor het onderzoeksbestand betreffen t-2, t-3 en t-4 pre-ZPM-kosten van 2021, 2020 respectievelijk 2019, toen lggz nog afzonderlijk kon worden onderscheiden in de DBC-declaraties; in de ZPM-systematiek kan dat niet meer. Omdat het bij data van jaar t-1 (2022) gaat om ZPM-data tellen lggz kosten hier automatisch mee.

<sup>21</sup>Het model wordt feitelijk niet geschat op individuniveau (N = 14,4 miljoen records), maar op het geaggregeerde niveau van subgroepen (N = 332.000) die zijn gedefinieerd door combinatie van alle vereveningscriteria in het onderzoeksbestand van de OT 2026 tegelijkertijd. De som van het aantal verzekerdenjaren per subgroep fungeert vervolgens als gewicht bij de schatting van de normbedragen.

<sup>22</sup>Wanneer sowieso aan de niet-negativiteitsrestrictie is voldaan (dat wil zeggen: als OLS geen negatieve normkosten genereert), dan levert QP exact dezelfde normbedragen als OLS.

mag genereren. Deze bindende beperking heeft vooral impact op de normbedragen van het regiokenmerk: de spreiding van deze bedragen wordt duidelijk beperkt. De restrictie heeft echter ook gevolgen voor andere risicoklassen, met name op hogere leeftijden. Hierdoor wijken de geschatte normatieve kosten in die klassen soms aanzienlijk af van de werkelijke kosten in het herwogen en geschaalde onderzoeksbestand. Dit effect is duidelijk zichtbaar bij verzekerden met blijvend Wlz-gebruik, behorend tot PPA-klassen 1 tot en met 6. Voor deze klassen resulteert het ggz-vereveningsmodel 2026 in een gemiddelde overcompensatie van circa 180 tot 970 euro per verzekerdenjaar, wat overeenkomt met het patroon uit eerdere jaren (vorig jaar 190 tot 910).

De tweede bindende restrictie betreft de psychische FKG's. Verzekerden kunnen in principe in meerdere van deze FKG's tegelijk worden ingedeeld. Net als bij het somatisch model is ook hier de restrictie opgelegd dat de gewogen normbedragen van alle psychische FKG's – inclusief FKG0, voor verzekerden die in geen enkele psychische FKG zijn ingedeeld – op macroniveau moeten optellen tot nul. Deze restrictie draagt bij aan het waarborgen van de macroneutraliteit binnen het vereveningsmodel.

#### **Niet-bindende restricties**

De niet-bindende restricties in het ggz-model – die dus geen enkele invloed hebben op de normatieve kosten per verzekerde die het model genereert – zijn analoog aan die in het somatisch model (zoals beschreven in paragraaf 2.2.3). Het gaat hierbij om restricties voor de kenmerken leeftijd/geslacht, psychische DKG's, AVI, regio, SES, PPA en MHK. Deze restricties dienen ter waarborging van macroneutraliteit binnen het model, maar zijn niet bindend omdat ze niet ingrijpen in de individuele normatieve kosten. Ze zorgen er uitsluitend voor dat op macroniveau – over de gehele populatie heen – de gewogen normbedragen van elk kenmerk (met uitzondering van leeftijd/geslacht) optellen tot nul, zonder de verdeling van normkosten over verzekerden te beïnvloeden.

#### **3.2.4 HKC**

Ook in 2026 is binnen het ggz-model een hogekostencompensatie (HKC) van toepassing. Deze regeling compenseert verzekeraars voor zeer hoge ggz-kosten bij een klein deel van hun verzekerden. Concreet houdt de HKC in dat van de 0,5% duurste ggz-gebruikers, 90% van de kosten boven de drempelwaarde (het 0,5%-kwantiel) achteraf worden gepoold. Dat wil zeggen dat deze kosten collectief worden gedragen. Vanwege de HKC worden twee sets van normbedragen berekend. De eerste set is inclusief de HKC-kosten en wordt door ZIN gebruikt bij de ex-ante toekenning van de vereveningsbijdragen aan verzekeraars. De tweede set van normbedragen sluit de kosten uit die via de HKC worden gepoold. Deze set is relevant voor de ex-post afrekening. In dit onderzoek worden de ex-post normbedragen geschaald naar het niveau van het MPB<sup>23</sup>. Bij de uiteindelijke afrekening schaaft ZIN deze bedragen terug om aan te sluiten bij de feitelijke kosten in de HKC-pool.

<sup>23</sup> Evenals bij het somatisch model (paragraaf 2.2) kan de gewogen som van de normbedragen op macroniveau als gevolg van afronding van de normbedragen op eurocenten theoretisch gezien maximaal 0,6 miljoen euro afwijken van het macro-deelbedrag geneeskundige ggz uit het MPB (van 6.106,84 miljard euro). Voor het ex-ante ggz-model 2026 blijkt de afwijking ongeveer 130.000 euro te bedragen; voor het model met toepassing van HKC is dit ongeveer 123.000 euro. Beide afwijkingen liggen ver onder het theoretisch maximum.

### 3.3 Herweging naar verzekerdenraming 2026

Vanwege veranderingen in de omvang en samenstelling van de verzekerdenpopulatie, en doordat niet-ingezetenen buiten beschouwing zijn gelaten, wijkt het aantal verzekerdenjaren in het ggz-onderzoeksbestand met kostendata uit 2023 af van de verzekerdenraming voor 2026. Daarom is het onderzoeksbestand herwogen naar deze raming, in principe op gelijke wijze als bij de somatische zorg. Voor het ggz-model geldt wel dat, net zoals in voorgaande jaren, interacties met leeftijd en geslacht voor alle kenmerken nog wel meegenomen worden.

Voor deze herweging heeft ZIN een spreadsheet aangeleverd met de verzekerdenraming voor het ggz-model in 2026. Deze bevat tabellen met verzekerdenaantallen per vereveningskenmerk, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht<sup>24</sup>. Daaruit zijn de volgende één-dimensionale tabellen afgeleid:<sup>25</sup>

1. **Tien psychische FKG's** (inclusief FKG=0), uitgesplitst naar leeftijd (vijf klassen van 15 jaar) en geslacht, wat resulteert in tien tabellen met elk 20 categorieën (2 x 5 x 2). In totaal 200 categorieën. Merk op: net als bij het somatisch model zijn twee keer zoveel waarden nodig omdat een verzekerde in meerdere FKG's kan vallen.
2. **Zeventien psychische DKG's** (inclusief DKG=0), uitgesplitst naar leeftijd en geslacht, wat één tabel oplevert met 170 categorieën (17 x 5 x 2).
3. **Zeven AVI-klassen**, naar leeftijd en geslacht. Dit resulteert in één tabel met 126 categorieën (waarbij leeftijden 18 - 69 uiteenlopende indelingen kennen, en  $\geq 70$  jaar in een aparte groep valt).
4. **Tien regioclusters** voor ggz-kosten, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht (één tabel met 300 categorieën: 10 x 15 x 2).
5. **Vier SES-klassen** naar leeftijd en geslacht (één tabel met 120 categorieën: 4 x 15 x 2).
6. **Zes PPA-klassen** naar leeftijd en geslacht (één tabel met 180 categorieën: 6 x 15 x 2).
7. **Acht MHK-klassen** (inclusief MHK=0), uitgesplitst naar leeftijd en geslacht (één tabel met 80 categorieën: 8 x 5 x 2).

In totaal zijn er 1176 afzonderlijke totalen waarnaar herwogen moet worden. Net als bij het somatisch model is met behulp van de RAS-methode voor alle voorkomende combinaties van risicoklassen in het model een weegfactor bepaald.

Er zijn circa 332.000 combinaties die daadwerkelijk in het model voorkomen. Hiervoor ligt 98% van de gewichten tussen 0,73 en 1,42, en 90% tussen 0,87 en 1,21 (gewogen naar subgroepomvang). Deze marges zijn kleiner dan vorig jaar bij de berekening van de ggz-normbedragen voor 2025 (toen respectievelijk 0,63–1,72 en 0,81–1,28), wat aangeeft dat de

---

<sup>24</sup>In de oorspronkelijke ggz-verzekerdenraming 2026 van ZIN komen ruim 210.000 verzekerdenjaren voor waarvan regio, SES en PPA onbekend zijn. Dit betreft niet-ingezetenen. Ten behoeve van onderhavige analyses heeft ZIN deze verzekerden naar rato verdeeld over de betreffende risicoklassen in het vereveningsmodel, rekening houdend met leeftijd. Voor deze groep zijn ook de FKG- en DKG-prevalenties onbekend. Net als vorig jaar worden deze verzekerden ingedeeld bij de betreffende afslagklassen. Zij worden verder op reguliere wijze ingedeeld bij leeftijd/geslacht, AVI en MHK. Het (nieuw vormgegeven) SEI-kenmerk houdt rekening met de onder/overcompensaties die deze wijze van indelen tot gevolg heeft (WOR 1279).

<sup>25</sup>Voor indelingen (3) tot en met (6) is leeftijd opgesplitst in dezelfde 15 klassen die het vereveningsmodel zelf onderscheidt voor 18-plussers. Voor indelingen (1), (2) en (7) zijn vijf leeftijdsgroepen van elk (in principe) 15 jaar gebruikt omdat anders de aantallen verzekerden per subgroep te klein worden voor een betrouwbare herweging. De jongste leeftijdsgroep bevat daarbij de 18-tot-30-jarigen en de oudste de 90-plussers.

gewichten minder ver uit elkaar liggen. Ook zien we dit jaar in tegenstelling tot vorig jaar geen extreme herwegingsgewichten van kleiner dan 0,10 (zowel dit jaar als vorig jaar zijn er geen herwegingsgewichten >10). Vorig jaar speelde mee dat de prevalentie van DKG 15 in de verzekerdensraming sterk afweek van de onderzoeksdata waardoor extreme weegfactoren nodig waren. Dat speelt dit jaar niet meer.

### 3.4 Schaling naar macroprestatiebedrag 2026

Na herweging van het ggz-onderzoeksbestand naar de verzekerdensraming voor 2026 zijn de ggz-kosten geschaald naar het MPB van 2026. In Tabel 3.1 zijn de belangrijkste cijfers weergegeven. Merk op dat de gemiddelde kosten na herweging afwijken van de eerder gepresenteerde kosten in Tabel 2.1, doordat daar een andere – niet specifiek op het ggz-model toegesneden – herweging is toegepast<sup>26</sup>. De herweging specifiek voor de ggz heeft geleid tot een stijging van het kostenniveau met 0,4%, van 388,85 euro (zoals vermeld in WOR 1273, Tabel 2.1) naar 390,53 euro (zie Tabel 3.1). Ter vergelijking: vorig jaar leidde de herweging nog tot een stijging van 1,9%, het jaar daarvoor tot een daling van 1,8%.

**Tabel 3.1: MPB 2026 en ophoogfactor van het ggz-onderzoeksbestand 2023 (na herweging naar de verzekerdensraming 2026) naar het MPB 2026**

	Totaal (mln. euro)	Gemiddelde (euro per verz. jaar)		Ophoog- factor <sup>b</sup>
	MPB 2026 <sup>a</sup>	MPB <sup>a</sup>	Onderzoeksbestand (herwogen)	
Geneeskundige ggz	6.106,84	415,91	390,53	1,06499

<sup>a</sup> Het gemiddelde bedrag van het MPB per verzekerdensjaar is berekend door het macrobedrag te delen door het aantal verzekerdensjaren van 18-plussers uit de verzekerdensraming voor 2026: 14.683.000.

<sup>b</sup> De hier weergegeven ophoogfactor is niet gelijk aan het overeenkomstige cijfer in Tabel 2.1 omdat daar een andere, op het somatisch model toegesneden verzekerdensraming is gebruikt. Daarnaast spoort de ophoogfactor door afrondingen niet precies met de gemiddelden in de voorgaande kolommen.

De ophoging naar het MPB brengt vervolgens een extra stijging van de kosten met zich mee van 6,5%. Deze ophoging is bedoeld om de feitelijke en verwachte loon- en prijsontwikkelingen, evenals mogelijke beleidswijzigingen, tussen het gegevensjaar 2023 en het vereveningsjaar 2026 te corrigeren.

De geschaalde kosten worden gebruikt voor zowel de schatting van het ex-ante ggz-model als het model na toepassing van HKC. Voor dit laatstgenoemde model is het drempelbedrag bepaald waarboven de 0,5% duurste ggz-gebruikers uitkomen, met inachtneming van de herweging. Deze drempel komt voor model 2026 op 104.281 euro, wat 3,1% lager is dan het bedrag van 107.600 euro van vorig jaar. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de grote groei in het aantal ggz-gebruikers dat in de Gegevensfase al te zien was (ca. 5,2%, zie Tabel 2.1 van WOR 1273). Als deze groei vooral plaatsvindt onder gebruikers met relatief lagere kosten, verklaart dit de daling van het 99,5% kwantiel.

<sup>26</sup>De factor in Tabel 2.1 is relevant voor de ophoging van de kosten ten behoeve van het eigen-risicomodel, voor consistentie wordt voor dit model de somatische herweging gebruikt.

## 4 Vereveningsmodel voor eigen betalingen onder het verplicht eigen risico

### 4.1 Inleiding

Het eigen-risicomodel wordt geschat op het onderzoeksbestand voor somatische zorg, dat is aangevuld met ggz-kosten uit het ggz-onderzoeksbestand. De daarin opgenomen kosten zijn geschaald naar het MPB van 2026, conform de methode zoals beschreven in paragraaf 2.4.

Voor verzekerden die minder dan een jaar zijn ingeschreven, wordt het eigen-risicobedrag van 385 euro evenredig aangepast aan de duur van hun inschrijving. De zorgkosten die voor verevening relevant zijn, worden vervolgens afgetopt op dit aangepaste bedrag. Het verschil – oftewel de kosten tot aan de aftopping – geldt als de eigen betaling van de verzekerde. Deze methodiek is gangbaar binnen de verzekeringspraktijk en is bovendien verankerd in de Zvw.

In Nederland geldt voor alle verzekerden boven de 18 jaar een verplicht eigen risico bij de zorgverzekering. Net als in 2025, bedraagt deze in 2026 385 euro per kalenderjaar<sup>27</sup>. Tot dit bedrag moeten gemaakte zorgkosten door de verzekerden zelf betaald worden, en niet door de verzekeraars. In de modellen voor de somatische zorg en ggz wordt hier geen rekening mee gehouden. Zonder correctie hierop is het voor verzekeraars gunstiger om veel zieke verzekerden in hun portefeuille te hebben die waarschijnlijk het gehele eigen risico opmaken. In dat geval kunnen verzekeraars meer eigen betalingen innen bij de verzekerden (met de aanname dat zieke verzekerden meer kosten maken dan gezonde verzekerden). Om dit te voorkomen geeft het eigen-risicomodel normatieve correcties voor de eigen betalingen onder het eigen risico.

Het model zelf richt zich uitsluitend op de niet-forfaitaire groep, dat wil zeggen verzekerden zonder FKG, DKG, FDG, MVV of HHK en met  $MHK \leq 1$ <sup>28</sup>. Binnen deze groep kan MHK dus nog de waarde 0 of 1 aannemen. Voor de forfaitaire groep geldt een vergoeding die gelijk is aan de verwachte gemiddelde eigen betalingen binnen deze groep. Voor de forfaitaire groep wordt aangenomen dat vrijwel alle verzekerden hun volledige eigen risico benutten. Uit de data blijkt dit ook grotendeels te kloppen: circa 83% van deze groep volmaakt het volledige eigen risico van 385 euro (uitgaande van het kostenniveau voor 2026).

### 4.2 Opbouw model

#### 4.2.1 Vereveningskenmerken

In het eigen-risicomodel zijn (exclusief SEI) vier vereveningskenmerken opgenomen:

---

<sup>27</sup>Bovenop het verplicht eigen risico van 385 euro per verzekerde is er nog de mogelijkheid om maximaal 500 euro vrijwillig eigen risico te kiezen.

<sup>28</sup>FKG, DKG, MHK hebben in de context van het eigen-risicomodel betrekking op het somatisch model.

1. **Leeftijd en geslacht**, zoals gedefinieerd in het somatisch model, met 30 risicoklassen (15 leeftijdscategorieën × 2 geslachten).
2. **AVI in combinatie met leeftijd**, eveneens overgenomen van het somatisch model, met 29 risicoklassen.
3. **Regio**, op basis van de indeling uit het somatisch model, met 10 risicoklassen.
4. **MHK**: indeling op basis van wel of geen opname in de top 30% van somatische kosten in minstens één van de drie voorgaande jaren, resulterend in 2 risicoklassen.

Het eigen-risicomodel voor 2026 bestaat hiermee in totaal uit 71 risicoklassen. Deze risicoklassen zijn grotendeels gelijk aan die van het modeljaar 2025. Wel is het regiokenmerk geactualiseerd en is de definitie van MHK aangepast bij invoering van het nieuwe HHK-kenmerk. De grootste wijziging ten opzichte van vorig jaar heeft te maken met de afbakening van de forfaitaire groep. Door de toevoeging van het HHK-kenmerk en de updates van de FKG's en het MHK-kenmerk verschuiven per saldo 312.000 verzekerdenjaren van de niet-forfaitaire naar de forfaitaire groep. Dit betekent dat de groep waarop het eigen-risicomodel wordt geschat, kleiner wordt.

#### 4.2.2 Schattingsmethode en restricties

Het eigen-risicomodel wordt met OLS geschat op de volwassen verzekerden binnen de niet-forfaitaire groep. De restricties voor de kenmerken leeftijd/geslacht, AVI en regio zijn gelijk aan die in het somatisch model (zoals beschreven in paragraaf 2.3.2). Dit geldt eveneens voor het kenmerk MHK, dat in het eigen-risicomodel nog slechts twee klassen heeft waarmee onderscheid wordt gemaakt tussen verzekerden die wel of niet in ten minste één van de drie voorafgaande jaren tot de 30% met de hoogste somatische kosten behoorden.

#### 4.3 Herweging naar verzekerdenraming 2026

Voor het eigen-risicomodel wordt in eerste instantie gebruikgemaakt van dezelfde herweging naar de verzekerdenraming als bij het somatisch model (zie paragraaf 2.3). Daarnaast heeft ZIN specifiek voor het eigen-risicomodel een aparte verzekerdenraming opgesteld. Wanneer deze raming wordt toegepast op het onderzoeksbestand, blijkt echter dat deze niet volledig aansluit bij de eerdere herweging op basis van het somatisch model<sup>29</sup>. Om dit verschil te corrigeren, is een aanvullende herweging toegepast op de groep verzekerden waarop het eigen-risicomodel van toepassing is. Deze herweging is uitgevoerd met behulp van de RAS-procedure en gebaseerd op de prevalenties uit de eigen-risico-verzekerdenraming, uitgesplitst naar leeftijd/geslacht (30 klassen), aard van inkomen (29 klassen), regio (10 klassen) en meerjarig hoge kosten (2 klassen). Voor de 2.510 voorkomende combinaties van risicoklassen in het model levert de herweging geen extreme gewichten op. Alle weefactoren liggen tussen de 0,5 en 2.

De verzekerdenraming (en dus de herweging) heeft alleen betrekking op de niet-forfaitaire groep. Impliciet wordt ook de omvang van de forfaitaire groep gegeven (als het verschil tussen het geraamde aantal 18-plussers en de niet-forfaitaire

<sup>29</sup>De (herwogen) aantallen in de forfaitaire groep en niet-forfaitaire groep zijn sowieso niet gelijk aan de aantallen van de verzekerdenraming omdat daarin altijd een correctie – bestaande uit een vaste vermenigvuldigingsfactor op de aantallen in alle risicoklassen – is meegenomen voor de 10.000 gedetineerden, voor wie het verplicht eigen risico niet van toepassing is. Net als afgelopen jaren heeft ZIN de betreffende correctie echter achterwege gelaten. Ter compensatie hogen wij in de onderliggende berekeningen de opbrengst van het verplicht eigen risico volgens het MPB met het omgekeerde van die factor op.

groep). De omvang van deze groep volgens het in paragraaf 2.3 herwogen somatische model ligt ca. 1% hoger dan deze raming (ongeveer 54.000 verzekerdenjaren). We corrigeren hiervoor met een weegfactor van 0,99 voor de forfaitaire groep.

### 4.4 Schaling naar macroprestatiebedrag 2026

In aanvulling op het MPB bevat de Regeling risicoverevening 2026 ook een raming van de totale opbrengst uit het verplicht eigen risico. Voor 2026 is deze geraamd op 3.442,7 miljoen euro. Tegelijkertijd bevat het herwogen en geschaalde onderzoeksbestand per verzekerde ook (een schatting van) de eigen betaling. Daarbij zijn de kosten die meetellen voor het verplicht eigen risico geschaald naar het MPB conform de werkwijze in paragraaf 2.4. De raming van de totale eigen betalingen op basis van het onderzoeksbestand komt niet noodzakelijk overeen met raming in het MPB. Daarom wordt een schalingsfactor bepaald op basis van de verhouding tussen de twee ramingen.

Na herweging en schaling komt de opbrengst van het eigen risico in het model uit op 3.497 miljoen. Om ervoor te zorgen dat het model precies aansluit bij de geraamde opbrengst (3.443 miljoen euro) passen we conform de methode van voorgaande jaren een factor toe van ca. 0,985<sup>30</sup> (vorig jaar: 0,995) op de normbedragen en het vaste bedrag voor de forfaitaire groep.

Het verwerken van het verschil tussen het model en het MPB met behulp van een schalingsfactor kent nadelen als methode, omdat deze niet volledig rekening houdt met het feit dat veel verzekerden hun volledige eigen risico volmaken. Een alternatief is om eerst voor iedere verzekerde in het model de kosten die onder het eigen risico vallen te schalen zodanig dat de verwachte opbrengst in het MPB precies gehaald wordt. Uit eerder onderzoek blijkt echter dat hiervoor zeer hoge schalingsfactoren nodig zijn (>10%, WOR 1222), voornamelijk omdat voor de meeste verzekerden geldt dat zij óf geen zorgkosten hebben óf het eigen risico ruim volmaken. We kiezen ervoor om dit jaar de methode van voorgaande jaren te blijven hanteren. Voor volgend jaar staat een partieel onderzoek naar het eigen-risicomodel op de onderzoeksagenda (WOR 1261). Op basis van de uitkomsten daarvan, en mogelijke aanpassingen aan het verplicht eigen risico vanuit de politiek, zullen we volgend jaar dit punt opnieuw bekijken.

De schalingsfactor wordt gebruikt om de aanvankelijk geschatte normbedragen en het vaste bedrag voor verzekerden in de forfaitaire groep aan te passen. Doel hiervan is dat het gewogen totaal van de normatieve eigen betalingen exact aansluit bij de in de regeling vastgestelde opbrengst uit het verplicht eigen risico<sup>31</sup>.

Tabel 4.1 laat zien hoe deze aanpassing richting de macro-opbrengst is doorgevoerd. De gemiddelde eigen betaling, zoals berekend in het onderzoeksbestand (na herweging en schaling), wordt afgestemd op het macrobedrag uit de Regeling risicoverevening 2026. Dat gebeurt door het totale geraamde bedrag te delen door het aantal verzekerden uit de verzekerdenraming voor 2026. Dit jaar resulteert dat in een schalingsfactor van 0,98521.

---

<sup>30</sup>Merk op: in deze factor corrigeren we ook voor de 10.000 gevangenen die nog in het onderzoeksbestand zitten.

<sup>31</sup>Evenals bij het somatisch model (zie paragraaf 2.2) kan de gewogen som van de normbedragen (+ vast bedrag voor de forfaitaire groep) op macroniveau als gevolg van afronding op eurocenten afwijken van de macro-opbrengst volgens het MPB. Voor model 2026 blijkt de afwijking ongeveer 10.000 euro te bedragen.

#### 4. Vereveningsmodel voor eigen betalingen onder het verplicht eigen risico

**Tabel 4.1:** Eigen betalingen t.g.v. verplicht eigen risico van 385 euro, onderzoeksbestand met 2023-data, herwogen en geschaald naar 2026 (18+)

	# Verz.jaren <sup>a</sup>	Bedragen in euro's per verz.jaar		Schalings- factor <sup>c</sup>
	ZIN-raming 2026	Onderzoeksbestand	Model 2026 <sup>b</sup>	
Niet-forfaitair	8.944.802	167,17	164,70	—
Forfaitair	5.738.198	348,80	343,64	—
<b>Totaal</b>	<b>14.683.000</b>	<b>238,15</b>	<b>234,63</b>	<b>0,98521</b>

<sup>a</sup> In de verzekerdraming voor 2026 zijn 10.000 gedetineerden opgenomen, die (tijdelijk) geen verplicht eigen risico hebben. Het totaal aantal verzekerdjaren in de verzekerdraming is daarmee feitelijk 14.673.000 (14.683.000 – 10.000).

<sup>b</sup> De Regeling risicoverevening 2026 meldt 3442,7 miljoen euro als macro-opbrengst van de eigen betalingen ten gevolge van het verplicht eigen risico van 385 euro. Gecombineerd met het totaalaantal verzekerdjaren met een verplicht eigen risico volgens de verzekerdraming (exclusief de 10.000 gedetineerden), geeft dit de geraamde gemiddelde eigen betaling van 234,63 euro per verzekerdjaar (18+).

<sup>c</sup> De schalingsfactor berekend op de onderste regel is het quotiënt van enerzijds de geraamde gemiddelde eigen betaling die volgt uit de combinatie van het MPB en de verzekerdraming (zie voetnoot b van deze tabel), en anderzijds de gemiddelde eigen betaling die uit het herwogen en opgehoogde onderzoeksbestand komt. De schalingsfactor is in de tabel gebruikt voor de berekening van de gecontinueerde bedragen.

## 5 Plausibiliteit normbedragen 2026

Op basis van de resultaten in dit hoofdstuk concluderen we dat de ontwikkelingen in de normbedragen voor alle modellen plausibel geacht kunnen worden. Verschuivingen ten opzichte van vorig jaar zijn verklaarbaar op basis van kostenontwikkelingen, modelwijzigingen of effecten van schaling/herweging.

### 5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de plausibiliteitstoets die als afsluitende controle is uitgevoerd op de normbedragen van het risicovereveningsmodel 2026. Het doel van deze toets is om te beoordelen of de berekende normbedragen logisch en verklaarbaar zijn door deze te vergelijken met de normbedragen van 2025, zoals vastgelegd in de Regeling risicoverevening 2025.

Een normbedrag wordt als plausibel beschouwd wanneer verschuivingen ten opzichte van 2025 kunnen worden verklaard door één of meer van de volgende drie factoren:

1. Veranderingen in de onderliggende data, waaronder toevalsfluctuaties en eventuele wijzigingen in kostendefinities.
2. Aanpassingen aan het vereveningsmodel zelf.
3. Verschillen in herweging naar de verzekerdraming of in de schaling naar het MPB.

De toets is voor elk afzonderlijk vereveningsmodel (somatisch model, ggz-model en eigen-risicomodel) in twee stappen uitgevoerd. In de eerste stap is gekeken naar de verschuiving van normbedragen in 2026 ten opzichte van het Uitgangsmodel 2026 (zoals opgenomen in de OT, WOR 1275). Hierbij is beoordeeld in hoeverre deze verschuiving te verklaren is op basis van verklaring 3 (herweging en/of schaling).

In de tweede stap is de totale verandering van normbedragen tussen 2025 en 2026 beoordeeld door bijlage B van dit rapport te vergelijken met de Regeling risicoverevening 2025. Indien hierbij een afwijking wordt gevonden die niet reeds is verklaard in de eerste stap, is onderzocht of deze toe te schrijven is aan verklaring 1 (datawijzigingen of toeval) of verklaring 2 (modelwijzigingen).

Om de omvang van de verschuivingen in normbedragen kwantitatief te beoordelen, wordt gebruikgemaakt van de maatstaf GGAV. Deze maat drukt uit hoeveel euro de normbedragen van het ene model(jaar) gemiddeld afwijken van die van het andere, waarbij de afwijking wordt gewogen naar het aantal verzekerdjaren per risicoklasse (voor zover die klassen overeenkomen in beide modellen). Om de vergelijking goed te kunnen maken, wordt gecorrigeerd voor kostenniveaverschillen tussen de betrokken datajaren of onderzoeksbestanden.

### 5.2 Somatisch model

Voor het somatisch model blijkt uit Tabel 5.1 dat de normbedragen ten opzichte van het OT Uitgangsmodel 2026 met gemiddeld 12,6 euro zijn verschoven. Dit ligt in lijn met vorig jaar, toen het verschil 13,7 euro bedroeg. Met het buiten

beschouwing laten van de nieuwe kenmerken OKH en HHK (voor een eerlijkere vergelijking) is de GGAV 14,2: de normbedragen van de twee nieuwe kenmerken hebben zich gemiddeld wat stabielier ontwikkeld. Ook de GGAV tussen het vereveningsmodel van vorig jaar en dit jaar is met 32,7 euro vergelijkbaar met de GGAV van vorig jaar van 34,9 euro.

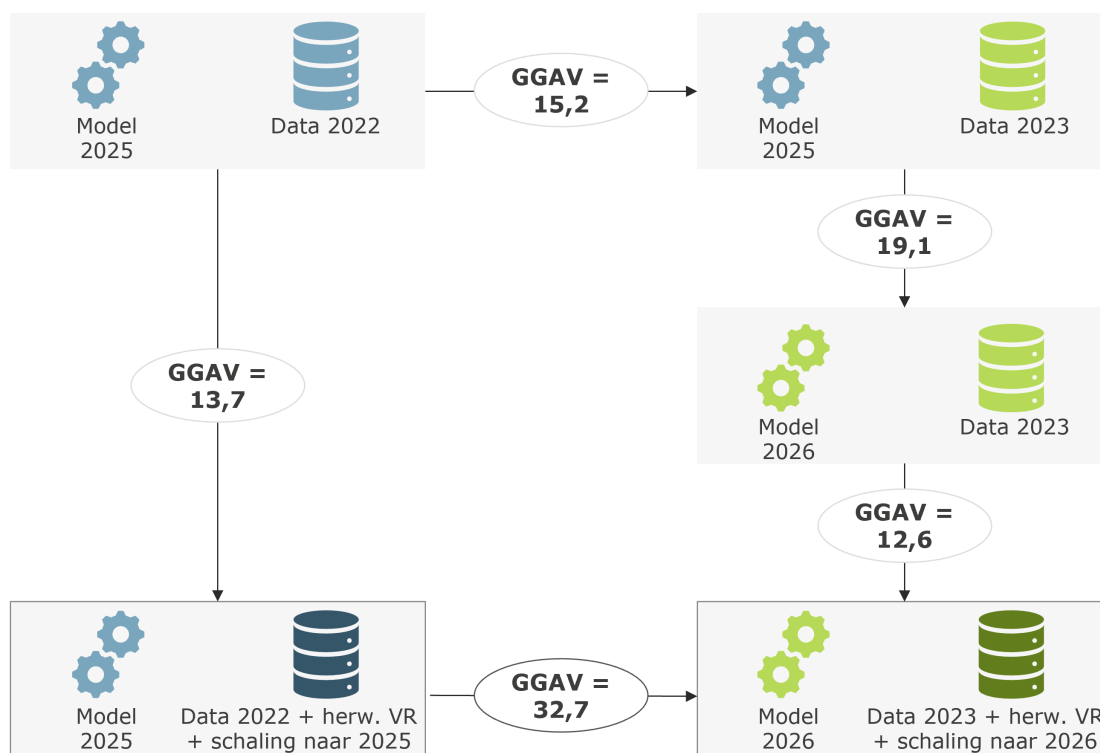
**Tabel 5.1:** GGAV in normbedragen voor het somatische model (zonder HKC) t.o.v. het Uitgangsmodel en definitieve model van vorig jaar<sup>a</sup>

	2025 <sup>b</sup>	2026
GGAV t.o.v. het Uitgangsmodel (OT-fase)	13,7	12,6
GGAV t.o.v. het definitieve model van vorig jaar	34,9	32,7

<sup>a</sup> Normbedragen telkens gecorrigeerd voor het verschil in kostenniveau tussen twee modellen.

<sup>b</sup> Cijfers overgenomen uit Tabel 5.1 van WOR 1222.

Figuur 5.1 geeft een overzicht van de GGAV's tussen de normbedragen van de vijf relevante modellen. De GGAV tussen beide definitieve modellen - 2025 en 2026 - is 32,7. Dit komt deels door de overstap van data 2022 naar 2023 (GGAV van 15,2) en deels door de aanpassingen in het model (GGAV van 19,1). Dit leidt gezamenlijk al tot een verwachte GGAV van  $15,2 + 19,1 = 34,3$ . Daarboven op komen nog de effecten van herweging naar de verzekerdensraming en schaling naar het MPB (GGAV van 12,6). In dat licht valt de GGAV van 32,7 euro mee en is de totale verschuiving van normbedragen van het definitieve model 2026 ten opzichte van het definitieve model 2025 verklaarbaar.



**Figuur 5.1:** Gewogen gemiddelde absolute veranderingen (GGAV) in normbedragen tussen 2025- en 2026-modellen (zonder HKC) voor somatische zorg, geschat op data van 2022 en 2023

Voor elk afzonderlijk vereveningskenmerk hebben we onderzocht of de verschillen in normbedragen tussen de definitieve modellen van 2025 en 2026 kunnen worden verklaard door verschillen in kostendata, modelaanpassingen, herweging en/of schaling. We hebben in detail gekeken naar alle normbedragen met een verschil van meer dan 2.000 euro<sup>32</sup>. Merk op: de getallen die we hieronder noemen zijn afgerond op honderdtallen en telkens gebaseerd op de verschillen tussen de normbedragen waar gecorrigeerd is voor het kostenverschil tussen de modellen. De volgende veranderingen in normbedragen zijn hierbij vastgesteld:

- De veranderingen in de normbedragen voor FKG 19 (-2.100) en FKG 39 (-4.600) zijn in lijn met de veranderingen gezien in de OT-fase. Voor FKG 19 (diabetes type I zonder hypertensie) komt dat door het toevoegen van het HHK-kenmerk en voor FKG 39 (pulmonale arteriële hypertensie) is de daling in lijn met de kostendaling die zichtbaar was in de Gegevensfase.
- De normbedragen van drie van de vier EHK's stijgen met bedragen tussen de 30.400 en 81.900 euro. Het normbedrag van EKH 3 (FKG 49) daalt met 21.000 euro. Dit is te verklaren door het jaarlijks onderhoud dat ZIN uitvoert, waarbij de indeling is gewijzigd en doordat de betreffende patiëntgroepen erg klein in omvang zijn (260 - 790 verzekerdenjaren). De wijzigingen in normbedragen liggen in lijn met de resultaten uit de OT-fase.
- De normbedragen dalen van DKG 15 (cystic fibrosis, hemofilie incidenteel; -20.700), DKG 25 (hemofilie structureel; -34.300) en DKG 26 (nierdialyse zonder niertransplantatie, cystic fibrosis; -9.000). Deze dalingen in normbedragen komen overeen met de kostendalingen zichtbaar in de Gegevensfase voor cystic fibrosis en hemofiliepatiënten. De daling voor cystic fibrosis is in lijn met de algehele kostendaling die we voor cystic fibrosis zien. De daling voor hemofilie is waarschijnlijk gerelateerd aan de daling van de gemiddelde vergoeding van het middel Emicizumab (ATC B02BX06)<sup>33</sup>.
- De normbedragen van DKG 18 (maligne prostaat; overige maligniteiten (incl. metastasen); -5.200) en DKG 19 (aplastische anemie, maligniteiten urine-organen; -2.000) dalen. Deze dalingen zijn in lijn met de OT-fase en sluiten aan bij de kostenontwikkelingen. Bij DKG 18 heeft een grote prevalentiestijging plaatsgevonden (8,2%), wat een verklaring kan zijn voor de kostendaling en vervolgens de daling van het normbedrag.
- Het normbedrag van DKG 14 stijgt met 2.400 euro. Dit is nog 1.200 euro meer dan in de OT-fase. In deze klasse zitten veel verzekerden die ook in FKG 38 zitten (waarvan het normbedrag is gedaald met 1.700 euro) en ook relatief veel patiënten met extreem hoge kosten. Het verschil met de OT wordt veroorzaakt door de sterker dan gemiddeld gestegen kosten door herweging en schaling.
- Het normbedrag van FDG 4 daalt flink, met 12.700 euro. Dit is in lijn met de gerapporteerde kostendaling in FDG 4 in de Gegevensfase (-17.000 euro). Deze daling hangt samen met kostendalingen die we zien voor alle klassen gerelateerd aan cystic fibrosis: cystic fibrosis-patiënten vormen een groot deel van de FDG 4 klasse.
- De normbedragen van MHK 6 en MHK 7 zijn met respectievelijk 3.100 en 2.600 euro gedaald. Dit is in lijn met wat we zagen in de (pre-)OT en deels verklaarbaar door toevoeging van het HHK-kenmerk. Daarnaast lijkt het deels te komen door de schaling naar het MPB. De kosten van verzekerden die in de klassen MHK > 1 vallen zijn minder hard gestegen dan de gemiddelde kosten. Zij maken dus relatief veel kosten in zorgsectoren met lagere kostenstijgingen dan gemiddeld.

---

<sup>32</sup>Deze afkapwaarde is in zekere zin arbitrair, de andere normbedragen zijn ook bekeken en daar zijn geen bijzonderheden geconstateerd.

<sup>33</sup>Een daling van ruim 40.000 euro per gebruiker volgens de GIPdatabank.

- Het normbedrag van MVV 9 daalt met 3.600 euro. Dit komt voornamelijk door de schaling en herweging van het onderzoeksbestand: de gemiddelde kosten van deze groep stijgen daardoor minder hard dan gemiddeld. Ook bij de andere positieve MVV-klassen zien we een daling van het normbedrag.

Ook veranderingen in het normbedrag kleiner dan 2.000 euro kunnen veel impact hebben als het gaat om grote risicoklassen. Daarom hebben we ook gekeken naar klassen waarin de macroverschuiving groter is dan 100 miljoen euro<sup>34</sup>. Dit jaar gaat dat om de volgende risicoklassen (inclusief FKG 19 die hierboven al is besproken):

- FKG's 0, 14, 20 en 38. Het (negatieve) normbedrag van de afslagklasse is met 37 euro gestegen, waardoor er 480 miljoen minder verevend wordt via dit kenmerk. Dat is in lijn met de kostendalingen die we zien in een aantal FKG's (daar tegenover staan stijgingen van EHK's, maar die hebben in totaal minder effect). Via FKG's 14, 20 en 38 wordt respectievelijk 140, 128 en 125 miljoen minder verevend. Dit is in lijn met de bevindingen in de OT. Specifiek voor FKG 20 (diabetes type I met hypertensie) komt dit door toevoeging van het HHK-kenmerk.
- Het normbedrag van DKG 0 is met 21 euro gestegen, waardoor er 337 miljoen euro minder verevend wordt over dit kenmerk. Dat komt overeen met de kostendalingen die we zien in de hoge DKG's. Het normbedrag van DKG 5 daalt met bijna 400 euro, waardoor 101 miljoen minder verevend wordt. Dit is in lijn met de OT-fase en de kostenontwikkeling voor deze DKG uit de Gegevensfase.
- MHK-klassen 0 t/m 5. De normbedragen van MHK 0 en 1 stijgen met respectievelijk 58 euro (effect van 586 miljoen) en 40 euro (effect van 260 miljoen). De normbedragen van MHK-klasse 2 t/m 5 dalen, wat een effect heeft van respectievelijk 153, 112, 151 en 103 miljoen euro. Dit wordt veroorzaakt door dezelfde effecten als eerder beschreven bij MHK-klassen 6 en 7.
- Het normbedrag van MVV 0 is met 11 euro gestegen, waardoor er 187 miljoen euro minder verevend wordt over dit kenmerk. Dat komt overeen met de kostendalingen in alle positieve MVV-klassen die we zagen in de Gegevensfase.
- HSM 0 en 1. Door een onderliggende modelwijziging - schilindicators zitten sinds 2023 in het model en vallen dus in model 2026 onder HSM 1 - is de prevalentie van HSM 1 flink gestegen. De nieuwe verzekerden die in HSM 1 vallen hebben gemiddeld lagere kosten. Het normbedrag voor HSM 1 daalt hierdoor met 45 euro, terwijl het (negatieve) normbedrag van HSM 0 stijgt met 24 euro. De macro-effecten hiervan zijn -379 en +222 miljoen euro.

Er zijn twee FKG's > 0 met negatieve normbedragen: FKG 6 (schildkliaandoeningen) en FKG 25 (HIV/AIDS). Het normbedrag van FKG 25 (-125 euro) was ook de afgelopen jaren negatief (vorig jaar -457 euro). Vermoedelijk is dit normbedrag minder negatief geworden door invoering van het HHK-kenmerk (mogelijk omdat HIV-patiënten relatief weinig hulpmiddelen gebruiken: gemiddeld <150 euro, waardoor ze in de afslagklasse vallen). Een omgekeerd effect was te zien toen het HKG-kenmerk uit het model is gehaald. Het normbedrag van FKG 6 (-2 euro) was ook in de vereveningsmodellen van 2022 en 2023 negatief.

Bij de DKG's is er in enkele gevallen geen sprake van een hoger normbedrag bij een oplopend rangnummer, terwijl dat wel de opzet is. Net als vorig jaar gaat het in 4 gevallen om een daling van meer dan 1.000 euro. De grootste uitschieters zijn DKG 15 (3.000 euro lager ten opzichte van DKG 14) en DKG 18 (11.100 lager ten opzichte van DKG 17). Voor beide gevallen is hierboven een verklaring gegeven.

<sup>34</sup>De macroverschuiving is de verschuiving in het normbedrag vermenigvuldigd met de (herwogen) prevalentie 2026.

Verder zien we dat de normbedragen van de EHK-clusters (FKG 47-50) oplopen. Ook de normbedragen van MHK, MVV en HHK lopen op met het rangnummer, conform de bedoeling. Voor het FDG-kenmerk is dat niet het geval: door de sterke daling van het normbedrag van FDG 4 is deze nu 151 euro lager dan het normbedrag voor FDG 3.

Alles overwegende concluderen we dat de ontwikkeling van de normbedragen plausibel is.

### 5.2.1 Waardebereik van normatieve kosten

Uit de OT van dit jaar bleek dat het vereveningsmodel 2026 voor zo'n 16.500 verzekerdenjaren normatieve kosten onder de 0 euro genereerde. Na herweging en schaling van het definitieve onderzoeksbestand is dit aantal gestegen naar ruim 19.000 verzekerdenjaren. Waar dit vorig jaar uitsluitend vrouwen van 80-84 jaar waren die blijvend in een Wlz-instelling wonen met behandeling, zijn het dit jaar mannen en vrouwen van 70 jaar of ouder die blijvend in een Wlz-instelling wonen. Waarschijnlijk is dit een gevolg van de introductie van twee nieuwe kenmerken (HHK en OKH), die beide zorgen voor een extra negatief normbedrag voor specifieke groepen. Ook speelt mee dat de normbedragen van de hogere leeftijd/geslachtsgroepen relatief gedaald zijn ten opzichte van vorig jaar. In het geschaalde en herwogen model dalen deze nog wat verder, wat de extra 2.500 verzekerden met negatieve normkosten kan verklaren.

De hoogste normatieve kosten die het model 2026 oplevert bedragen 665.000 euro volgens het herwogen en geschaalde bestand<sup>35</sup>. Ter vergelijking, in model 2025 lag de maximale normatieve waarde nog zo'n 100.000 euro lager. Bij 225 verzekerdenjaren liggen de werkelijke kosten nog hoger dan 665.000 euro. De extreme normkosten komen vooral voor bij verzekerden die zijn ingedeeld in de EHK-clusters van het FKG-criterium, waar zowel normatieve als werkelijke kosten uitzonderlijk hoog zijn. Als de vier EHK-clusters buiten beschouwing worden gelaten, zijn de maximale normkosten 270.000 euro in model 2026, tegenover 282.000 in model 2025.

### 5.2.2 Somatisch model met HKC

In het herwogen en geschaalde onderzoeksbestand voor 2026 leidt de HKC zoals beschreven in paragraaf 2.2.4 tot een totale compensatie van 78,3 miljoen euro, verdeeld over 491 verzekerdenjaren. Dat is 4,1 miljoen euro meer dan het voorgaande jaar<sup>36</sup> (74,2 miljoen euro bij ruim 640 verzekerdenjaren, zie WOR 1222, paragraaf 2.4). Een soortgelijk patroon - een iets grotere HKC-pool verdeeld over minder verzekerdenjaren - zagen we in de OT-fase. De normbedragen in het HKC-model zijn zoals gebruikelijk gecorrigeerd met een factor van  $1,00133 = 58.968,0 / (58.968,0 - 78,4)$ . Deze correctie zorgt ervoor dat de totale kostenraming weer aansluit bij het MPB uit Tabel 2.1.

Tabel 5.2 laat de GGAV in normbedragen zien tussen het Uitgangsmodel en het definitieve model, voor zowel het model met als zonder HKC. Te zien is dat deze dicht bij elkaar liggen. De herweging en schaling lijkt dus een zelfde effect op het model met HKC als op het model zonder HKC te hebben. Dit wordt bevestigd als we naar de individuele normbedragen kijken, het verschil tussen normbedragen in het Uitgangsmodel en het (herwogen en geschaalde) definitieve model is voor bijna alle normbedragen praktisch gelijk voor het model met en zonder HKC (waar dat niet zo is gaat het om klassen met

---

<sup>35</sup>Voor één verzekerdenjaar liggen de normatieve kosten op 665.000 euro.

<sup>36</sup>Van de 4,1 miljoen euro komt 1,7 miljoen door invoering van de tweede drempel.

**Tabel 5.2:** GGAV in normbedragen voor het somatische model met en zonder HKC t.o.v. het Uitgangsmodel<sup>a</sup>

	Model zonder HKC (2026)	Model met HKC (2026)
GGAV t.o.v. het Uitgangsmodel (OT-fase)	12,94	12,79

<sup>a</sup> Normbedragen telkens geschaald zodat het kostenniveau gelijk is aan het MPB 2026.

een zeer klein aantal verzekerden en/of een hoog normbedrag). We concluderen dus dat ook de normbedragen in dit model zich plausibel hebben ontwikkeld.

### 5.3 Ggz-model

Tabel 5.3 en Figuur 5.2 laten de GGAV in normbedragen tussen verschillende ggz-modellen zien. In Tabel 5.3 bekijken we eerst de GGAV ten opzichte van het Uitgangsmodel en het definitieve model van het voorgaande jaar en vergelijken dit met de uitkomsten voor het vereveningsmodel van 2026. Te zien is dat de GGAV in beide gevallen lager is dan vorig jaar. In de OT-fase zagen we al dat de normbedragen zich dit jaar iets stabielier hebben ontwikkeld dan vorig jaar en ook het effect van de herweging/schaling naar de verzekerdenraming en MPB is dit jaar stabielier.

**Tabel 5.3:** GGAV in normbedragen voor het GGZ-model (zonder HKC) t.o.v. het Uitgangsmodel en definitieve model van vorig jaar<sup>a</sup>

	2025 <sup>b</sup>	2026
GGAV t.o.v. het Uitgangsmodel (OT-fase)	3,9	2,4
GGAV t.o.v. het definitieve model van vorig jaar	13,1	8,8

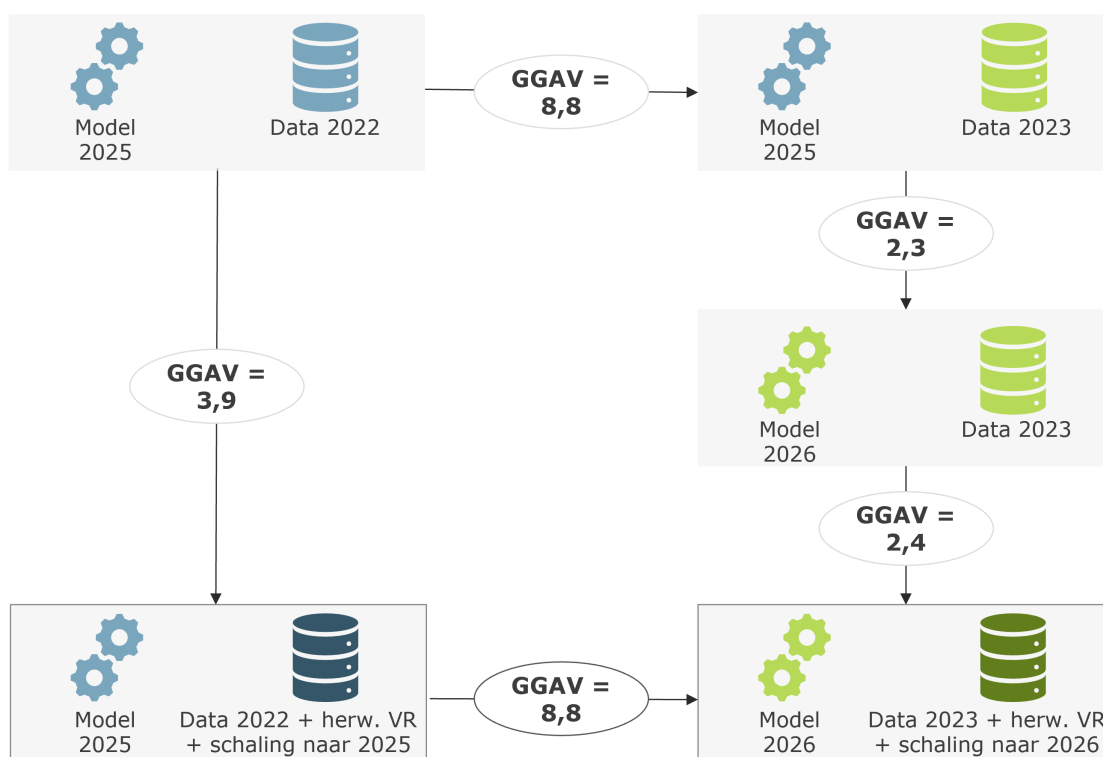
<sup>a</sup> Normbedragen telkens gecorrigeerd voor het verschil in kostenniveau tussen twee modellen.

<sup>b</sup> Cijfers overgenomen uit Tabel 5.2 van WOR 1222.

Dit zien we terug in Figuur 5.2, de GGAV tussen het Uitgangsmodel en het herwogen en geschaalde definitieve model is slechts 2,4 euro (vorig jaar 3,9 euro). De GGAV bij de overstap van data 2022 naar 2023 is 8,8 euro. De modelwijzigingen bij DKG en FKG en de update van het regiokenmerk zorgen voor slechts kleine veranderingen in de normbedragen: de GGAV is 2,3 euro. Tussen de definitieve modellen van 2025 en 2026 is de GGAV in normbedragen 8,8 euro, opvallend genoeg precies gelijk aan de GGAV bij overstap van data 2022 naar 2023 (bij afronding op 1 cijfer achter de komma). Dit is voornamelijk toeval: de verhoudingen tussen de verschillende getallen in de figuur zijn vergelijkbaar met vorige jaren. Wel is het zo dat het normbedrag van DKG 15 (modeldefinitie 2025) sterk wijzigt bij de overstap van data 2022 naar 2023 doordat deze in de nieuwe data op basis van ZPM-gegevens wordt afgeleid. In model 2026 is de definitie van DKG 15 aangepast zodat deze beter aansluit bij eerdere jaren, de verandering in het normbedrag wordt daardoor (deels) tenietgedaan.

Net als bij het somatisch model is ook in detail naar de individuele normbedragen gekeken. We bespreken hieronder de normbedragen waarvoor het verschil met vorig jaar groter dan 1.000 euro is, of waarvoor de totale verschuiving groter is dan 50 miljoen<sup>37</sup>. De volgende veranderingen in normbedragen zijn hierbij vastgesteld:

<sup>37</sup> Deze afkapwaarden zijn in zekere zin arbitrair, de andere normbedragen zijn ook bekeken en daar zijn geen bijzonderheden geconstateerd.



**Figuur 5.2:** Gewogen gemiddelde absolute veranderingen (GGAV) in normbedragen tussen 2025- en 2026-modellen (zonder HKC) voor ggz, geschat op data van 2022 en 2023

- Het normbedrag voor FKG 8 (Chronische stemmingsstoornissen) is gedaald met circa 2.300 euro. Dit zagen we ook al in de OT-fase en hangt samen met de kostenontwikkeling voor deze groep (-2.500 euro). Vorig jaar steeg dit normbedrag nog met 2.300 euro. Als gevolg hiervan geldt dat het normbedrag van FKG 6 weer hoger is dan dat voor FKG 8, wat in principe niet de opzet is (maar twee jaar terug ook zo was).
- Voor alle DKG > 10 zijn grote veranderingen in de normbedragen te zien ten opzichte van model 2025. Het normbedrag van DKG 16 stijgt met bijna 50.000 euro en bij de andere klassen dalen de normbedragen. Grotendeels zagen we deze veranderingen ook al in de OT-fase. Deze zijn het gevolg van de verandering in data (deels ZPM-data), een modelwijziging (definitie van DKG 15 die ook invloed heeft op andere DKG's) en een verandering in manier van afleiding door ZIN. Bij DKG 13 valt nog een relatief groot verschil van ca. 1.500 euro met het normbedrag in het Uitgangsmodel 2026 op (OT-fase). Mogelijk speelt hier mee dat de prevalentie van deze klasse in de verzekerdensraming daalt ten opzichte van de onderzoeksdata. Door de kleine omvang van de groep kan het ook op toeval berusten.
- Het (negatieve) normbedrag van de afslagklasse DKG 0 daalt met 13 euro, waardoor er per saldo zo'n 180 miljoen euro meer wordt verdeeld via het DKG-kenmerk (gecorrigeerd voor prevalentieveranderingen). Ook dit is in lijn met de OT-fase.
- Het normbedrag van PPA 7 (Wlz-instelling met behandeling, instromend, 18-69 jaar) daalt met ruim 1.700 euro. Deze daling was ook al in de OT-fase te zien en volgt de kostenontwikkeling binnen deze groep. In de twee voorgaande jaren waren de ggz-kosten in deze groep juist relatief hoog door de verruiming van de Wlz in 2021. Hierdoor

steeg de instroom van psychische patiënten in de Wlz in 2021 en 2022 sterk.

- Het normbedrag van de (negatieve) afslagklasse MHK 0 stijgt met 10 euro waardoor zo'n 130 miljoen euro minder via het MHK-kenmerk wordt verdeeld. Tegelijkertijd dalen de normbedragen van de meeste positieve klassen, in het bijzonder voor MHK 2 (-800 euro, in totaal 72 miljoen euro verschuiving), MHK 3 (-1.200 euro, 51 miljoen) en MHK 6 (ook -1.200 euro, 4 miljoen). Deze ontwikkelingen zijn in lijn met de kostenontwikkelingen voor deze klassen. Daarnaast wordt in 2026 meer geld via het DKG-kenmerk verdeeld, mogelijk neemt dit een deel van de verevenende werking van MHK over. Het normbedrag van MHK 7 stijgt ten slotte met 3.000 euro. Dit is in lijn met de kostenontwikkeling voor deze klasse, door de kleine omvang speelt toeval hier waarschijnlijk ook een rol.

Het normbedrag van FKG 2 (verslaving exclusief nicotine) is negatief en hetzelfde als het normbedrag voor de afslagklasse (-39,03). Dit is gelijk aan voorgaande jaren. Ook lopen de normbedragen van FKG 4 tot en met FKG 9 net als voorgaande jaren niet op naar verwachting (voor deze FKG's gelden restricties: als een verzekerde is ingedeeld bij een bepaalde FKG dan wordt deze persoon niet ingedeeld bij een lager genummerde FKG). FKG 7 (Psychose) heeft een lager normbedrag (-433 euro) dan FKG 6 (Bipolaire stoornissen complex). Het verschil tussen deze klassen is wel kleiner geworden ten opzichte van voorgaande jaren.

Ook de normbedragen van de DKG's zijn deels niet oplopend. Met name de normbedragen van DKG 13 en 15 liggen een stuk lager dan die van DKG 12 en 14 (respectievelijk -10.600 en -50.200). Dit heeft te maken met de veranderingen in data en definitie zoals eerder besproken is.

Alles overziend concluderen we dat de ontwikkelingen van de normbedragen voor het ex-ante ggz-model plausibel zijn.

### 5.3.1 Waardebereik normatieve kosten

De normatieve kosten die het ex-ante ggz-model 2026 oplevert variëren van 0 tot 133.000 euro. In het herwogen en naar het MPB geschaalde onderzoeksbestand overschrijden bijna 3.500 verzekerdenjaren dit maximum met hun werkelijke ggz-kosten. Voor deze groep schiet het vereveningsmodel dus per definitie tekort: de bijdrage die het model toekent is onvoldoende om hun kosten te dekken. Vergeleken met vorig jaar is het maximum van de normatieve kosten fors gestegen – toen lag het op 118.000 euro. Dit komt vooral door de ruime verdubbeling van het normbedrag voor DKG 16: +50.000 euro en ook het gestegen kostenniveau van 2025 op 2026 speelt mee.

### 5.3.2 Ggz-model met HKC

De HKC (zoals beschreven in paragraaf 3.2.4) zorgt voor een totale compensatie van 238,6 miljoen euro, tegenover 221,0 miljoen euro vorig jaar. Dit is verdeeld over circa 4.900 verzekerdenjaren. De HKC-drempel voor het model 2026 is 104.281 euro (zie paragraaf 3.4). De omvang van de HKC-pool en het drempelbedrag sluiten goed aan bij de resultaten uit de OT, zeker wanneer de ophoging van de ggz-kosten wordt meegewogen. Net als bij het somatisch model worden de normbedragen van het HKC-model vermenigvuldigd met een factor zodat het totale bedrag dat verdeeld wordt aansluit bij het MPB. Deze factor komt dit jaar uit op  $1,04067 = (6106,8 \text{ miljoen euro}) / (6106,8 - 238,6 \text{ miljoen euro})$ .

**Tabel 5.4:** GGAV in normbedragen voor het GGZ-model met en zonder HKC t.o.v. het Uitgangsmodel<sup>a</sup>

	Model zonder HKC (2026)	Model met HKC (2026)
GGAV t.o.v. het Uitgangsmodel HKC (OT-fase)	2,48	2,46

<sup>a</sup> Normbedragen telkens geschaald zodat het kostenniveau gelijk is aan het MPB 2026.

Tabel 5.4 laat de GGAV in normbedragen zien tussen het Uitgangsmodel en het definitieve model, voor zowel het model met als zonder HKC. Te zien is dat deze zeer dicht bij elkaar liggen. Dit wordt bevestigd als we naar de individuele normbedragen kijken, het verschil tussen normbedragen in het Uitgangsmodel en het (herwogen en geschaalde) definitieve model is voor bijna alle normbedragen praktisch gelijk voor het model met en zonder HKC (waar dat niet zo is, gaat het om klassen met een zeer klein aantal verzekerden). We concluderen dus dat ook de normbedragen in dit model zich plausibel hebben ontwikkeld.

## 5.4 Eigen-risicomodel

In Tabel 5.5 staan de GGAV's van de normbedragen van het eigen-risicomodel ten opzichte van het Uitgangsmodel en het definitieve model van het voorgaande jaar. Te zien is dat de GGAV in beide gevallen iets lager is dan vorig jaar. In de OT-fase zagen we al dat de normbedragen zich dit jaar iets stabielier hebben ontwikkeld.

**Tabel 5.5:** GGAV in normbedragen voor het eigen-risicomodel t.o.v. het Uitgangsmodel en definitieve model van vorig jaar<sup>a</sup>

	2025 <sup>b</sup>	2026
GGAV t.o.v. het Uitgangsmodel (OT-fase)	0,25	0,15
GGAV t.o.v. het definitieve model van vorig jaar	1,26	1,08

<sup>a</sup> Normbedragen telkens gecorrigeerd voor het verschil in kostenniveau tussen twee modellen.

<sup>b</sup> Cijfers overgenomen uit Tabel 5.3 van WOR 1222.

Als we naar de individuele normbedragen kijken vallen ten opzichte van vorig jaar vooral de relatief grote dalingen van de normbedragen in de oudste leeftijdsgroepen op. De normbedragen voor 90-plussers dalen bijvoorbeeld met respectievelijk 16 en 25 euro voor mannen en vrouwen. Dit komt voornamelijk doordat relatief veel (ongezonde) ouderen verschuiven naar de forfaitaire groep door toevoeging van het HHK-kenmerk. Dit was ook zichtbaar in de OT. Daarnaast kan de schaling van de normbedragen zoals hieronder besproken ook meespelen.

Alles overziend concluderen we dat de ontwikkelingen van de normbedragen voor het eigen-risicomodel plausibel zijn.

### 5.4.1 Waardebereik normatieve kosten

Na schatting van het model is onderzocht of de verwachte eigen betalingen binnen het geldige interval van 0 tot 385 euro vallen. Voor de niet-forfaitaire groep blijkt het minimum van deze betalingen op 100 euro te liggen en het maximum op 328 euro. Daarmee genereert het model geen onmogelijke waarden.

## A Toelichting RAS-methode

Voor het herwegen van het onderzoeksbestand naar de verzekerdenraming is gebruikgemaakt van de zogenoemde RAS-methode. Deze methode is noodzakelijk, omdat de verzekerdenraming van ZIN gebaseerd is op meerdere, afzonderlijke indelingen van de verzekerdenpopulatie. Dat maakt het lastig om direct een passende weging toe te passen. Om dit duidelijk te maken, volgt hieronder een vereenvoudigd voorbeeld en uitleg hoe de RAS-methode dit oplost.

Stel dat er slechts twee verzekerdenramingen zijn waar het onderzoeksbestand naar hoeft te worden gewogen:

1. Leeftijd/geslacht gecombineerd met regio (22 leeftijdscategorieën × 2 geslachten × 10 regio's = 440 groepen);
2. Het totaal voor iedere FDG-klasse (5 klassen)

Wanneer er slechts met indeling (1) rekening gehouden hoeft te worden, is de procedure eenvoudig:

- (a) Eerst worden de aantallen verzekerdenjaren per subgroep in het onderzoeksbestand vastgesteld.
- (b) Daarna worden per subgroep de ratio's berekend tussen de verzekerdenraming en de getelde aantallen in het bestand.
- (c) Deze verhoudingsgetallen dienen vervolgens als weegfactoren voor de data. Bij vermenigvuldiging hiermee sluit de gewogen data dan exact aan op de verzekerdenraming van indeling (1).

Problemen ontstaan zodra we ook willen aansluiten bij de tweede indeling. We kunnen de hierboven beschreven stappen opnieuw uitvoeren, nu voor indeling (2). Maar ook dan zal de aansluiting met beide indelingen niet volledig zijn, omdat nu de indeling van (1) weer verstoord wordt. Herhaaldelijk deze stappen uitvoeren zorgt er echter wel voor dat de indeling steeds dichterbij de 'juiste' indeling komt te liggen.

De RAS-methode is gebaseerd op dit idee. Deze methode – ook wel bekend als iterative proportional fitting of sample balancing – maakt het mogelijk om verschillende indelingen tegelijkertijd te verwerken. Door herhaaldelijk de eerdergenoemde stappen toe te passen, afwisselend gericht op indeling (1) en (2), worden de afwijkingen tussen het onderzoeksbestand en de verzekerdenramingen steeds kleiner. Na een aantal iteraties sluiten de gewogen data in dit voorbeeld nauwkeurig aan op beide ramingen, met verschillen kleiner dan één verzekerdenjaar. Het resultaat van de RAS is een wegingsmatrix met daarin voor iedere meegenomen subgroep een weegfactor (in dit voorbeeld heeft deze wegingsmatrix dan in theorie  $22 \times 2 \times 10 \times 5 = 2200$  cellen<sup>38</sup>).

In de praktijk is het aantal indelingen veel groter. Dit vereist dan ook een groter aantal iteraties: 35 voor het somatische model, 207 voor het ggz-model en 4 voor het eigen-risicomodel (vergeleken met respectievelijk 42, 213 en 6 iteraties in het voorgaande jaar)<sup>39</sup>.

<sup>38</sup>In theorie, want in praktijk komt waarschijnlijk een deel van de subgroepen niet voor in de onderzoeksdata.

<sup>39</sup>Het aantal iteraties is een indicatie voor de mate waarin de prevalenties in het onderzoeksbestand afwijken van de verzekerdenraming. Over het algemeen geldt: hoe minder iteraties, des te minder het aantal extreme gewichten (<0,10 of >10).

De gebruikte RAS-methode is gebaseerd op het werk van Deming over iteratieve proportionele fitting (Deming, 1943). Voor de implementatie hiervan in R hebben we onder meer gebruik gemaakt van de SAS-scripts zoals gebruikt door ESHPM (en origineel ontwikkeld door Izrael et al., 2000). Daarnaast hebben we inspiratie gehaald uit de studie van DeBell et al., 2009. Voor wie zich verder wil verdiepen in de methode, is aanvullende uitleg te vinden op Wikipedia <sup>40</sup>.

---

<sup>40</sup>[http://en.wikipedia.org/wiki/Iterative\\_proportional\\_fitting](http://en.wikipedia.org/wiki/Iterative_proportional_fitting)

## B Normbedragen

Deze bijlage is opgebouwd uit vijf secties, waarin per vereveningskenmerk de normbedragen voor 2026 worden weergegeven. De indeling van de bijlagen is als volgt:

1. Normbedragen voor het cluster variabele zorgkosten (ex ante)
2. Normbedragen voor het cluster variabele zorgkosten (ex post)
3. Normbedragen voor het cluster geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ex ante)
4. Normbedragen voor het cluster geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ex post)
5. Normbedragen voor de opbrengsten uit het verplicht eigen risico

De nummering van de bijlagen en de volgorde van de tabellen sluiten aan bij de bijlagen die zijn opgenomen in de Regeling risicoverevening 2026. Ook de structuur en inhoud zijn daarmee in lijn.

Let op: de normbedragen die betrekking hebben op het SEI-kenmerk zijn niet in deze bijlage opgenomen. Deze zijn via een apart proces vastgesteld en gepubliceerd in WOR 1279.

## B.1 Normbedragen vereveningsmodel variabele zorgkosten (behorende bij artikel 5 van de Regeling risicoverevening 2026)

De bijlage betreft kosten van zorg behorende tot het cluster 'variabele zorgkosten'. De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex ante berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (artikel 5). De gewichten bevatten geen correctie voor hogekostencompensatie.

**Tabel B.1.1:** Gewichten voor het vereveningscriterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)

		Variabele zorgkosten
Mannen	0 jaar, geboren in het vereveningsjaar	14.436,15
	0 jaar, geboren in het voorafgaande jaar	4.198,44
	1-4 jaar	3.201,29
	5-9 jaar	2.869,12
	10-14 jaar	2.786,66
	15-17 jaar	2.917,37
	18-24 jaar	2.625,95
	25-29 jaar	2.658,76
	30-34 jaar	2.667,52
	35-39 jaar	2.718,98
	40-44 jaar	2.766,28
	45-49 jaar	2.865,90
	50-54 jaar	3.017,32
	55-59 jaar	3.294,64
	60-64 jaar	3.511,94
	65-69 jaar	3.801,74
	70-74 jaar	4.288,46
	75-79 jaar	4.684,43
80-84 jaar	5.087,06	
85-89 jaar	5.696,19	
90+ jaar	6.667,70	
Vrouwen en onbepaald geslacht	0 jaar, geboren in het vereveningsjaar	12.663,82
	0 jaar, geboren in het voorafgaande jaar	3.754,72
	1-4 jaar	2.872,07
	5-9 jaar	2.840,60
	10-14 jaar	2.811,80
	15-17 jaar	3.034,96
	18-24 jaar	2.762,01
	25-29 jaar	2.831,95
	30-34 jaar	2.883,00
	35-39 jaar	2.923,29
	40-44 jaar	2.956,96
	45-49 jaar	3.055,39
	50-54 jaar	3.114,33
	55-59 jaar	3.189,33
	60-64 jaar	3.337,17
	65-69 jaar	3.552,99
	70-74 jaar	3.883,90
	75-79 jaar	4.208,29
80-84 jaar	4.704,56	
85-89 jaar	5.275,49	
90+ jaar	5.977,05	

Tabel B.1.2: Gewichten voor het vereveningscriterium FKG's (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Geen FKG	-504,47
COPD/astma: Medicatie	345,40
Diabetes: Insuline	2.123,02
Diabetes: Orale medicatie	686,50
CVRM: Medicatie Licht	110,45
CVRM: Medicatie Zwaar	365,69
Schildklierandoeningen	-2,32
Glaucoom	244,71
Depressie	221,16
Psychose	347,82
Epilepsie	571,29
Chronische antistolling	954,89
Transplantaties	3.755,29
Parkinson	2.934,19
Hartaandoeningen: overig	1.929,80
Chronische pijn exclusief opioïden	1.156,87
Neuropatische pijn	1.804,22
Diabetes type II zonder hypertensie	715,51
Diabetes type II met hypertensie	1.092,34
Diabetes type I zonder hypertensie	616,78
Diabetes type I met hypertensie	1.999,82
Cystic fibrosis/pancreasenzymen	2.011,64
Groeistoornissen o.b.v. add-on	1.727,46
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: overig	4.899,76
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: multiple sclerose	1.576,27
HIV/AIDS	-125,02
Psoriasis en Eczeem	591,24
Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	668,91
Reuma	631,44
Auto-immuunziekten o.b.v. add-on	3.638,55
Nieraandoeningen o.b.v. add-on	9.038,04
Acromegalie	10.587,37
Immunoglobuline o.b.v. add-on	17.685,03
Astma	660,23
COPD/Zware astma	2.255,33
COPD/Zware astma o.b.v. add-on	9.267,65
Hormoongevoelige tumoren	1.026,61
Kanker	541,69
Kanker o.b.v. add-on	9.197,85
Pulmonale arteriële hypertensie	21.607,29
Maculadegeneratie o.b.v. add-on	2.644,42
Hypercholesterolemie	1.779,85
Hartaandoeningen: anti-aritmica	1.683,21
Verslaving exclusief nicotine	1.916,30
CFTR-Modulatoren	80.820,22
Benigne prostaathyperplasie	208,37
Chronische migraine	2.597,41
Extreem hoge kosten cluster 1	116.958,64
Extreem hoge kosten cluster 2	161.605,00
Extreem hoge kosten cluster 3	162.695,33
Extreem hoge kosten cluster 4	491.656,55

**Tabel B.1.3:** Gewichten voor het vereveningscriterium DKG's (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Geen DKG	-495,47
1	475,58
2	1.213,14
3	1.828,30
4	2.581,25
5	3.003,53
6	4.005,35
7	3.740,15
8	5.089,57
9	5.298,14
10	4.271,48
11	5.646,17
12	8.785,41
13	9.557,85
14	13.083,05
15	10.075,23
16	11.352,63
17	17.613,02
18	6.534,80
19	10.636,88
20	12.732,81
21	14.596,12
22	17.297,59
23	14.605,15
24	32.695,28
25	37.603,90
26	63.470,87

Tabel B.1.4: Gewichten voor het vereveningscriterium AVI (in euro's per verzekerde)

		Variabele zorgkosten
	70+ jaar	0,00
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	0-17 jaar	181,69
	18-34 jaar	2.457,34
	35-44 jaar	922,96
	45-54 jaar	815,24
	55-64 jaar	503,07
	65-69 jaar	417,39
Arbeidsongeschikten excl. IVA	0-17 jaar	267,41
	18-34 jaar	301,45
	35-44 jaar	437,63
	45-54 jaar	447,62
	55-64 jaar	363,10
	65-69 jaar	423,58
Bijstandsgerechtigden	0-17 jaar	176,89
	18-34 jaar	385,42
	35-44 jaar	280,51
	45-54 jaar	291,75
	55-64 jaar	213,58
	65-69 jaar	108,36
Studenten	0-17 jaar	-3,47
	18-34 jaar	-36,31
Zelfstandigen	0-17 jaar	-142,15
	18-34 jaar	-72,14
	35-44 jaar	-110,44
	45-54 jaar	-154,87
	55-64 jaar	-175,66
	65-69 jaar	-66,65
Hoogopgeleiden	0-17 jaar	-198,67
	18-34 jaar	-73,92
	35-44 jaar	-141,42
Referentiegroep	0-17 jaar	6,00
	18-34 jaar	7,88
	35-44 jaar	15,49
	45-54 jaar	-47,94
	55-64 jaar	-56,41
	65-69 jaar	-87,59

**Tabel B.1.5: Gewichten voor het vereveningscriterium regio (in euro's per verzekerde)**

	Variabele zorgkosten
1	55,02
2	63,31
3	38,22
4	4,13
5	-0,11
6	-11,02
7	-18,26
8	-41,35
9	-43,20
10	-47,16

**Tabel B.1.6: Gewichten voor het vereveningscriterium SES (in euro's per verzekerde)**

		Variabele zorgkosten
1 (zeer laag)	0-17 jaar	104,44
	18-69 jaar	7,00
	70+ jaar	-63,87
2 (laag)	0-17 jaar	10,81
	18-69 jaar	27,29
	70+ jaar	-43,63
3 (midden)	0-17 jaar	-30,12
	18-69 jaar	4,10
	70+ jaar	23,07
4 (hoog)	0-17 jaar	-48,28
	18-69 jaar	-27,31
	70+ jaar	68,30

Tabel B.1.7: Gewichten voor het vereveningscriterium PPA (in euro's per verzekerde)

		Variabele zorgkosten
	0-17 jaar	0,00
Wlz-instelling met behandeling, blijvend	18-69 jaar	-33,45
	70-79 jaar	-1.613,63
	80+ jaar	-3.351,96
Wlz-instelling zonder behandeling of extra-murale Wlz, blijvend	18-69 jaar	1.967,04
	70-79 jaar	2.628,88
	80+ jaar	876,03
Wlz-instelling met behandeling, instromend	18-69 jaar	22.841,00
	70-79 jaar	15.809,38
	80+ jaar	10.321,57
Wlz-instelling zonder behandeling of extra-murale Wlz, instromend	18-69 jaar	4.733,12
	70-79 jaar	4.620,66
	80+ jaar	2.984,27
Eenpersoonshuishouden	18-69 jaar	36,98
	70-79 jaar	179,64
	80+ jaar	241,03
Overig	18-69 jaar	-32,52
	70-79 jaar	-167,59
	80+ jaar	-227,87

Tabel B.1.8: Gewichten voor het vereveningscriterium MHK (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Geen MHK	-663,16
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent	197,01
2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 15 procent	2.252,58
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent	3.539,20
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 7 procent	5.632,05
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 4 procent	9.791,13
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 2 procent	15.542,45
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 1 procent	25.960,45
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 0,5 procent	52.427,04

Tabel B.1.9: Gewichten voor het vereveningscriterium FDG (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Geen FDG	-43,39
1	588,42
2	2.018,54
3	6.390,26
4	6.239,12

**Tabel B.1.10:** Gewichten voor het vereveningscriterium MVV (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Geen MVV	-190,81
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 3,5 procent	1.557,41
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 3 procent	2.167,21
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 2,5 procent	3.242,25
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 2 procent	5.321,39
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 1,5 procent	8.260,24
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 1 procent	11.992,72
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 0,5 procent	15.703,35
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 0,25 procent	27.293,53
Kosten V&V voorafgaand jaar in top 0,25%; 0 - 17 jaar	78.945,25

**Tabel B.1.11:** Gewichten voor het vereveningscriterium HSM (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Geen HSM	-130,86
Ten minste 1 keer in positieve somatische morbiditeitsklasse in vereveningsjaar 3 jaar eerder	144,35

**Tabel B.1.12:** Gewichten voor het vereveningscriterium IBZ (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Geen IBZ	-94,00
Zwanger in het vereveningsjaar, maar niet bevallen in het vereveningsjaar	2.954,64
Bevallen in het vereveningsjaar, start zwangerschap in het daaraan voorafgaande kalenderjaar	7.306,73
Bevallen in het vereveningsjaar, start zwangerschap in het vereveningsjaar	9.125,27

**Tabel B.1.13:** Gewichten voor het vereveningscriterium OKH (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten	
(Deels) niet verzekerd in het aan het vereveningsjaar voorafgaande jaar	5 t/m 44 jaar	148,11
	45+ jaar	1.393,77
(Deels) niet verzekerd in het tweede en/of derde aan het vereveningsjaar voorafgaande jaar	5 t/m 44 jaar	73,50
	45+ jaar	365,15
Volledig verzekerd in de drie aan het vereveningsjaar voorafgaande jaren en/of 0 t/m 4 jaar	0 t/m 44 jaar	-7,02
	45+ jaar	-10,79

**Tabel B.1.14:** Gewichten voor het vereveningscriterium HHK (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Geen HHK	-152,98
Gesommeerde kosten hulpmiddelenkosten 3 voorafgaande jaren in top 9 procent	644,74
Gesommeerde kosten hulpmiddelenkosten 3 voorafgaande jaren in top 3 procent	2.261,94
Gesommeerde kosten hulpmiddelenkosten 3 voorafgaande jaren in top 1 procent	4.036,38
Gesommeerde kosten hulpmiddelenkosten 3 voorafgaande jaren in top 0,5 procent	6.895,78
Gesommeerde kosten hulpmiddelenkosten 3 voorafgaande jaren in top 0,2 procent	8.763,13
Gesommeerde kosten hulpmiddelenkosten 3 voorafgaande jaren in top 0,1 procent	14.923,36

## B.2 Normbedragen vereveningsmodel variabele zorgkosten bij toepassing van hogekostencompensatie (behorende bij artikel 11, tweede lid, van de Regeling risicoverevening 2026)

De bijlage betreft kosten van zorg behorende tot het cluster 'variabele zorgkosten'. De in deze bijlage genoemde gewichten vormen de basis voor de ex post berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (artikel 11, tweede lid). De gewichten bevatten een correctie voor hogekostencompensatie.

**Tabel B.2.1:** Gewichten voor het vereveningscriterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)\*

		Variabele zorgkosten
Mannen	0 jaar, geboren in het vereveningsjaar	14.311,89
	0 jaar, geboren in het voorafgaande jaar	4.192,03
	1-4 jaar	3.201,78
	5-9 jaar	2.859,04
	10-14 jaar	2.782,94
	15-17 jaar	2.909,68
	18-24 jaar	2.624,15
	25-29 jaar	2.658,54
	30-34 jaar	2.667,45
	35-39 jaar	2.718,61
	40-44 jaar	2.765,45
	45-49 jaar	2.866,31
	50-54 jaar	3.018,03
	55-59 jaar	3.295,89
	60-64 jaar	3.513,10
	65-69 jaar	3.805,94
	70-74 jaar	4.295,31
75-79 jaar	4.690,90	
80-84 jaar	5.097,70	
85-89 jaar	5.705,97	
90+ jaar	6.676,84	
Vrouwen en onbepaald geslacht	0 jaar, geboren in het vereveningsjaar	12.467,00
	0 jaar, geboren in het voorafgaande jaar	3.699,55
	1-4 jaar	2.870,01
	5-9 jaar	2.835,24
	10-14 jaar	2.809,58
	15-17 jaar	3.034,21
	18-24 jaar	2.761,79
	25-29 jaar	2.832,71
	30-34 jaar	2.883,38
	35-39 jaar	2.924,26
	40-44 jaar	2.957,31
	45-49 jaar	3.056,93
	50-54 jaar	3.116,15
	55-59 jaar	3.190,05
	60-64 jaar	3.338,99
	65-69 jaar	3.557,66
	70-74 jaar	3.888,96
75-79 jaar	4.214,64	
80-84 jaar	4.709,43	
85-89 jaar	5.282,60	
90+ jaar	5.986,31	

\* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.2.2: Gewichten voor het vereveningscriterium FKG's (in euro's per verzekerde)\*

	Variabele zorgkosten
Geen FKG	-502,07
COPD/astma: Medicatie	349,37
Diabetes: Insuline	2.142,74
Diabetes: Orale medicatie	685,46
CVRM: Medicatie Licht	110,30
CVRM: Medicatie Zwaar	365,29
Schildklierandoeningen	0,89
Glaucoom	248,41
Depressie	224,07
Psychose	347,76
Epilepsie	569,16
Chronische antistolling	954,11
Transplantaties	3.643,24
Parkinson	2.940,07
Hartaandoeningen: overig	1.934,04
Chronische pijn exclusief opioïden	1.160,47
Neuropatische pijn	1.832,51
Diabetes type II zonder hypertensie	716,50
Diabetes type II met hypertensie	1.092,13
Diabetes type I zonder hypertensie	635,24
Diabetes type I met hypertensie	2.005,42
Cystic fibrosis/pancreasenzymen	2.005,91
Groeistoornissen o.b.v. add-on	1.791,74
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: overig	4.953,96
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: multiple sclerose	1.602,82
HIV/AIDS	-139,11
Psoriasis en Eczeem	585,65
Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	671,20
Reuma	623,53
Auto-immuunziekten o.b.v. add-on	3.621,61
Nieraandoeningen o.b.v. add-on	9.155,42
Acromegalie	10.674,98
Immunoglobuline o.b.v. add-on	17.535,99
Astma	652,91
COPD/Zware astma	2.248,12
COPD/Zware astma o.b.v. add-on	9.275,72
Hormoongevoelige tumoren	1.028,60
Kanker	543,33
Kanker o.b.v. add-on	9.165,72
Pulmonale arteriële hypertensie	21.390,79
Maculadegeneratie o.b.v. add-on	2.632,47
Hypercholesterolemie	1.767,98
Hartaandoeningen: anti-aritmica	1.682,70
Verslaving exclusief nicotine	1.927,24
CFTR-Modulatoren	81.555,34
Benigne prostaathyperplasie	212,85
Chronische migraine	2.567,37
Extreem hoge kosten cluster 1	117.477,34
Extreem hoge kosten cluster 2	160.040,41
Extreem hoge kosten cluster 3	147.998,99
Extreem hoge kosten cluster 4	365.942,10

\* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

**Tabel B.2.3:** Gewichten voor het vereveningscriterium DKG's (in euro's per verzekerde)\*

	Variabele zorgkosten
Geen DKG	-495,34
1	479,82
2	1.218,68
3	1.832,80
4	2.583,46
5	3.031,05
6	4.006,16
7	3.687,51
8	5.085,40
9	5.332,22
10	4.273,67
11	5.669,28
12	8.883,73
13	9.624,88
14	10.337,39
15	10.126,32
16	11.388,76
17	16.870,14
18	6.550,64
19	10.747,06
20	12.853,29
21	13.802,34
22	17.417,28
23	14.553,43
24	32.746,87
25	37.890,71
26	64.116,58

\* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.2.4: Gewichten voor het vereveningscriterium AVI (in euro's per verzekerde)\*

		Variabele zorgkosten
	70+ jaar	0,00
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	0-17 jaar	182,89
	18-34 jaar	2.483,73
	35-44 jaar	923,25
	45-54 jaar	816,65
	55-64 jaar	504,32
	65-69 jaar	431,68
Arbeidsongeschikten excl. IVA	0-17 jaar	270,11
	18-34 jaar	293,09
	35-44 jaar	439,83
	45-54 jaar	452,39
	55-64 jaar	366,66
	65-69 jaar	427,93
Bijstandsgerechtigden	0-17 jaar	185,91
	18-34 jaar	377,15
	35-44 jaar	279,92
	45-54 jaar	291,30
	55-64 jaar	215,90
	65-69 jaar	106,66
Studenten	0-17 jaar	24,12
	18-34 jaar	-35,81
Zelfstandigen	0-17 jaar	-140,47
	18-34 jaar	-71,59
	35-44 jaar	-109,73
	45-54 jaar	-155,44
	55-64 jaar	-177,37
	65-69 jaar	-66,16
Hoogopgeleiden	0-17 jaar	-195,11
	18-34 jaar	-73,72
	35-44 jaar	-141,13
Referentiegroep	0-17 jaar	3,96
	18-34 jaar	8,41
	35-44 jaar	14,94
	45-54 jaar	-48,24
	55-64 jaar	-56,80
	65-69 jaar	-89,00

\* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

**Tabel B.2.5: Gewichten voor het vereveningscriterium regio (in euro's per verzekerde)\***

	Variabele zorgkosten
1	54,42
2	60,66
3	37,80
4	4,99
5	-0,81
6	-11,69
7	-18,18
8	-39,92
9	-42,00
10	-45,68

\* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

**Tabel B.2.6: Gewichten voor het vereveningscriterium SES (in euro's per verzekerde)\***

		Variabele zorgkosten
1 (zeer laag)	0-17 jaar	97,77
	18-69 jaar	6,96
	70+ jaar	-62,48
2 (laag)	0-17 jaar	16,83
	18-69 jaar	26,48
	70+ jaar	-43,94
3 (midden)	0-17 jaar	-32,81
	18-69 jaar	4,43
	70+ jaar	23,22
4 (hoog)	0-17 jaar	-45,05
	18-69 jaar	-27,08
	70+ jaar	66,99

\* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.2.7: Gewichten voor het vereveningscriterium PPA (in euro's per verzekerde)\*

		Variabele zorgkosten
	0-17 jaar	0,00
Wlz-instelling met behandeling, blijvend	18-69 jaar	-27,75
	70-79 jaar	-1.618,24
	80+ jaar	-3.362,14
Wlz-instelling zonder behandeling of extra-murale Wlz, blijvend	18-69 jaar	1.969,04
	70-79 jaar	2.654,30
	80+ jaar	874,44
Wlz-instelling met behandeling, instromend	18-69 jaar	22.738,38
	70-79 jaar	15.821,53
	80+ jaar	10.340,45
Wlz-instelling zonder behandeling of extra-murale Wlz, instromend	18-69 jaar	4.686,92
	70-79 jaar	4.643,67
	80+ jaar	2.993,00
Eenpersoonshuishouden	18-69 jaar	38,21
	70-79 jaar	179,76
	80+ jaar	242,83
Overig	18-69 jaar	-32,72
	70-79 jaar	-168,12
	80+ jaar	-228,46

\* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.2.8: Gewichten voor het vereveningscriterium MHK (in euro's per verzekerde)\*

	Variabele zorgkosten
Geen MHK	-664,07
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent	196,29
2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 15 procent	2.261,60
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent	3.558,59
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 7 procent	5.678,47
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 4 procent	9.854,08
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 2 procent	15.598,40
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 1 procent	26.019,82
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 0,5 procent	51.340,38

\* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.2.9: Gewichten voor het vereveningscriterium FDG (in euro's per verzekerde)\*

	Variabele zorgkosten
Geen FDG	-43,49
1	595,20
2	2.020,43
3	6.196,12
4	6.420,50

\* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

**Tabel B.2.10: Gewichten voor het vereveningscriterium MVV (in euro's per verzekerde)\***

	Variabele zorgkosten
Geen MVV	-190,59
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 3,5 procent	1.551,71
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 3 procent	2.158,04
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 2,5 procent	3.255,06
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 2 procent	5.314,99
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 1,5 procent	8.261,96
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 1 procent	11.955,62
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 0,5 procent	15.672,32
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 0,25 procent	27.363,85
Kosten V&V voorafgaand jaar in top 0,25%; 0 - 17 jaar	76.684,49

\* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

**Tabel B.2.11: Gewichten voor het vereveningscriterium HSM (in euro's per verzekerde)\***

	Variabele zorgkosten
Geen HSM	-131,65
Ten minste 1 keer in positieve somatische morbiditeitsklasse in vereveningsjaar 3 jaar eerder	145,23

\* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

**Tabel B.2.12: Gewichten voor het vereveningscriterium IBZ (in euro's per verzekerde)\***

	Variabele zorgkosten
Geen IBZ	-94,11
Zwanger in het vereveningsjaar, maar niet bevallen in het vereveningsjaar	2.958,22
Bevallen in het vereveningsjaar, start zwangerschap in het daaraan voorafgaande kalenderjaar	7.314,17
Bevallen in het vereveningsjaar, start zwangerschap in het vereveningsjaar	9.137,09

\* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

**Tabel B.2.13: Gewichten voor het vereveningscriterium OKH (in euro's per verzekerde)\***

	Variabele zorgkosten	
(Deels) niet verzekerd in het aan het vereveningsjaar voorafgaande jaar	5 t/m 44 jaar	150,09
	45+ jaar	1.395,18
(Deels) niet verzekerd in het tweede en/of derde aan het vereveningsjaar voorafgaande jaar	5 t/m 44 jaar	75,56
	45+ jaar	366,23
Volledig verzekerd in de drie aan het vereveningsjaar voorafgaande jaren en/of 0 t/m 4 jaar	0 t/m 44 jaar	-7,15
	45+ jaar	-10,80

\* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.2.14: Gewichten voor het vereveningscriterium HHK (in euro's per verzekerde)\*

	Variabele zorgkosten
Geen HHK	-152,45
Gesommeerde kosten hulpmiddelenkosten 3 voorafgaande jaren in top 9 procent	643,61
Gesommeerde kosten hulpmiddelenkosten 3 voorafgaande jaren in top 3 procent	2.260,24
Gesommeerde kosten hulpmiddelenkosten 3 voorafgaande jaren in top 1 procent	4.030,52
Gesommeerde kosten hulpmiddelenkosten 3 voorafgaande jaren in top 0,5 procent	6.889,88
Gesommeerde kosten hulpmiddelenkosten 3 voorafgaande jaren in top 0,2 procent	8.698,51
Gesommeerde kosten hulpmiddelenkosten 3 voorafgaande jaren in top 0,1 procent	14.624,14

\* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

### B.3 Normbedragen vereveningsmodel geneeskundige GGZ (behorende bij artikel 5 van de Regeling risicoverevening 2026)

De bijlage betreft de kosten van zorg behorende tot het cluster 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg'. De in deze bijlage genoemde vereveningscriteria zijn van toepassing voor verzekerden van achttien jaar of ouder; de gewichten zijn bedoeld voor de ex ante berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (artikel 5). De gewichten bevatten geen correctie voor hogekostencompensatie.

**Tabel B.3.1:** Gewichten voor het vereveningscriterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)

		Kosten van geneeskundige GGZ
Mannen	18-24 jaar	479,83
	25-29 jaar	463,25
	30-34 jaar	441,34
	35-39 jaar	417,96
	40-44 jaar	400,64
	45-49 jaar	377,27
	50-54 jaar	372,58
	55-59 jaar	362,16
	60-64 jaar	362,16
	65-69 jaar	361,81
	70-74 jaar	362,37
	75-79 jaar	362,37
	80-84 jaar	355,29
85-89 jaar	355,29	
90+ jaar	355,29	
Vrouwen en onbepaald geslacht	18-24 jaar	695,72
	25-29 jaar	538,98
	30-34 jaar	481,50
	35-39 jaar	454,25
	40-44 jaar	414,39
	45-49 jaar	402,93
	50-54 jaar	372,58
	55-59 jaar	362,16
	60-64 jaar	362,16
	65-69 jaar	361,81
	70-74 jaar	362,37
	75-79 jaar	362,37
	80-84 jaar	355,29
85-89 jaar	355,29	
90+ jaar	355,29	

**Tabel B.3.2:** Gewichten voor het vereveningscriterium FKG's psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen FKG psychische aandoeningen	-39,03
ADHD	65,24
Verslaving exclusief nicotine	-39,03
Angststoornissen (benzodiazepinen)	1.244,10
Chronische stemmingsstoornissen	283,74
Bipolaire stoornissen regulier	815,02
Bipolaire stoornissen complex	2.278,96
Psychose	1.845,86
Chronische stemmingsstoornissen complex	2.040,55
Psychose depot	4.699,70

**Tabel B.3.3:** Gewichten voor het vereveningscriterium DKG's psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen DKG psychische aandoeningen	-244,56
1	1.565,91
2	1.939,30
3	3.429,86
4	6.165,52
5	7.596,46
6	8.256,01
7	12.817,30
8	18.268,30
9	17.294,68
10	27.898,81
11	37.996,41
12	58.714,74
13	48.103,60
14	78.926,88
15	28.719,94
16	91.946,84

**Tabel B.3.4:** Gewichten voor het vereveningscriterium AVI (in euro's per verzekerde)

		Kosten van geneeskundige GGZ
	70+ jaar	0,00
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	18-34 jaar	726,23
	35-44 jaar	98,12
	45-54 jaar	-10,76
	55-64 jaar	-0,35
	65-69 jaar	0,00
Arbeidsongeschikten excl. IVA	18-34 jaar	494,17
	35-44 jaar	314,00
	45-54 jaar	143,55
	55-64 jaar	3,93
	65-69 jaar	0,00
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	1.079,81
	35-44 jaar	187,87
	45-54 jaar	21,41
	55-64 jaar	-0,35
	65-69 jaar	0,00
Studenten	18-34 jaar	-79,53
Zelfstandigen	18-34 jaar	-79,53
	35-44 jaar	-38,83
	45-54 jaar	-10,76
	55-64 jaar	-0,35
	65-69 jaar	-0,00
Hoogopgeleiden	18-34 jaar	-51,91
	35-44 jaar	-28,10
Referentiegroep	18-34 jaar	-28,95
	35-44 jaar	-22,16
	45-54 jaar	-10,76
	55-64 jaar	-0,35
	65-69 jaar	-0,00

**Tabel B.3.5:** Gewichten voor het vereveningscriterium ggz-regio (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ
1	52,80
2	8,53
3	-3,28
4	-8,34
5	-8,34
6	-8,34
7	-8,34
8	-8,34
9	-8,34
10	-8,34

Tabel B.3.6: Gewichten voor het vereveningscriterium SES (in euro's per verzekerde)

		Kosten van geneeskundige GGZ
1 (zeer laag)	18-69 jaar	7,99
	70+ jaar	12,50
2 (laag)	18-69 jaar	-7,97
	70+ jaar	-4,68
3 (midden)	18-69 jaar	-7,97
	70+ jaar	-4,68
4 (hoog)	18-69 jaar	7,58
	70+ jaar	-4,39

Tabel B.3.7: Gewichten voor het vereveningscriterium PPA (in euro's per verzekerde)

		Kosten van geneeskundige GGZ
Wlz-instelling met behandeling, blijvend	18-69 jaar	-32,24
	70-79 jaar	-37,32
	80+ jaar	-30,24
Wlz-instelling zonder behandeling of extra-murale Wlz, blijvend	18-69 jaar	-32,24
	70-79 jaar	-37,32
	80+ jaar	-30,24
Wlz-instelling met behandeling, instromend	18-69 jaar	7.478,13
	70-79 jaar	2.220,59
	80+ jaar	621,27
Wlz-instelling zonder behandeling of extra-murale Wlz, instromend	18-69 jaar	2.890,66
	70-79 jaar	657,73
	80+ jaar	126,50
Eenpersoonshuishouden	18-69 jaar	75,22
	70-79 jaar	20,79
	80+ jaar	-13,05
Overig	18-69 jaar	-16,28
	70-79 jaar	-20,13
	80+ jaar	-7,92

**Tabel B.3.8:** Gewichten voor het vereveningscriterium ggz-MHK (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen ggz-MHK	-45,62
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 98,5 procent met kosten ggz>10 euro	19,65
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten ggz in top 10 promille *	951,89
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten ggz in top 5 promille *	2.956,01
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten ggz in top 2,5 promille *	5.618,00
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten ggz in top 1 promille *	10.871,66
5 voorafgaande jaren kosten ggz in top 5 promille	16.288,52
5 voorafgaande jaren kosten ggz in top 2,5 promille	28.145,31

\* Voor verzekerden jonger dan 24 jaar: ten minste 1 van de 5 voorafgaande jaren.

#### B.4 Normbedragen vereveningsmodel geneeskundige GGZ bij toepassing van hogekostencompensatie (behorende bij artikel 11, tweede lid, van de Regeling risico-verevening 2026)

De bijlage betreft de kosten van zorg behorende tot het cluster 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg'. De in deze bijlage genoemde vereveningscriteria zijn van toepassing voor verzekerden van achttien jaar of ouder; de gewichten vormen de basis voor de ex post berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (artikel 11, tweede lid). De gewichten bevatten een correctie voor hogekostencompensatie.

**Tabel B.4.1:** Gewichten voor het vereveningscriterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)\*

		Kosten van geneeskundige GGZ
Mannen	18-24 jaar	479,71
	25-29 jaar	458,61
	30-34 jaar	435,91
	35-39 jaar	422,18
	40-44 jaar	401,74
	45-49 jaar	379,97
	50-54 jaar	371,93
	55-59 jaar	360,15
	60-64 jaar	360,15
	65-69 jaar	359,63
	70-74 jaar	359,63
	75-79 jaar	359,63
	80-84 jaar	353,58
	85-89 jaar	353,58
90+ jaar	353,58	
Vrouwen en onbepaald geslacht	18-24 jaar	689,19
	25-29 jaar	543,73
	30-34 jaar	491,50
	35-39 jaar	461,43
	40-44 jaar	420,74
	45-49 jaar	408,42
	50-54 jaar	375,30
	55-59 jaar	360,15
	60-64 jaar	360,15
	65-69 jaar	359,63
	70-74 jaar	359,63
	75-79 jaar	359,63
	80-84 jaar	353,58
	85-89 jaar	353,58
90+ jaar	353,58	

\* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

**Tabel B.4.2:** Gewichten voor het vereveningscriterium FKG's psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)\*

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen FKG psychische aandoeningen	-39,48
ADHD	91,30
Verslaving exclusief nicotine	-39,48
Angststoornissen (benzodiazepinen)	1.198,12
Chronische stemmingsstoornissen	303,12
Bipolaire stoornissen regulier	816,74
Bipolaire stoornissen complex	2.403,85
Psychose	1.814,32
Chronische stemmingsstoornissen complex	2.307,84
Psychose depot	4.368,44

\* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

**Tabel B.4.3:** Gewichten voor het vereveningscriterium DKG's psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)\*

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen DKG psychische aandoeningen	-242,02
1	1.617,19
2	2.005,52
3	3.544,86
4	6.271,47
5	7.750,44
6	8.518,95
7	12.678,84
8	17.349,81
9	16.685,83
10	24.774,21
11	32.534,76
12	44.572,54
13	37.572,08
14	58.092,40
15	19.481,93
16	67.149,40

\* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.4.4: Gewichten voor het vereveningscriterium AVI (in euro's per verzekerde)\*

		Kosten van geneeskundige GGZ
	70+ jaar	0,00
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	18-34 jaar	394,03
	35-44 jaar	113,21
	45-54 jaar	-12,30
	55-64 jaar	-0,52
	65-69 jaar	0,00
Arbeidsongeschikten excl. IVA	18-34 jaar	413,01
	35-44 jaar	319,15
	45-54 jaar	159,85
	55-64 jaar	5,89
	65-69 jaar	0,00
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	997,79
	35-44 jaar	186,32
	45-54 jaar	29,97
	55-64 jaar	-0,52
	65-69 jaar	0,00
Studenten	18-34 jaar	-76,28
Zelfstandigen	18-34 jaar	-76,28
	35-44 jaar	-42,11
	45-54 jaar	-12,30
	55-64 jaar	-0,52
	65-69 jaar	-0,00
Hoogopgeleiden	18-34 jaar	-47,00
	35-44 jaar	-27,23
Referentiegroep	18-34 jaar	-22,79
	35-44 jaar	-21,82
	45-54 jaar	-12,30
	55-64 jaar	-0,52
	65-69 jaar	-0,00

\* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.4.5: Gewichten voor het vereveningscriterium ggz-regio (in euro's per verzekerde)\*

	Kosten van geneeskundige GGZ
1	40,41
2	13,75
3	-0,91
4	-7,65
5	-7,65
6	-7,65
7	-7,65
8	-7,65
9	-7,65
10	-7,65

\* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.4.6: Gewichten voor het vereveningscriterium SES (in euro's per verzekerde)\*

		Kosten van geneeskundige GGZ
1 (zeer laag)	18-69 jaar	12,65
	70+ jaar	11,64
2 (laag)	18-69 jaar	-7,21
	70+ jaar	-4,66
3 (midden)	18-69 jaar	-7,21
	70+ jaar	-4,66
4 (hoog)	18-69 jaar	2,97
	70+ jaar	-3,58

\* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.4.7: Gewichten voor het vereveningscriterium PPA (in euro's per verzekerde)\*

		Kosten van geneeskundige GGZ
Wlz-instelling met behandeling, blijvend	18-69 jaar	-36,92
	70-79 jaar	-35,92
	80+ jaar	-29,87
Wlz-instelling zonder behandeling of extra-murale Wlz, blijvend	18-69 jaar	-36,92
	70-79 jaar	-35,92
	80+ jaar	-29,87
Wlz-instelling met behandeling, instromend	18-69 jaar	7.108,20
	70-79 jaar	2.170,99
	80+ jaar	607,54
Wlz-instelling zonder behandeling of extra-murale Wlz, instromend	18-69 jaar	2.986,51
	70-79 jaar	672,63
	80+ jaar	133,91
Eenpersoonshuishouden	18-69 jaar	80,44
	70-79 jaar	19,47
	80+ jaar	-13,56
Overig	18-69 jaar	-17,06
	70-79 jaar	-19,61
	80+ jaar	-7,60

\* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.4.8: Gewichten voor het vereveningscriterium ggz-MHK (in euro's per verzekerde)\*

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen ggz-MHK	-46,20
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 98,5 procent met kosten ggz > 10 euro	35,65
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten ggz in top 10 promille **	1.057,24
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten ggz in top 5 promille **	3.106,52
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten ggz in top 2,5 promille **	5.652,83
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten ggz in top 1 promille **	9.145,16
5 voorafgaande jaren kosten ggz in top 5 promille	16.048,30
5 voorafgaande jaren kosten ggz in top 2,5 promille	24.722,05

\* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

\*\* Voor verzekerden jonger dan 24 jaar: ten minste 1 van de 5 voorafgaande jaren.

## B.5 Normbedragen vereveningsmodel voor de eigen betalingen ten gevolge van het verplicht eigen risico Alleen verzekerden van 18 jaar of ouder zonder FKG/DKG/FDG/MVV/HHK en niet ingedeeld bij MHK-klasse "2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent" of hoger (behorende bij artikel 8, tweede lid, van de Regeling risicoverevening 2026)

De bijlage betreft de eigen betalingen ten gevolge van het verplicht eigen risico. De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de berekening van de specifiek voor een zorgverzekeraar geraamde opbrengst van het verplicht eigen risico (artikel 8, tweede lid) en vormen de basis voor de herberekening van de opbrengst van het verplicht eigen risico ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage van een zorgverzekeraar (artikel 18, tweede lid).

**Tabel B.5.1:** Gewichten voor het vereveningscriterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)

		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Mannen	18-24 jaar	130,96
	25-29 jaar	130,59
	30-34 jaar	131,53
	35-39 jaar	132,61
	40-44 jaar	133,63
	45-49 jaar	137,41
	50-54 jaar	143,90
	55-59 jaar	156,42
	60-64 jaar	166,79
	65-69 jaar	178,45
	70-74 jaar	193,97
	75-79 jaar	203,69
	80-84 jaar	212,60
85-89 jaar	207,82	
90+ jaar	188,87	
Vrouwen en onbepaald geslacht	18-24 jaar	183,18
	25-29 jaar	189,73
	30-34 jaar	195,06
	35-39 jaar	185,13
	40-44 jaar	177,52
	45-49 jaar	179,29
	50-54 jaar	184,37
	55-59 jaar	184,63
	60-64 jaar	187,70
	65-69 jaar	195,94
	70-74 jaar	207,11
	75-79 jaar	214,86
	80-84 jaar	217,26
85-89 jaar	200,70	
90+ jaar	151,91	

Tabel B.5.2: Gewichten voor het vereveningscriterium AVI (in euro's per verzekerde)

		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
	70+ jaar	0,00
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	18-34 jaar	59,26
	35-44 jaar	58,70
	45-54 jaar	46,26
	55-64 jaar	39,16
	65-69 jaar	23,63
Arbeidsongeschikten excl. IVA	18-34 jaar	49,34
	35-44 jaar	54,69
	45-54 jaar	50,30
	55-64 jaar	35,68
	65-69 jaar	21,02
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	44,61
	35-44 jaar	39,00
	45-54 jaar	32,61
	55-64 jaar	15,01
	65-69 jaar	-2,07
Studenten	18-34 jaar	-1,57
Zelfstandigen	18-34 jaar	-3,26
	35-44 jaar	-5,84
	45-54 jaar	-7,23
	55-64 jaar	-7,64
	65-69 jaar	-4,46
Hoogopgeleiden	18-34 jaar	-3,94
	35-44 jaar	-6,47
Referentiegroep	18-34 jaar	-1,39
	35-44 jaar	-1,40
	45-54 jaar	-2,38
	55-64 jaar	-1,76
	65-69 jaar	-1,37

Tabel B.5.3: Gewichten voor het vereveningscriterium regio (in euro's per verzekerde)

	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
1	-0,32
2	1,32
3	1,25
4	-0,11
5	0,38
6	-0,94
7	-0,78
8	-0,62
9	-1,00
10	0,71

**Tabel B.5.4:** Gewichten voor het vereveningscriterium MHK (in euro's per verzekerde)

	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Geen MHK	-25,13
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent	72,82

## Referenties

- DeBell, M en J.A. Krosnick (2009). *Computing Weights for American National Election Study Survey Data*. Stanford University.
- Deming, W.E (1943). *Statistical Adjustment of Data*. Wiley.
- Izrael, D., D.C. Hoaglin en M.P. Battaglia (2000). *A SAS Macro for Balancing a Weighted Sample*. SAS Institute Inc.
- WOR 1158 (2023). *Constrained regression als schattingsmethode voor de risicoverevening: mogelijkheden, effecten en afwegingen*. ESHPM.
- WOR 1222 (2024). *Eindrapportage Normbedragen RV2025*. ESHPM.
- WOR 1239 (2025). *Eindrapportage 'Tijdelijke oplossing hulpmiddelen'*. PWC.
- WOR 1243 (2025). *Ontbrekende kostenhistorie als gevolg van niet-Zvw verzekerd zijn*. Significant APE.
- WOR 1248 (2025). *Rapport Groot Onderhoud FKG*. Equalis.
- WOR 1255 (2025). *GGZ-model zonder DSM-hoofdgroep*. Significant APE.
- WOR 1261 (2025). *Onderzoeksprogramma Risicoverevening 2025-2026*. VWS.
- WOR 1262 (2025). *Pre-OT 2026*. Gupta Strategists.
- WOR 1273 (2025). *Gegevensfase, Onderzoek risicoverevening 2026*. Gupta Strategists.
- WOR 1275 (2025). *Overall Toets, Onderzoek risicoverevening 2026*. Gupta Strategists.
- WOR 1277 (2025). *Berekening Normbedragen, Onderzoek risicoverevening 2026*. Gupta Strategists.
- WOR 1279 (2025). *Compensatie niet-ingezetenen 2026*. SEO.
- ZIN (2025). *Regulier onderhoud Extreem Hoge Kosten (EHK) clusters*. ZIN.