



Beleidsregels van de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland van 5 oktober 2026, kenmerk 2026011497, voor de toekenning en vaststelling van de vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars 2027 (Beleidsregels Risicoverevening 2027)

De Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland,

gelet op de artikelen 32, vijfde lid, en 34, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet;

Besluit:

HOOFDSTUK I ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1.1 Definities

Deze Beleidsregels verstaan onder:

aanpassingsklasse: een klasse waarvan het gewicht in verband met de toepassing van criteriumneutraliteit wordt aangepast;

AVI: AVI als bedoeld in artikel 1 van het Besluit zorgverzekering;

belastingdienstbestand: het bij het Zorginstituut meest recent beschikbare bestand met inkomensgegevens en gepseudonimiseerde adresgegevens per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor een peiljaar;

Bzv: Besluit zorgverzekering;

correctiefactor: een door het Zorginstituut bepaalde factor die voor de betreffende risicoklasse van een bepaald criterium de geraamde prevalentie corrigeert voor bijzondere situaties. De toelichtingen op de bijzondere situatie en de correctiefactoren zijn opgenomen in de Verantwoording Verzekerdenraming 2027 die gepubliceerd wordt op de website www.zorginstituutnederland.nl;

criterium: een vereveningscriterium;

criteriumneutraliteit: criteriumneutraliteit corrigeert ongewenste effecten van hogere of lagere (ex post) landelijke verzekerdenaantallen dan ex ante verwacht per vereveningscriterium. Bij toepassing van criteriumneutraliteit worden een of meer gewichten van het betreffende vereveningscriterium bij de vaststelling aangepast zodat het effect van een (landelijk) verschil tussen raming en realisatie van de verzekerdenaantallen voor het vereveningscriterium of een aantal klassen van dat vereveningscriterium teniet wordt gedaan;

DKG_C: DKG's als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

DKG_G: DKG's psychische aandoeningen als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

DUO-bestand: het door DUO aangeleverde bestand met een inschrijving of behaald diploma bij een hoger beroepsonderwijsinstelling (hbo) of wetenschappelijk onderwijsinstelling (wo) per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor een peiljaar. Het bestand wordt aangeleverd in de maand juni met een peildatum van 1 juni;

FDG_C: FDG's als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

FKG_C: FKG's als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

FKG_G: FKG's psychische aandoeningen als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

het Zorginstituut: Zorginstituut Nederland, bedoeld in artikel 58, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet;

HHK_C: HHK als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

HKC: hogekostencompensatie als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

HSM_C: HSM als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

IBZ_C: IBZ als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

L5G: leeftijd en geslacht als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

macroverzekerdenraming: de raming van het aantal verzekerden op macroniveau voor het jaar 2027.

De verantwoording van de macroverzekerdenraming is opgenomen in de Verantwoording Verzekerdenraming 2027 die gepubliceerd wordt op de website www.zorginstituutnederland.nl;

MHK_C: MHK als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

MHK_G: GGZ-MHK als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

MVV_C: MVV als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

niet-ingezetene verzekerde: een verzekerde die in het buitenland woont. Dit wordt bepaald aan de hand van de inschrijving in de BRP zoals blijkt uit de opgave van zorgverzekeraars in het PER of VPPER;

OKH_C: OKH als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;



PER: opgave van zorgverzekeraars met per gepseudonimiseerd burgerservicenummer de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand, geboortejaar, viercijferige postcode, identificatie verzekerde in het buitenland en gepseudonimiseerd adres. De peildatum van het bestand met gegevensjaar t is 1 mei van jaar t, de aanleverdatum is 1 juni van jaar t;

PKB: een door het Zorginstituut samengesteld bestand. Het Zorginstituut koppelt per gepseudonimiseerd burgerservicenummer het PER-bestand, het VPPER-bestand en het OBSN-bestand over jaar t, aangeleverd op 1 juni van jaar t (PER) of t+1 (VPPER, OBSN). De wijze waarop het PKB-bestand wordt samengesteld is schematisch weergegeven in bijlage 1;

PPA: PPA als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

REG_C: regio als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

REG_G: GGZ-regio als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

Rrv: Regeling risicoverevening voor 2027;

schalingsfactor: een door het Zorginstituut berekende factor (vanaf de eerste voorlopige vaststelling) als onderdeel van flankerend beleid. De factor wordt bepaald voor de bijdrage van het deelbedrag variabele zorgkosten en voor de bijdrage van het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. De factor wordt per bijdrage op landelijk niveau bepaald als de verhouding tussen de totale kosten en het herberekende normatieve bedrag;

SEI: SEI als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

seizoenarbeider: een verzekerde van 18 tot en met 64 jaar, die in het buitenland woont en die in 2027 niet het gehele jaar verzekerd is en in 2026 niet of niet het gehele jaar is verzekerd;

SES: SES als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

sterftecorrectiefactor: een door het Zorginstituut bepaalde factor die per leeftijds- en geslachts categorie voor de betreffende risicoklasse van een bepaald criterium de sterfte corrigeert naar de geraamde sterfte in de ex-postsituatie;

trendfactor: een door het Zorginstituut bepaalde factor die per leeftijds- en geslachts categorie voor de betreffende risicoklasse van een bepaald criterium de trendmatige ontwikkeling voor de risicoklasse weergeeft. De trendfactoren zijn opgenomen in de Verantwoording Verzekerdenraming 2027 die gepubliceerd wordt op de website www.zorginstituutnederland.nl;

UWV-bestand: het bij het Zorginstituut meest recent beschikbare bestand van het UWV met de inkomstenbron per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor een peiljaar. Het bestand heeft een peildatum van 30 juni;

vereveningsbijdrage: de bijdrage, bedoeld in de artikelen 32 en 34 van de Zorgverzekeringswet;

VPPER: opgave van zorgverzekeraars met per gepseudonimiseerd burgerservicenummer de verzekerde periode en de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand, geboortejaar, aanduiding voor een verzekerde die in het buitenland woont, viercijferige postcode en gepseudonimiseerd adres. De aanleverdatum van het bestand met gegevensjaar t is 1 juni t+1, de gegevens hebben betrekking op het hele gegevensjaar;

wet: de Zorgverzekeringswet;

zelfstandigenbestand: bestand van de Belastingdienst met een uittreksel van het zelfstandigenregister. Het bestand wordt aangeleverd in de maand juli met een peildatum van 30 juni en heeft betrekking op directeur-grootheidshouders en overige zelfstandigen. Het Zorginstituut gebruikt het meest recente beschikbare bestand;

zorgprestatiemodel: de nieuwe bekostigingssystematiek per 1 januari 2022 voor geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg;

zwaarte: het deel waarvoor de verzekerde meetelt in een betreffende klasse;

OBSN: opgave van zorgverzekeraars over verzekerden zonder een geverifieerd burgerservicenummer en verzekerden zonder burgerservicenummer met per verzekerde de verzekerde periode en de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand, geboortejaar en viercijferige postcode. De aanleverdatum van het bestand met gegevensjaar t is 1 juni t+1, de gegevens hebben betrekking op het hele gegevensjaar.

Artikel 1.2 Algemene bepaling

Het Zorginstituut neemt de bepalingen uit het Bzv en de Rrv in acht bij de toepassing van deze Beleidsregels.

Artikel 1.3 Zorgverzekeraars

Het Zorginstituut gaat bij de verdeling van de macro-deelbedragen 2027 en de berekening van de normatieve bedragen en de vereveningsbijdragen ervan uit dat alle zorgverzekeraars die gedurende 2026 zorgverzekeringen hebben aangeboden ook in 2027 zorgverzekeringen zullen aanbieden.

HOOFDSTUK II DE TOEKENNING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE

Artikel 2.1 Algemene bepaling voor de raming van de verzekerdenaantallen

1. Het Zorginstituut baseert de raming van de verzekerdenaantallen 2027 op de macroverzekerdenraming en het PER 2026.
2. Het Zorginstituut deelt verzekerden zonder burgerservicenummer en verzekerden zonder geverifieerd burgerservicenummer niet in bij een criterium.
3. Wanneer een verzekerde tegelijkertijd bij meer zorgverzekeraars is ingeschreven, past het Zorginstituut artikel 10 van de Rrv toe.
4. Het Zorginstituut beschrijft de wijze waarop de verzekerden zijn geraamd in de Verantwoording Verzekerdenraming 2027 die gepubliceerd wordt op de website www.zorginstituutnederland.nl.

Artikel 2.2 De verzekerdenaantallen 2027 voor het macro-deelbedrag variabele zorgkosten

1. Het Zorginstituut deelt voor het macro-deelbedrag variabele zorgkosten verzekerden in bij de criteria L5G, FKG_C, DKG_C, FDG_C, IBZ_C, OKH_C, HSM_C, MHK_C, MVV_C, HHK_C, AVI, SES, PPA, SEI en REG_C.
2. In afwijking van het eerste lid deelt het Zorginstituut verzekerden die in het buitenland wonen niet in bij de criteria OKH_C, SES, PPA en REG_C.
3. Met inachtneming van artikel 6 van de Rrv deelt het Zorginstituut alle verzekerden die in het buitenland wonen op de volgende wijze in:
 - a. voor het criterium FKG_C in de klasse 'Geen FKG_C';
 - b. voor het criterium DKG_C in de klasse 'Geen DKG_C';
 - c. voor het criterium FDG_C in de klasse 'Geen FDG_C'; en
 - d. voor het criterium HSM_C in de klasse 'Geen HSM_C'.

Artikel 2.3 De verzekerdenaantallen 2027 voor het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

1. Het Zorginstituut deelt voor het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg verzekerden van achttien jaar of ouder in bij de criteria L5G, FKG_G, DKG_G, MHK_G, AVI, SES, PPA, SEI en REG_G.
2. In afwijking van het eerste lid deelt het Zorginstituut verzekerden die in het buitenland wonen niet in bij de criteria SES, PPA en REG_G.
3. Met inachtneming van artikel 6 van de Rrv deelt het Zorginstituut alle verzekerden die in het buitenland wonen op de volgende wijze in:
 - a. voor het criterium FKG_G in de klasse 'Geen FKG_G'; en
 - b. voor het criterium DKG_G in de klasse 'Geen DKG_G'.

Artikel 2.4 De verzekerdenaantallen 2027 voor de normatieve opbrengst van het eigen risico

1. Het Zorginstituut deelt voor de normatieve opbrengst van het eigen risico verzekerden van achttien jaar of ouder die worden ingedeeld in de klassen 'Geen FKG_C', 'Geen FKG_G', 'Geen DKG_C', 'Geen DKG_G', 'Geen FDG_C', 'Geen MVV_C' en 'Geen HHK_C' en niet worden ingedeeld bij MHK_C-klasse '2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 15 procent' of hoger, of MHK_G-klasse 'Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 10 promille' of hoger, in bij de criteria L5G, MHK_C, AVI, SEI en REG_C.
2. In afwijking van het eerste lid deelt het Zorginstituut verzekerden die in het buitenland wonen niet in bij het criterium REG_C.

Artikel 2.5 L5G

1. Het Zorginstituut baseert de raming van het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium L5G op:
 - a. de indeling in L5G-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 2; en
 - b. het PER 2026.

2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het eerste lid in welke L5G-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium L5G naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 2.6 FKG_C

1. Het Zorginstituut baseert de raming van het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium FKG_C op:
 - a. de indeling in FKG_C-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 3;
 - b. de opgave per 1 juni 2026 van declaraties farmaceutische zorg 2025 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut;
 - c. de opgave per 1 juni 2025 van declaraties farmaceutische zorg 2024 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut;
 - d. de opgave per 1 juni 2026 van declaraties add-on geneesmiddelen 2024 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut; en
 - e. de leeftijd volgens het PKB 2025.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met e, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PER 2026 en het PKB 2025 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 3, in welke FKG_C-klassen een verzekerde wordt ingedeeld. Aan de verzekerde koppelt het Zorginstituut een zwaarte gelijk aan 1 voor de betreffende klassen ingedeeld met gegevens bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, en een zwaarte gelijk aan de verzekeringsperiode in het PKB 2025 voor de betreffende klassen ingedeeld met gegevens bedoeld in het eerste lid, onderdeel d.
3. Het Zorginstituut past op de verzekerden in een aantal FKG_C-klassen een sterftecorrectie toe, waarbij aan de verzekerden een zodanige zwaarte wordt gekoppeld dat de relatieve prevalentie constant blijft met het PKB 2025. Het betreft de volgende FKG_C-klassen:
 - a. 'Groeistoornissen o.b.v. add-on';
 - b. 'Auto-immuunziekten o.b.v. add-on';
 - c. 'Nieraandoeningen o.b.v. add-on';
 - d. 'Immunoglobuline o.b.v. add-on';
 - e. 'COPD/Zware astma o.b.v. add-on';
 - f. 'Longkanker o.b.v. add-on';
 - g. 'Hematologische maligniteit o.b.v. add-on';
 - h. 'Carcinoom o.b.v. add-on';
 - i. 'Overige kanker o.b.v. add-on';
 - j. 'Maculadegeneratie o.b.v. add-on';
 - k. 'Extreem hoge kosten cluster 1';
 - l. 'Extreem hoge kosten cluster 2';
 - m. 'Extreem hoge kosten cluster 3'; en
 - n. 'Extreem hoge kosten cluster 4'.
4. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium FKG_C de toepasselijke trendfactor toe. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, bedoeld in het tweede en derde lid, met de toepasselijke trendfactor.
5. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PER 2026 voor het eerst voorkomen per FKG_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2026 toe.
6. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FKG_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FKG_C' in.
7. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FKG_C naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 2.7 FKG_G

1. Het Zorginstituut baseert de raming van het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium FKG_G op:
 - a. de indeling in FKG_G-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 4; en
 - b. de opgave per 1 juni 2026 van declaraties farmaceutische zorg 2025 per gepseudonimiseerd

burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut; en
c. de leeftijd volgens het PKB 2025.

2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PER 2026 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 4, in welke FKG_G-klassen een verzekerde wordt ingedeeld. Aan de verzekerde koppelt het Zorginstituut een zwaarte gelijk aan 1 voor de betreffende klassen.
3. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium FKG_G de toepasselijke trendfactor toe. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, bedoeld in het tweede lid, met de toepasselijke trendfactor.
4. Het Zorginstituut past voor verzekerden die in het PER 2026 voor het eerst voorkomen per FKG_G-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2026 toe.
5. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FKG_G' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FKG_G' in.
6. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FKG_G naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 2.8 DKG_C

1. Het Zorginstituut baseert de raming van het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium DKG_C op:
 - a. de indeling in DKG_C-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 5; en
 - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2026 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's die in 2024 geopend zijn; en
 - c. de leeftijd volgens het PKB 2024.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2025 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 5, in welke DKG_C-klassen een verzekerde wordt ingedeeld. Het Zorginstituut stelt de zwaarte van de gehele klasse gelijk aan het aantal keer dat de verzekerde in de toepasselijke risicoklasse valt vermenigvuldigd met de verzekeringsperiode in het PKB 2025.
3. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium DKG_C de toepasselijke trendfactor toe. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, bedoeld in het tweede lid, met de toepasselijke trendfactor.
4. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2025 voor het eerst voorkomen per DKG_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB 2025 toe.
5. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2026 en past hierop een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
6. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium DKG_C de toepasselijke trendfactor toe. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, bedoeld in het vijfde lid, met de toepasselijke trendfactor.
7. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PER 2026 voor het eerst voorkomen per DKG_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2026 toe.
8. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen DKG_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen DKG_C' in.
9. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium DKG_C naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 2.9 DKG_G

1. Het Zorginstituut baseert de raming van het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium DKG_G op:

- a. de indeling in DKG_G-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 6;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2026 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle GGZ-prestaties in 2024;
 - c. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2025 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle GGZ-prestaties in 2023;
 - d. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2024 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle GGZ-prestaties die in 2022 geopend zijn;
 - e. de leeftijd volgens het PKB 2024, PKB 2023 en PKB 2022.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met d, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan onderdeel e en aan het PKB 2025. Het Zorginstituut bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 6, in welke DKG_G-klasse een verzekerde wordt ingedeeld. Het Zorginstituut stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte gelijk aan de verzekeringsperiode in het PKB 2025.
 3. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2025 voor het eerst voorkomen per DKG_G-klasse de gemiddelde prevalentie voor de betreffende klasse van de overige verzekerden in het PKB 2025 toe.
 4. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2026 en past hierop een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
 5. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PER 2026 voor het eerst voorkomen per DKG_G-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2026 toe.
 6. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen DKG_G' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen DKG_G' in.
 7. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium DKG_G naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 2.10 FDG_C

1. Het Zorginstituut baseert de raming van het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium FDG_C op:
 - a. de indeling in FDG_C-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 7;
 - b. de opgave per 1 juni 2026 van declaraties fysiotherapie en oefentherapie 2025 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut; en
 - c. de leeftijd volgens het PKB 2025.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PER 2026 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 7, in welke FDG_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld. Het Zorginstituut stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte gelijk aan 1.
3. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium FDG_C de toepasselijke trendfactor toe. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, bedoeld in het tweede lid, met de toepasselijke trendfactor.
4. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PER 2026 voor het eerst voorkomen per FDG_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2026 toe.
5. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FDG_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FDG_C' in.
6. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FDG_C naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 2.11 IBZ_C

1. Het Zorginstituut baseert de raming van het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium IBZ_C op:

- a. de indeling in IBZ_C-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 8;
 - b. de leeftijd volgens het PKB 2024;
 - c. de som van de kosten over 2024 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2026 aan het Zorginstituut hebben aangeleverd van:
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg; en
 - verloskunde via medisch-specialistische zorg;
 - d. de som van de kosten 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2026 aan het Zorginstituut hebben aangeleverd van:
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg; en
 - verloskunde via medisch-specialistische zorg;
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met d, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2024 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 8, in welke IBZ_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld. Het Zorginstituut stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte gelijk aan de verzekeringsperiode in het PKB 2024.
 3. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2025 en past hierop een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
 4. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2025 voor het eerst voorkomen per IBZ_C-klasse de gemiddelde prevalentie voor de betreffende klasse van de overige verzekerden in het PKB 2025 toe.
 5. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2026 en past hierop een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
 6. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PER 2026 voor het eerst voorkomen per IBZ_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2026 toe.
 7. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen IBZ_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen IBZ_C' in.
 8. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden in alle klassen van het criterium IBZ_C naar de macroverzekerdenraming.
 9. Het Zorginstituut past een correctie toe op de eerste klasse van het criterium IBZ_C op basis van het gerealiseerde aantal verzekerden in de eerste klasse van het criterium IBZ_C in 2024.
 10. Het Zorginstituut past een correctie toe op de tweede en de derde klasse van het criterium IBZ_C op basis van de historische verhouding van het aantal gerealiseerde bevallingen in het criterium IBZ_C ten opzichte van het aantal 0-jarigen in het criterium L5G.

Artikel 2.12 OKH_C

1. Het Zorginstituut baseert de raming van het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium OKH_C op:
 - a. de indeling in OKH_C-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 9;
 - b. de leeftijd volgens het PER 2026; en
 - c. de inschrijfduur volgens het PKB 2025, PKB 2024 en PKB 2023.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PER 2026 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 9, in welke OKH_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden in de eerste tot en met de vierde klasse van het criterium OKH_C naar de verhouding tussen het aantal verzekerden op basis van de indeling volgens het PKB 2025 en de indeling volgens het PER 2025 voor de betreffende klasse.
4. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden in de vijfde en de zesde klasse van

het criterium OKH_C zodanig dat het totaal aantal verzekerden gelijk is aan de macroverzekerdenraming.

Artikel 2.13 HSM_C

1. Het Zorginstituut baseert de raming van het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium HSM_C op:
 - a. de indeling in HSM_C-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 10; en
 - b. de kenmerkindelingen in FKG_C, DKG_C, FDG_C, MHK_C, MVV_C voor vereveningsjaar 2024 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer zoals bepaald door het Zorginstituut ten behoeve van de eerste voorlopige vaststelling volgens de Beleidsregels Risicoverevening 2024.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PER 2026 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 10, in welke HSM_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut deelt de verzekerden die in het PER 2026 voor het eerst voorkomen in bij de klasse 'Geen HSM_C'.
4. Het Zorginstituut past hierop een sterftecorrectie toe op basis van de uitval tussen PKB 2025 en 2024.
5. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen HSM_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen HSM_C' in.
6. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium HSM_C naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 2.14 MHK_C

1. Het Zorginstituut baseert de raming van het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MHK_C op:
 - a. de indeling in MHK_C-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 11;
 - b. de kosten over 2024 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2026 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd, exclusief kosten van:
 - verpleging en verzorging;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg;
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - verloskunde via medisch-specialistische zorg; en
 - hulpmiddelen;
 - c. de kosten over 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten tot en met 31 december 2025, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2026 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd, exclusief kosten van:
 - verpleging en verzorging;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg;
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - verloskunde via medisch-specialistische zorg; en
 - hulpmiddelen;
 - d. de kosten over 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten tot en met 31 december 2024, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2025 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd, exclusief kosten van:
 - verpleging en verzorging;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg; en
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - e. de opgave per 25 april 2025 van hulpmiddelenkosten 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer via Vektis aan het Zorginstituut;
 - f. de opgave van de zorgkantoren per 1 juni 2026 aan het Zorginstituut per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de declaraties van alle Wlz-prestaties en het toegekende persoonsgebonden budget in 2025;
 - g. de leeftijd volgens het PKB 2025; en
 - h. het PKB 2024, PKB 2023 en PKB 2022.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met h, met het



gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2025 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 11, in welke MHK_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

3. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2025 voor het eerst voorkomen de relatieve prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2023 toe.
4. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2026. Op de verzekerden die in het PER 2026 voor het eerst voorkomen past het Zorginstituut de relatieve prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2024 toe.
5. Vervolgens past het Zorginstituut een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
6. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen MHK_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen MHK_C' in.
7. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium MHK_C naar de macroverzekerdenraming. De relatieve prevalentie van verzekerden die in Nederland wonen wordt per klasse bepaald met de relatieve prevalentie zoals die volgt uit de kosten van de gegevensjaren 2024, 2023 en 2022 van de Overall Toets 2027.

Artikel 2.15 MHK_G

1. Het Zorginstituut baseert de raming van het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MHK_G op:
 - a. de indeling in MHK_G-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 12;
 - b. de kosten over 2024 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2026 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - c. de kosten over 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2025, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2026 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - d. de kosten over 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2024, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2025 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - e. de kosten over 2021 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg inclusief kosten voor langdurige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2023, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2024 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - f. de kosten over 2020 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg inclusief kosten voor langdurige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2022, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2023 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - g. de leeftijd volgens het PKB 2025; en
 - h. het PKB 2024, PKB 2023, PKB 2022, PKB 2021 en PKB 2020.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met h, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2025 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 12, in welke MHK_G-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2025 voor het eerst voorkomen de relatieve prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2023 toe.
4. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2026. Op de verzekerden die in het PER 2026 voor het eerst voorkomen past het Zorginstituut de relatieve prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2024 toe.
5. Vervolgens past het Zorginstituut een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
6. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen MHK_G' valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de klasse 'Geen MHK_G' in.
7. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium MHK_G naar de macroverzekerdenraming. De relatieve prevalentie voor verzekerden die in Nederland wonen



wordt per klasse bepaald met de relatieve prevalentie zoals die volgt uit de kosten van de gegevensjaren 2024, 2023, 2022, 2021 en 2020 van de Overall Toets 2027.

Artikel 2.16 MVV_C

1. Het Zorginstituut baseert de raming van het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MVV_C op:
 - a. de indeling in MVV_C-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 13;
 - b. de kosten verpleging en verzorging 2024 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2026 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - c. de kosten verpleging en verzorging 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2025, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2026 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - d. de kosten verpleging en verzorging 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2024, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2025 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - e. de opgave van de zorgkantoren per 1 juni 2026 aan het Zorginstituut per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de declaraties van alle Wlz-prestaties en het toegekende persoonsgebonden budget in 2025;
 - f. de leeftijd volgens het PKB 2025; en
 - g. het PKB 2024.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met g, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2025 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 13, in welke MVV_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2026.
4. Het Zorginstituut deelt de verzekerden die in het PKB 2025 of in het PER 2026 voor het eerst voorkomen in de klasse 'Geen MVV_C' in.
5. Vervolgens herschaalt het Zorginstituut het geraamde aantal verzekerden in alle klassen van het criterium MVV_C naar de macroverzekerdenraming.
6. Het Zorginstituut past een correctie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de prevalentie na toepassing van het tweede lid gehandhaafd blijft.

Artikel 2.17 HHK_C

1. Het Zorginstituut baseert de raming van het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium HHK_C op:
 - a. de indeling in HHK_C-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 14;
 - b. de hulpmiddelenkosten 2024 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2026 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - c. de hulpmiddelenkosten 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2025, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2026 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - d. de opgave per 25 april 2025 van hulpmiddelenkosten 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer via Vektis aan het Zorginstituut; en
 - e. het PKB 2024.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met e, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2025 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 14, in welke HHK_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2026.
4. Het Zorginstituut deelt de verzekerden die in het PKB 2025 of in het PER 2026 voor het eerst voorkomen in de klasse 'Geen HHK_C' in.
5. Vervolgens herschaalt het Zorginstituut het geraamde aantal verzekerden voor het criterium HHK_C naar de macroverzekerdenraming.
6. Het Zorginstituut past een correctie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat

de prevalentie na toepassing van het tweede lid gehandhaafd blijft.

Artikel 2.18 AVI

1. Het Zorginstituut baseert de raming van het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium AVI op:
 - a. de indeling in AVI-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 15;
 - b. de leeftijd en het gepseudonimiseerde adres volgens het PKB 2025;
 - c. de zelfstandigen volgens het zelfstandigenbestand 2026;
 - d. de duurzaam en volledig arbeidsongeschikten, de overige arbeidsongeschikten, de bijstandsgerechtigden, de werklozen en de loontrekkers volgens het UWV-bestand met peildatum 30 juni 2025;
 - e. de studenten en hoogopgeleiden volgens het DUO-bestand per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2025; en
 - f. de historische indeling van AVI uit 2026 op basis van gegevensjaar 2024.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met f, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2025 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 15, in welke AVI-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2026, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie per AVI-klasse, zoals bepaald in het tweede lid, gehandhaafd blijft.
4. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium AVI naar de macroverzekerdenraming, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie per AVI-klasse constant blijft.

Artikel 2.19 SES

1. Het Zorginstituut baseert de raming van het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium SES op:
 - a. de indeling in SES-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 16;
 - b. het inkomen volgens de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2023;
 - c. het inkomen volgens de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2024 wanneer voor 2023 geen gegevens beschikbaar zijn;
 - d. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2025;
 - e. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2025 wanneer een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2025;
 - f. de leeftijd volgens het PKB 2025; en
 - g. het PKB 2023 en PKB 2024.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid onderdeel b tot en met g, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2025 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 16, in welke SES-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2026, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
4. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium SES naar de macroverzekerdenraming, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie per SES-klasse constant blijft.

Artikel 2.20 PPA

1. Het Zorginstituut baseert de raming van het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium PPA op:
 - a. de indeling in PPA-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand PPA dat is opgenomen in bijlage 17;
 - b. de leeftijd volgens het PKB 2025;
 - c. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2024;

- d. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2024 wanneer een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2024;
 - e. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2025 wanneer een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB 2024;
 - f. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2025 wanneer een verzekerde ook niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2025; en
 - g. de opgave van de zorgkantoren per 1 juni 2026 aan het Zorginstituut per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de declaraties van alle Wlz-prestaties en het toegekende persoonsgebonden budget in 2025;
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met g, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2025 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 17, in welke PPA-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
 3. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2026, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
 4. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium PPA naar de macroverzekerdenraming, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie per klasse constant blijft.

Artikel 2.21 SEI

1. Het Zorginstituut baseert de raming van het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium SEI op:
 - a. de indeling in SEI-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 18; en
 - b. de indicatie niet-ingezetenen volgens het PER 2026.
2. Het Zorginstituut herschaalt het aantal verzekerden uit het eerste lid, onderdeel b naar de macroverzekerdenraming.
3. Het Zorginstituut selecteert uit de gegevens bedoeld in het tweede lid de verzekerden die in het buitenland wonen.
4. Het Zorginstituut merkt op basis van het PKB 2025 en het PKB 2024 verzekerden als seizoenarbeider aan overeenkomstig de definitie in artikel 1.1.
5. Het Zorginstituut bepaalt het aandeel seizoenarbeiders door het aantal seizoenarbeiders in 2025 uit het vierde lid te delen door het aantal verzekerden dat in het buitenland woont volgens het PKB 2025.
6. Het Zorginstituut bepaalt vervolgens het geraamde aantal seizoenarbeiders per zorgverzekeraar door het aandeel seizoenarbeiders toe te passen op het geraamde aantal verzekerden dat in het buitenland woont uit het derde lid.
7. Het Zorginstituut bepaalt het geraamde aantal overige verzekerden dat in het buitenland woont per zorgverzekeraar door het verschil te nemen tussen het geraamde aantal verzekerden dat in het buitenland woont uit het derde lid en het geraamde aantal seizoenarbeiders uit het zesde lid.
8. Het Zorginstituut bepaalt het geraamde aantal ingezetenen per zorgverzekeraar door het verschil te nemen tussen het geraamde aantal verzekerden uit het tweede lid en het derde lid.

Artikel 2.22 REG_C

1. Het Zorginstituut baseert de raming van het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium REG_C op:
 - a. de indeling in REG_C-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 19; en
 - b. de viercijferige postcode volgens het PER 2026.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het eerste lid in welke REG_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

3. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium REG_C naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 2.23 REG_G

1. Het Zorginstituut baseert de raming van het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium REG_G op:
 - a. de indeling in REG_G-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 20; en
 - b. de viercijferige postcode volgens het PER 2026.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het eerste lid in welke REG_G-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium REG_G naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 2.24 Gewichten voor het deelbedrag variabele zorgkosten

Voor de verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten gaat het Zorginstituut uit van de gewichten, bedoeld in bijlage 1 van de Rrv.

Artikel 2.25 De verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten en de berekening van het deelbedrag variabele zorgkosten

1. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar, per criterium voor de criteria L5G, FKG_C, DKG_C, FDG_C, IBZ_C, OKH_C, HSM_C, MHK_C, MVV_C, HHK_C, AVI, SES, PPA, SEI en REG_C de gewichten, bedoeld in artikel 2.24, per klasse met het geraamde aantal verzekerden in de overeenkomstige klasse.
2. Het Zorginstituut sommeert de op grond van het eerste lid berekende producten per zorgverzekeraar.
3. Het resultaat na toepassing van het tweede lid wordt aangeduid als het deelbedrag variabele zorgkosten 2027.

Artikel 2.26 De verdeling van het macro-deelbedrag vaste zorgkosten en de berekening van het deelbedrag vaste zorgkosten

1. Op grond van artikel 3.5 van het Bzv berekent het Zorginstituut het gewicht vaste zorgkosten 2027 door het macro-deelbedrag vaste zorgkosten te delen door het landelijk totaal van het aantal geraamde verzekerden 2027 en het resultaat af te ronden op twee decimalen.
2. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het geraamde aantal verzekerden 2027 met het gewicht vaste zorgkosten 2027, zoals berekend in het eerste lid.
3. Het resultaat na toepassing van het tweede lid wordt aangeduid als het deelbedrag vaste zorgkosten 2027.

Artikel 2.27 Gewichten voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

Voor de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg gaat het Zorginstituut uit van de gewichten, bedoeld in bijlage 3 van de Rrv.

Artikel 2.28 De verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de berekening van het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

1. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar, per criterium voor de criteria L5G, FKG_G, DKG_G, MHK_G, AVI, SES, PPA, SEI en REG_G de gewichten, bedoeld in artikel 2.27, per klasse met het geraamde aantal verzekerden in de overeenkomstige klasse.
2. Het Zorginstituut sommeert de op grond van het eerste lid berekende producten per zorgverzekeraar.
3. Het resultaat na toepassing van het tweede lid wordt aangeduid als het deelbedrag kosten van

geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027.

Artikel 2.29 Gewichten en forfaitair bedrag voor de opbrengst van het eigen risico

1. Voor de berekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico voor verzekerden die zijn ingedeeld in de klassen 'Geen FKG_C', 'Geen FKG_G', 'Geen DKG_C', 'Geen DKG_G', 'Geen FDG_C', 'Geen MVV_C' en 'Geen HHK_C' en niet zijn ingedeeld bij de MHK_C-klasse '2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 15 procent' of hoger, of MHK_G-klasse 'Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 10 promille' of hoger, gaat het Zorginstituut uit van de gewichten, bedoeld in bijlage 5 van de Rrv.
2. Voor de berekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico voor verzekerden die niet bedoeld zijn in het eerste lid, hanteert het Zorginstituut de geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in artikel 8, vierde lid, van de Rrv.

Artikel 2.30 De berekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico

1. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar, per criterium voor de criteria L5G, MHK_C, AVI, SEI en REG_C de gewichten, bedoeld in artikel 2.29, per klasse met het geraamde aantal verzekerden in de overeenkomstige klasse.
2. In afwijking van het eerste lid gaat het Zorginstituut bij het criterium MHK_C uit van het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar zoals bepaald in artikel 2.14, en bepaalt het Zorginstituut in welke klasse een verzekerde wordt ingedeeld op basis van het referentiebestand MHK_E, dat is opgenomen in bijlage 21.
3. Het Zorginstituut sommeert de op grond van het eerste lid berekende producten per zorgverzekeraar.
4. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar de geraamde opbrengst per verzekerde met de verzekerden van achttien jaar of ouder die niet bedoeld zijn in artikel 2.29, eerste lid. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat na toepassing van het tweede lid.
5. Voor de toepassing van artikel 8, eerste lid, van de Rrv, vermindert het Zorginstituut per zorgverzekeraar de uitkomst van het derde lid met de detentiefactor van 0,06782 procent.
6. Het resultaat na toepassing van het vierde lid wordt aangeduid als normatieve opbrengst van het eigen risico 2027.

Artikel 2.31 De berekening van het normatieve bedrag en de berekening en toekenning van de vereveningsbijdrage

1. Het Zorginstituut berekent het normatieve bedrag 2027 van een zorgverzekeraar als de som van het deelbedrag variabele zorgkosten 2027, het deelbedrag vaste zorgkosten 2027 en het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027.
2. Het Zorginstituut berekent de opbrengst van de nominale rekenpremie 2027 per zorgverzekeraar door de geraamde aantallen verzekerden van achttien jaar of ouder 2027 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2027.
3. Voor de toepassing van artikel 7, derde lid, van de Rrv, vermindert het Zorginstituut het resultaat na toepassing van het tweede lid met de detentiefactor van 0,06782 procent.
4. Het Zorginstituut berekent de vereveningsbijdrage 2027 voor een zorgverzekeraar door op het normatieve bedrag 2027, bedoeld in het eerste lid, de normatieve opbrengst van het eigen risico 2027 zoals bepaald in artikel 2.30, zesde lid, en de op grond van het tweede en derde lid berekende opbrengst van de nominale rekenpremie 2027 in mindering te brengen.

HOOFDSTUK III DE HERBEREKENING VAN DE TOEGEKENDE VEREVENINGSBIJDRAGE (LENTEHERBEREKENING)

Artikel 3.1 De herberekening en herziening van de toegekende bijdrage 2027

1. Het Zorginstituut baseert de herberekening van de vereveningsbijdrage op de verzekerdenaantallen 2027 volgens de opgaven van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut op 7 maart 2027.

2. Het Zorginstituut herberekent de vereveningsbijdrage 2027, zoals toegekend op grond van artikel 2.31, vierde lid, per zorgverzekeraar en betreft daarbij de verzekerden die, volgens opgave via Vektis, op peildatum 15 februari 2027 zijn ingeschreven bij die zorgverzekeraar.
3. Het Zorginstituut voert de herberekening van de toegekende vereveningsbijdrage 2027 als volgt uit: het Zorginstituut deelt per zorgverzekeraar het totaal aantal verzekerden uit de opgaven, bedoeld in het eerste lid, door het geraamde totaal aantal verzekerden 2027 uit het tweede lid en vermenigvuldigt per zorgverzekeraar de uitkomst hiervan met de op grond van het tweede lid herberekende vereveningsbijdrage 2027.
4. Het Zorginstituut herziet de op grond van artikel 2.31, vierde lid, toegekende vereveningsbijdrage 2027 overeenkomstig de herberekening bedoeld in het derde lid.

Artikel 3.2 Herberekeningen als gevolg van splitsing van de zorgverzekeraar

1. Indien een zorgverzekeraar na de toekenning van de vereveningsbijdrage 2027 besluit zich te splitsen, verzoekt het Zorginstituut de betreffende zorgverzekeraar om informatie te geven over de gevolgen van de splitsing voor de verdeling van de geraamde verzekerdenaantallen 2027 over de bij de splitsing betrokken zorgverzekeraars.
2. Het Zorginstituut kan de toegekende vereveningsbijdrage herzien en vereveningsbijdragen aan nieuwe dan wel bestaande zorgverzekeraars toekennen, rekening houdend met de informatie van de betrokken zorgverzekeraars over de geraamde verzekerdenaantallen en het tijdstip waarop de splitsing wordt gerealiseerd.

HOOFDSTUK IV DE EERSTE VOORLOPIGE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE

Artikel 4.1 Algemene bepaling verzekerdenaantallen

1. Het Zorginstituut voert de correcties door die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast over 2027 bij de vaststelling van de verzekerdenaantallen 2027.
2. Het Zorginstituut bepaalt de verzekerdenaantallen 2027 met inachtneming van het bepaalde in dit artikel en met inachtneming van de artikelen 2.2, 2.3 en 2.4.
3. Het Zorginstituut baseert de bepaling van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar op het PKB 2027.
4. Het Zorginstituut deelt verzekerden zonder burgerservicenummer en verzekerden zonder geverifieerd burgerservicenummer uitsluitend in bij de criteria L5G, REG_C en REG_G.
5. Wanneer een verzekerde tegelijkertijd bij meer dan één zorgverzekeraar is ingeschreven, past het Zorginstituut artikel 10 van de Rrv toe.
6. Het Zorginstituut past het bepaalde in het eerste tot en met vijfde lid toe bij de artikelen 4.22, 4.23, 4.25, 4.26 en 5.2.

Artikel 4.2 L5G

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium L5G op:
 - a. de indeling in L5G-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 2; en
 - b. het PKB 2027.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het eerste lid in welke L5G-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.3 FKG_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium FKG_C op:
 - a. de indeling in FKG_C-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 3;
 - b. de opgave per 1 juni 2027 van declaraties farmaceutische zorg 2026 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut;

- c. de opgave per 1 juni 2028 van declaraties add-on geneesmiddelen 2026 van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut; en
 - d. de leeftijd volgens het PKB 2026.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met d, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2027 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 3, in welke FKG_C-klassen een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FKG_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FKG_C' in.

Artikel 4.4 FKG_G

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium FKG_G op:
 - a. de indeling in FKG_G-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 4;
 - b. de opgave per 1 juni 2027 van declaraties farmaceutische zorg 2026 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut; en
 - c. de leeftijd volgens het PKB 2026.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2027 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 4, in welke FKG_G-klassen een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FKG_G' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FKG_G' in.

Artikel 4.5 DKG_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium DKG_C op:
 - a. de indeling in DKG_C-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 5;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2028 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's die in 2026 geopend zijn; en
 - c. de leeftijd volgens het PKB 2026.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2027 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 5, in welke DKG_C-klassen een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen DKG_C' is ingedeeld, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen DKG_C' in.

Artikel 4.6 DKG_G

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium DKG_G op:
 - a. de indeling in DKG_G-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 6;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2028 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle GGZ-prestaties in 2026;
 - c. de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2027 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle GGZ-prestaties in 2025;
 - d. de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2026 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle GGZ-prestaties in 2024;
 - e. de raming van de Nederlandse Zorgautoriteit van de directe en indirecte behandelminuten per prestatie onder het Zorgprestatie-model, zoals vastgelegd in de Verantwoording tarieven Zorgprestatie-model; en
 - f. de leeftijd volgens het PKB 2026, PKB 2025 en PKB 2024.
2. Het Zorginstituut bepaalt een ophoogfactor per prestatie met de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel e, door de som van de directe en indirecte behandelminuten te delen door het aantal directe behandelminuten.
3. Het Zorginstituut past op de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d, per prestatie de toepasselijke ophoogfactor toe op het aantal gedeclareerde behandelminuten.

4. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c, d en f, na toepassing van het derde lid, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2027. Het Zorginstituut bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 6, in welke DKG_G-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
5. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen DKG_G' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen DKG_G' in.

Artikel 4.7 FDG_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium FDG_C op:
 - a. de indeling in FDG_C-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 7;
 - b. de opgave per 1 juni 2027 van declaraties fysiotherapie en oefentherapie 2026 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut; en
 - c. de leeftijd volgens het PKB 2026.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2027 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 7, in welke FDG_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FDG_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FDG_C' in.

Artikel 4.8 IBZ_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium IBZ_C op:
 - a. de indeling in IBZ_C-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 8;
 - b. de som van de kosten 2026 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2028 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd van:
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg; en
 - verloskunde via medisch-specialistische zorg;
 - c. de som van de kosten 2025 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2027, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2028 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd van:
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg; en
 - verloskunde via medisch-specialistische zorg;
 - d. de leeftijd volgens het PKB 2026.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met d, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2027 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 8, in welke IBZ_C klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen IBZ_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen IBZ_C' in.

Artikel 4.9 OKH_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium OKH_C op:
 - a. de indeling in OKH_C-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 9;
 - b. de leeftijd volgens het PKB 2027; en
 - c. de inschrijfduur volgens het PKB 2026, PKB 2025 en PKB 2024.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2027 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 9, in welke OKH_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.10 HSM_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium HSM_C op:
 - a. de indeling in HSM_C-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 10; en

- b. de kenmerkindelingen in FKG_C, DKG_C, FDG_C, MHK_C en MVV_C voor vereveningsjaar 2024 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer zoals bepaald door het Zorginstituut ten behoeve van de definitieve vaststelling volgens Beleidsregels risicoverevening 2024.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2027 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 10, in welke HSM_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen HSM_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen HSM_C' in.

Artikel 4.11 MHK_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MHK_C op:
 - a. de indeling in MHK_C-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 11;
 - b. de kosten over 2026 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2028 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd, exclusief kosten van:
 - verpleging en verzorging;
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg;
 - verloskunde via medisch-specialistische zorg; en
 - hulpmiddelen;
 - c. de kosten over 2025 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten tot en met 31 december 2027, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2028 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd, exclusief kosten van:
 - verpleging en verzorging;
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg;
 - verloskunde via medisch-specialistische zorg; en
 - hulpmiddelen;
 - d. de kosten over 2024 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten tot en met 31 december 2026, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2027 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd, exclusief kosten van:
 - verpleging en verzorging;
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg;
 - verloskunde via medisch-specialistische zorg; en
 - hulpmiddelen;
 - e. de opgave van de zorgkantoren per 1 juni 2028 aan het Zorginstituut per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de declaraties van alle Wlz-prestaties en het toegekende persoonsgebonden budget in 2027;
 - f. de leeftijd volgens het PKB 2027; en
 - g. het PKB 2026, PKB 2025 en PKB 2024.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met g, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2027 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 11, in welke MHK_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen MHK_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen MHK_C' in.

Artikel 4.12 MHK_G

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MHK_G op:
 - a. de indeling in MHK_G-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 12;
 - b. de kosten over 2026 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2028 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - c. de kosten over 2025 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2027, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2028 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - d. de kosten over 2024 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2026, zoals zorgverze-

- keraars die op 1 mei 2027 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
- e. de kosten over 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2025, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2026 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - f. de kosten over 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2024, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2025 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - g. de leeftijd volgens het PKB 2027; en
 - h. het PKB 2026, PKB 2025, PKB 2024, PKB 2023 en PKB 2022.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met h, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2027 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 12, in welke MHK_G-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
 3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen MHK_G' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen MHK_G' in.

Artikel 4.13 MVV_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MVV_C op:
 - a. de indeling in MVV_C-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 13;
 - b. de kosten verpleging en verzorging 2026 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2028 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - c. de kosten verpleging en verzorging 2025 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2027, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2028 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - d. de kosten verpleging en verzorging 2024 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2026, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2027 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - e. de opgave van de zorgkantoren per 1 juni 2028 aan het Zorginstituut per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de declaraties van alle Wlz-prestaties en het toegekende persoonsgebonden budget in 2027;
 - f. de leeftijd volgens het PKB 2027; en
 - g. het PKB 2026.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met g, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2027 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 13, in welke MVV_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen MVV_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen MVV_C' in.

Artikel 4.14 HHK_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium HHK_C op:
 - a. de indeling in HHK_C-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 14;
 - b. de hulpmiddelenkosten 2026 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2028 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - c. de hulpmiddelenkosten 2025 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2027, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2028 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - d. de hulpmiddelenkosten 2024 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2026, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2027 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd; en
 - e. het PKB 2026.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met e, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2027 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 14, in welke HHK_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen HHK_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen HHK_C' in.

Artikel 4.15 AVI

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium AVI op:
 - a. de indeling in AVI-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen van bijlage 15;
 - b. de leeftijd en het gepseudonimiseerde adres volgens het PKB 2027;
 - c. de zelfstandigen volgens het zelfstandigenbestand 2028;
 - d. de duurzaam en volledig arbeidsongeschikten, de overige arbeidsongeschikten, de bijstandsgerechtigden, de werklozen en de loontrekkers volgens het UWV-bestand met peildatum 30 juni 2027;
 - e. de studenten en de hoogopgeleiden volgens het DUO-bestand per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2027; en
 - f. de historische indeling van AVI uit 2026 op basis van gegevensjaar 2026.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a tot en met f, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2027 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 15, in welke AVI-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.16 SES

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium SES op:
 - a. de indeling in SES-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 16;
 - b. het inkomen volgens de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2026;
 - c. het inkomen volgens de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2027 wanneer voor 2026 geen gegevens beschikbaar zijn;
 - d. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2027;
 - e. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2027 wanneer een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2027;
 - f. de leeftijd volgens het PKB 2027; en
 - g. het PKB 2026.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met g, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2027 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 16, in welke SES-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.17 PPA

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium PPA op:
 - a. de indeling in PPA-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand PPA dat is opgenomen in bijlage 17;
 - b. de leeftijd volgens het PKB 2027;
 - c. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2026;
 - d. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2026 wanneer een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2026;
 - e. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2027 wanneer een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB 2026;
 - f. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2027 wanneer een verzekerde ook niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2027; en
 - g. de opgave van de zorgkantoren per 1 juni 2028 aan het Zorginstituut per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de declaraties van alle Wlz-prestaties en het toegekende persoonsgebonden budget in 2027.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid onderdeel b tot en met g, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2027 en bepaalt daarmee en met inachtneming van bijlage 17, in welke PPA-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.18 SEI

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium SEI op:
 - a. de indeling in SEI-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 18;

- b. het PKB 2027; en
 - c. het PKB 2026.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan elkaar en bepaalt daarmee, met inachtneming van de definities in artikel 1.1, in welke SEI-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.19 REG_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium REG_C op:
 - a. de indeling in REG_C-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 19; en
 - b. de viercijferige postcode volgens het PKB 2027.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het eerste lid in welke REG_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.20 REG_G

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium REG_G op:
 - a. de indeling in REG_G-klassen 2027 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 20; en
 - b. de viercijferige postcode volgens het PKB 2027.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het eerste lid in welke REG_G-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.21 Criteriumneutraliteit voor deelbedrag variabele zorgkosten 2027

Het Zorginstituut herberekent het gewicht van de in bijlage 7, tabel 7.1, van de Rrv, genoemde aanpassingsklassen overeenkomstig de bepalingen in artikel 11, vierde lid, van de Rrv. Het Zorginstituut gaat bij deze herberekening uit van de tabellen uit bijlage 1 van de Rrv.

Artikel 4.22 De voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2027

1. Het Zorginstituut bepaalt de variabele zorgkosten 2027 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor de gezamenlijke zorgverzekeraars op basis van de opgave jaarstaat 2027 per 1 mei 2028 en met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 14 van de Rrv.
2. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag variabele zorgkosten 2027 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor het totaal van de verzekerden 2027 van alle zorgverzekeraars gezamenlijk met de op grond van artikel 4.21 herberekende gewichten en overeenkomstig de in artikel 2.24 en 2.25 beschreven rekenwijze.
3. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor variabele zorgkosten 2027 door de variabele zorgkosten 2027 voor de gezamenlijke zorgverzekeraars te delen door het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2027 voor het totaal van de verzekerden van alle zorgverzekeraars gezamenlijk.
4. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor de gezamenlijke zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2027 met de schalingsfactor.
5. Het Zorginstituut berekent voor de gezamenlijke zorgverzekeraars het verschil tussen het product berekend in het vierde lid en het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2027 in het tweede lid. Het Zorginstituut deelt dit bedrag door het totaal aantal ingeschreven verzekerden van achttien jaar of ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
6. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat na toepassing van het vijfde lid met het aantal ingeschreven verzekerden van achttien jaar of ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.
7. Het Zorginstituut vermindert per zorgverzekeraar het product berekend voor die zorgverzekeraar, berekend in het vierde lid, met het product voor die zorgverzekeraar, berekend in het zesde lid. Het resultaat wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2027.

Artikel 4.23 De voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2027

1. Het Zorginstituut bepaalt de vaste zorgkosten 2027 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk op basis van de opgave jaarstaat 2027 per 1 mei 2028 en met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 15 van de Rrv.
2. Het Zorginstituut herberekent het deelbedrag vaste zorgkosten door het totaal aantal verzekerden 2027 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met het gewicht vaste zorgkosten 2027, berekend in artikel 2.26, eerste lid.
3. Het Zorginstituut calculeert met inachtneming van artikel 15, vierde lid, van de Rrv per zorgverzekeraar 100 procent na op het verschil tussen de vaste zorgkosten 2027, berekend in het eerste lid, en het deelbedrag vaste zorgkosten, berekend in het tweede lid.
4. De som van het product na toepassing van het tweede lid en de nacalculatie op het verschil na toepassing van het derde lid wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag vaste zorgkosten 2027.

Artikel 4.24 Criteriumneutraliteit voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027

Het Zorginstituut herberekent het gewicht van de in bijlage 7, tabel 7.2, van de Rrv, genoemde aanpassingsklassen overeenkomstig de bepalingen in artikel 11, vierde lid, van de Rrv. Het Zorginstituut gaat bij deze herberekening uit van de tabellen uit bijlage 3 van de Rrv.

Artikel 4.25 De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027

1. Het Zorginstituut bepaalt de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor de gezamenlijke zorgverzekeraars op basis van de opgave jaarstaat 2027 per 1 mei 2028 en met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 14 van de Rrv.
2. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar of ouder 2027 van alle zorgverzekeraars gezamenlijk met de op grond van artikel 4.24 herberekende gewichten en overeenkomstig de in artikel 2.27 en 2.28 beschreven rekenwijze.
3. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027 voor verzekerden van achttien jaar of ouder door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027 voor de gezamenlijke zorgverzekeraars te delen door het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027 voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar of ouder 2027 van alle zorgverzekeraars gezamenlijk.
4. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor de gezamenlijke zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige gezondheidszorg 2027 met de schalingsfactor.
5. Het Zorginstituut berekent voor de gezamenlijke zorgverzekeraars het verschil tussen het product berekend in het vierde lid en het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027 in het tweede lid. Het Zorginstituut deelt dit bedrag door het totaal aantal ingeschreven verzekerden van achttien jaar of ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
6. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat na toepassing van het vijfde lid met het aantal verzekerden van achttien jaar of ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.
7. Het Zorginstituut vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar, berekend in het vierde lid, met het product voor die zorgverzekeraar, berekend in het zesde lid.
8. Voor de bandbreedteregeling voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027:
 - a. bepaalt het Zorginstituut per zorgverzekeraar het verschil tussen het resultaat in het zevende lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027 in het eerste lid, en

- deelt dit verschil door het aantal verzekerden van achttien jaar of ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven;
- b. berekent het Zorginstituut het gemiddelde marktresultaat voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Het Zorginstituut berekent het gemiddeld marktresultaat door voor de gezamenlijke zorgverzekeraars het verschil tussen het resultaat in het zevende lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027 in het eerste lid, te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar of ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is; en
 - c. past het Zorginstituut artikel 17a van de Rrv toe op het zevende lid en betreft daarbij het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat uit onderdeel b.
9. Het resultaat uit het achtste lid, onderdeel c wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027.

Artikel 4.26 De voorlopige herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2027

1. Het Zorginstituut herberekent de normatieve opbrengst van het eigen risico 2027 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar of ouder 2027 van alle zorgverzekeraars gezamenlijk met de gewichten in de tabellen uit bijlage 5 van de Rrv en overeenkomstig de in de artikelen 2.29 en 2.30 beschreven rekenwijze.
2. In afwijking van artikel 2.30, vijfde lid wordt de detentiefactor gebaseerd op de gerealiseerde gedeelde inkomsten voor verzekerden van achttien jaar en ouder waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 van de wet geen nominale premies worden ontvangen. Het resultaat wordt aangeduid als de voorlopige herberekende normatieve opbrengst van het eigen risico 2027.

Artikel 4.27 De voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2027 en de voorlopige herberekening en voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage 2027

1. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag 2027 voor de eerste voorlopige vaststelling als de som van het voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2027, het voorlopige herberekende deelbedrag vaste zorgkosten 2027 en het voorlopig herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027.
2. Het Zorginstituut berekent de opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar voor de eerste voorlopige vaststelling door de verzekerden van achttien jaar of ouder 2027 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2027.
3. Het Zorginstituut vermindert het resultaat na toepassing van het tweede lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in de opgave jaarstaat 2027 per 1 mei 2028 als gedeelde inkomsten voor verzekerden van achttien jaar of ouder waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 van de wet geen nominale premies worden ontvangen.
4. Het Zorginstituut herberekent de vereveningsbijdrage 2027 voor de eerste voorlopige vaststelling door de som van het herberekende normatieve bedrag 2027, bedoeld in het eerste lid, te verminderen met de voorlopig herberekende normatieve opbrengst van het eigen risico, bedoeld in artikel 4.26, en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het tweede en derde lid.
5. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage 2027 in september 2028 voorlopig vast ter hoogte van de in het vierde lid berekende bijdrage.

HOOFDSTUK V DE TWEEDE VOORLOPIGE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE

Artikel 5.1 Algemene bepaling

Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag voor de tweede keer voorlopig met inachtneming van de kosten 2027 uit de opgave jaarstaat 2029 per 1 mei 2030, de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast en de bepalingen uit dit hoofdstuk.

Artikel 5.2 Bepaling van de verzekerdenaantallen 2027

1. Het Zorginstituut voert de correcties door die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast bij de verzekerdenaantallen 2027.

2. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium IBZ_C met:
 - a. de som van de kosten 2027 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2029, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2030 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd van:
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg; en
 - verloskunde via medisch-specialistische zorg;
 - b. de som van de kosten 2026 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2028, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2029 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd van:
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg; en
 - verloskunde via medisch-specialistische zorg;
3. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium MHK_C met de kosten over 2026 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten tot en met 31 december 2028, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2029 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd, exclusief kosten van:
 - verpleging en verzorging;
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg;
 - verloskunde via medisch-specialistische zorg; en
 - hulpmiddelen;
4. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium MHK_G met de kosten over 2026 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2028, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2029 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
5. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium MVV_C met de kosten verpleging en verzorging 2026 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2028, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2029 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
6. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium HHK_C met de hulpmiddelenkosten 2026 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2028, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2029 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
7. Het Zorginstituut past het bepaalde in artikel 5.1 en artikel 5.2, eerste tot en met zesde lid, toe bij de artikelen 5.4, 5.5, 5.7 en 5.8.

Artikel 5.3 Criteriumneutraliteit voor het deelbedrag variabele zorgkosten 2027 op basis van gewichten inclusief HKC

Het Zorginstituut herberekent het gewicht van de in bijlage 7, tabel 7.1, van de Rrv, genoemde aanpassingsklassen overeenkomstig de bepalingen in artikel 11, vierde lid, van de Rrv.

Artikel 5.4 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2027

1. Het Zorginstituut bepaalt de variabele zorgkosten 2027 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor de gezamenlijke zorgverzekeraars met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 14 van de Rrv.
2. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag variabele zorgkosten 2027 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor het totaal van de verzekerden 2027 van alle zorgverzekeraars gezamenlijk met de op grond van artikel 5.3 herberekende gewichten en overeenkomstig de in de artikelen 2.24 en 2.25 beschreven rekenwijze.
3. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor variabele zorgkosten 2027 door de variabele zorgkosten 2027 voor de gezamenlijke zorgverzekeraars te delen door het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2027 voor de gezamenlijke zorgverzekeraars.
4. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor de gezamenlijke zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2027 met de schalingsfactor.
5. Het Zorginstituut berekent voor de gezamenlijke zorgverzekeraars het verschil tussen het product

berekend in het vierde lid en het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2027 in het tweede lid. Het Zorginstituut deelt dit bedrag door het totaal aantal ingeschreven verzekerden van achttien jaar of ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.

6. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat na toepassing van het vijfde lid met het aantal ingeschreven verzekerden van achttien jaar of ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.
7. Het Zorginstituut vermindert per zorgverzekeraar het product berekend voor die zorgverzekeraar, berekend in het vierde lid, met het product voor die zorgverzekeraar, berekend in het zesde lid.
8. Het Zorginstituut past op het resultaat uit het zevende lid hogekostencompensatie toe overeenkomstig artikel 16 van de Rrv. Het resultaat wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2027.

Artikel 5.5 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2027

Het Zorginstituut herberekent voor de tweede keer voorlopig het deelbedrag vaste zorgkosten 2027 per zorgverzekeraar overeenkomstig artikel 4.23.

Artikel 5.6 Criteriumneutraliteit voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027 op basis van gewichten inclusief HKC

Het Zorginstituut herberekent het gewicht van de in bijlage 7, tabel 7.2, van de Rrv, genoemde aanpassingsklassen overeenkomstig de bepalingen in artikel 11, vierde lid, van de Rrv.

Artikel 5.7 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027

1. Het Zorginstituut bepaalt de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor de gezamenlijke zorgverzekeraars, met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 14 van de Rrv.
2. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar of ouder 2027 van alle zorgverzekeraars gezamenlijk met de op grond van artikel 5.6 herberekende gewichten en overeenkomstig de in de artikelen 2.27 en 2.28 beschreven rekenwijze.
3. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027 voor verzekerden van achttien jaar of ouder door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027 voor de gezamenlijke zorgverzekeraars te delen door het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027 voor het totaal van alle zorgverzekeraars gezamenlijk.
4. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor de gezamenlijke zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027 met de schalingsfactor.
5. Het Zorginstituut berekent voor de gezamenlijke zorgverzekeraars het verschil tussen het product berekend in het vierde lid en het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027 in het tweede lid. Het Zorginstituut deelt dit bedrag door het totaal aantal bij alle zorgverzekeraars ingeschreven verzekerden van achttien jaar of ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
6. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat na toepassing van het vijfde lid met het aantal verzekerden van achttien jaar of ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.
7. Het Zorginstituut vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar, berekend in het vierde lid, met het product voor die zorgverzekeraar, berekend in het zesde lid.
8. Het Zorginstituut past op het resultaat uit het zevende lid hogekostencompensatie toe overeenkomstig artikel 17 van de Rrv.
9. Voor de bandbreedteregeling voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027:

- a. bepaalt het Zorginstituut per zorgverzekeraar het verschil tussen het resultaat in het achtste lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027 in het eerste lid, en deelt dit verschil door het aantal verzekerden van achttien jaar of ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven;
 - b. berekent het Zorginstituut het gemiddelde marktresultaat voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Het Zorginstituut berekent het gemiddeld marktresultaat door voor de gezamenlijke zorgverzekeraars het verschil tussen het resultaat in het achtste lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027 in het eerste lid, te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar of ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is; en
 - c. past het Zorginstituut artikel 17a van de Rrv toe op het achtste lid en betreft daarbij het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat uit onderdeel b.
10. Het resultaat uit het negende lid, onderdeel c wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027.

Artikel 5.8 De tweede voorlopige herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2027

Het Zorginstituut herberekent voor de tweede keer voorlopig de normatieve opbrengst van het eigen risico 2027 overeenkomstig artikel 4.26.

Artikel 5.9 De tweede voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2027 en de tweede voorlopige herberekening en de vaststelling van de vereveningsbijdrage 2027

1. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag 2027 voor de tweede voorlopige vaststelling als de som van het tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2027, het tweede voorlopige herberekende deelbedrag vaste zorgkosten 2027 en het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027.
2. Het Zorginstituut berekent de tweede voorlopige opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van achttien jaar of ouder per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2027.
3. Het Zorginstituut vermindert het resultaat na toepassing van het tweede lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in zijn jaarstaat 2027 per 1 mei 2028 als gedeelde inkomsten 2027 voor verzekerden van achttien jaar of ouder waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 van de wet geen nominale premies worden ontvangen.
4. Het Zorginstituut herberekent de vereveningsbijdrage 2027 voor de tweede voorlopige vaststelling door de som van het herberekende normatieve bedrag 2027, bedoeld in het eerste lid, te verminderen met de tweede voorlopige normatieve opbrengst van het eigen risico, bedoeld in artikel 5.8, en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het tweede en derde lid.
5. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage 2027 voor de tweede keer voorlopig vast in september 2030 ter hoogte van de in het vierde lid berekende bijdrage.

HOOFDSTUK VI DE DEFINITIEVE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE

Artikel 6.1 Algemene bepaling

1. Het Zorginstituut herberekent de vereveningsbijdrage per zorgverzekeraar definitief met inachtneming van de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft gerapporteerd over de declaraties 2026 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer en kosten 2027 uit de jaarstaat 2029.
2. Het Zorginstituut past het bepaalde in het eerste lid toe bij de artikelen 6.2, 6.3, 6.4, 6.5 en 6.6.

Artikel 6.2 De definitieve herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2027

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag variabele zorgkosten 2027 per zorgverzekeraar overeenkomstig artikel 5.4.

Artikel 6.3 De definitieve herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2027

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag vaste zorgkosten 2027 per zorgverzekeraar overeenkomstig artikel 5.5.

Artikel 6.4 De definitieve herberekening van het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027 per zorgverzekeraar overeenkomstig artikel 5.7.

Artikel 6.5 De definitieve herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2027

Het Zorginstituut herberekent definitief de normatieve opbrengst van het eigen risico 2027 per zorgverzekeraar overeenkomstig artikel 5.8.

Artikel 6.6 De definitieve herberekening van het normatieve bedrag 2027 en de definitieve herberekening en de vaststelling van de vereveningsbijdrage 2027

1. Het Zorginstituut berekent de definitieve vereveningsbijdrage 2027 per zorgverzekeraar overeenkomstig de berekeningswijze in artikel 5.9.
2. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage 2027 per zorgverzekeraar in april 2031 definitief vast.

HOOFDSTUK VII DE UITKERING VOOR UITVOERINGSKOSTEN

Artikel 7.1 Uitvoeringskosten en aanpassing uitvoeringskosten

1. Het Zorginstituut berekent per zorgverzekeraar de uitkering voor uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar.
2. Bij de ex ante toekenning van de vereveningsbijdrage berekent het Zorginstituut de hoogte van deze uitkering als het product van het aantal geraamde verzekerden jonger dan achttien jaar op de peildatum 30 juni 2027 en het bedrag in artikel 20 van de Rrv.
3. Bij de lenterberekening berekent het Zorginstituut de hoogte van deze uitkering overeenkomstig het tweede lid, en vermenigvuldigt dit resultaat met het quotiënt berekend voor de betreffende zorgverzekeraar in artikel 3.1, derde lid.
4. Bij de eerste voorlopige vaststelling, tweede voorlopige vaststelling en definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage berekent het Zorginstituut de hoogte van deze uitkering als het product van het aantal verzekerden jonger dan achttien jaar op de peildatum 30 juni 2027 en het bedrag in artikel 20 van de Rrv.

HOOFDSTUK VIII DE BETALINGEN AAN DE ZORGVERZEKERAARS

Artikel 8.1 Betaling

1. Het Zorginstituut betaalt de vereveningsbijdrage, bedoeld in artikel 2.31, vierde lid, aan de zorgverzekeraars uit. Het Zorginstituut maakt in de besluiten horend bij deze betaling onderscheid naar de volgende bestanddelen:
 - a. het deelbedrag variabele zorgkosten 2027;
 - b. het deelbedrag vaste zorgkosten 2027;
 - c. het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027; en
 - d. de normatieve opbrengst van het eigen risico 2027.
2. Het Zorginstituut betaalt de uitkering voor uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar, bedoeld in artikel 7.1, eerste lid, gelijktijdig met de betaling, bedoeld in het eerste lid.

Artikel 8.2 Omrekening naar nettobedragen

1. Voor de omrekening van de brutobedragen naar nettobedragen berekent het Zorginstituut per zorgverzekeraar de bruto-netto factor als volgt:
 - a. het Zorginstituut bepaalt per zorgverzekeraar het brutobedrag als de som van de bestanddelen bedoeld in artikel 8.1, eerste lid, onderdeel a tot en met c, en de uitkering voor uitvoeringskosten, bedoeld in artikel 8.1, tweede lid;
 - b. het Zorginstituut berekent per zorgverzekeraar het nettobedrag door op het brutobedrag de opbrengst van de nominale rekenpremie 2027, bedoeld in artikel 2.31, tweede en derde lid, in mindering te brengen;
 - c. het Zorginstituut deelt het resultaat uit onderdeel b door het resultaat van onderdeel a.

2. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar de bruto-netto factor, berekend in het eerste lid, met:
 - a. het deelbedrag variabele zorgkosten 2027;
 - b. het deelbedrag vaste zorgkosten 2027;
 - c. het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027;
 - d. de uitkering voor uitvoeringskosten.
3. De resultaten van het tweede lid worden respectievelijk als volgt genoemd:
 - a. het nettobedrag variabele zorgkosten 2027;
 - b. het nettobedrag vaste zorgkosten 2027;
 - c. het nettobedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2027;
 - d. het nettobedrag uitkering voor uitvoeringskosten.

Artikel 8.3 Betaalschema voor vereveningsbijdrage 2027 en uitkering voor uitvoeringskosten 2027

1. Het betaalschema luidt als volgt:

Betaalschema

Betaalmoment	Bestanddelen betalingen			
	Nettobedragen variabele zorgkosten en vaste zorgkosten	Nettobedrag kosten van geneeskundige ggz	Nettobedrag uitkering voor uitvoeringskosten	Normatieve opbrengst verplicht eigen risico
januari 2027	1,46%	1,06%	8,33%	8,37%
februari 2027	2,34%	2,25%	8,33%	9,63%
maart 2027	3,98%	4,00%	8,34%	10,43%
april 2027	5,90%	8,95%	8,33%	11,13%
mei 2027	7,52%	9,56%	8,33%	11,30%
juni 2027	8,10%	9,68%	8,34%	10,93%
juli 2027	8,30%	9,30%	8,33%	7,80%
augustus 2027	8,60%	9,22%	8,33%	6,40%
september 2027	8,84%	9,06%	8,34%	5,60%
oktober 2027	9,15%	9,05%	8,33%	5,00%
november 2027	9,15%	8,96%	8,33%	4,20%
december 2027	8,29%	8,71%	8,34%	3,28%
januari 2028	6,30%	7,00%	0,00%	2,46%
februari 2028	5,05%	2,38%	0,00%	1,65%
maart 2028	3,29%	0,50%	0,00%	1,02%
april 2028	2,22%	0,09%	0,00%	0,53%
mei 2028	1,09%	0,09%	0,00%	0,18%
juni 2028	0,42%	0,08%	0,00%	0,07%
juli 2028	0,00%	0,06%	0,00%	0,02%
augustus 2028	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
september 2028	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
oktober 2028	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
november 2028	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
december 2028	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

2. Voor de berekening van de maandelijks uit te betalen termijnen:
 - a. berekent het Zorginstituut maandelijks bedragen van de nettobedragen aan de hand van de percentages in het betaalschema;
 - b. berekent het Zorginstituut maandelijks bedragen van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2027 aan de hand van de percentages in het betaalschema;
 - c. vermindert het Zorginstituut per maand de som van de maandelijks bedragen op grond van onderdeel a met het maandelijks bedrag van de overeenkomstige maand op grond van onderdeel b.
3. Het Zorginstituut betaalt de maandtermijnen uit aan zorgverzekeraars op de eerste werkdag van de betreffende maand.
4. Indien de maandtermijn op enig moment tot een negatief bedrag leidt, vordert het Zorginstituut het bedrag van de zorgverzekeraar op de eerste werkdag van de betreffende maand.

5. Indien de zorgverzekeraar het bedrag, bedoeld in het vierde lid, niet aan het Zorginstituut heeft betaald, verrekent het Zorginstituut het verschuldigde bedrag met de betalingen aan de zorgverzekeraar totdat het verschuldigde bedrag is voldaan.

Artikel 8.4 Herberekening maandelijks uit te betalen termijnen

1. Bij de lenteherberekening, de eerste voorlopige, de tweede voorlopige en de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage herberekent het Zorginstituut de maandtermijnen. Hiervoor berekent het Zorginstituut opnieuw de bruto-netto-factor en het betaalschema overeenkomstig artikel 8.2 en artikel 8.3, tweede lid.
2. Het Zorginstituut verrekent het verschil tussen de reeds betaalde maandtermijnen en de herberekenende maandtermijnen.

Artikel 8.5 Verrekening met maandtermijnen (uit andere vereveningsjaren)

1. Het Zorginstituut verrekent de maandtermijnen op grond van de Beleidsregels risicoverevening 2026 met de maandtermijnen van de overeenkomstige maand uit vereveningsjaar 2027.
2. Het Zorginstituut verrekent de verschillen, bedoeld in artikel 8.4, tweede lid, met een maandtermijn van de toegekende vereveningsbijdrage over een (later) vereveningsjaar:
 - a. bij de lenteherberekening met de maandtermijn van mei 2027 uit vereveningsjaar 2027;
 - b. bij de eerste voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage met de maandtermijn van oktober 2028 uit vereveningsjaar 2028;
 - c. bij de tweede voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage met de maandtermijn van oktober 2030 uit vereveningsjaar 2030;
 - d. bij de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage met de maandtermijn van april 2031 uit vereveningsjaar 2031.

Artikel 8.6 Rente

1. De zorgverzekeraar en het Zorginstituut zijn over en weer rente verschuldigd over de verschillen, bedoeld in artikel 8.4, tweede lid.
2. Het Zorginstituut verrekent de rente gelijktijdig met de verrekening van de verschillen, bedoeld in artikel 8.5, tweede lid, onderdeel b tot en met d.
3. Voor het rentepercentage gaat het Zorginstituut uit van het gemiddelde van de maandrentes van het Euro Interbank Offered Rate (Euribortarief) voor driemaands termijngelden zonder onderpand.
4. Voor de laatste twee kalendermaanden vóór de betaling gaat het Zorginstituut uit van het rentepercentage over de daaraan voorafgaande kalendermaand.
5. Indien de situatie zich voordoet dat het Euribortarief, bedoeld in het tweede lid, niet meer kan worden toegepast, zal het Zorginstituut een zoveel als mogelijk overeenkomstig tarief hanteren.

Artikel 8.7 Renteberekening

1. Bij de verrekening van verschillen, bedoeld in artikel 8.4, tweede lid, onderdeel b tot en met d, berekent het Zorginstituut rente vanaf de betaaldatum in het betaalschema tot de datum waarop het Zorginstituut het betreffende verschil verrekent in de eerste voorlopige, de tweede voorlopige of de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage.
2. Indien toepassing van artikel 8.4 resulteert in een te vorderen bedrag en de zorgverzekeraar dit bedrag niet betaalt binnen de gestelde betalingstermijn, deelt het Zorginstituut dit bedrag voor de renteberekening naar rato toe aan de eerste dag van de maand waarin is terugbetaald en de eerste dag van de daaropvolgende maand, waarbij het uitgangspunt is de dag van terugbetaling.
3. Voor de renteberekening gaat het Zorginstituut uit van een samengestelde rente. Het Zorginstituut berekent deze rente op maandbasis. Daarbij stelt het Zorginstituut een maand op 30 en een jaar op 360 dagen.

Artikel 8.8 Betalingen nieuwe zorgverzekeraar

Voor een zorgverzekeraar die zich op grond van artikel 25 van de wet aanmeldt bij de Nederlandse Zorgautoriteit nadat het Zorginstituut de vereveningsbijdragen voor de zorgverzekeraars heeft



toegekend, kan het Zorginstituut afwijken van de bepalingen in dit hoofdstuk.

HOOFDSTUK IX SLOTBEPALINGEN

Artikel 9.1 Inwerkingtreding

Deze Beleidsregels treden in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij worden geplaatst, en werken terug tot en met 15 oktober 2026.

Artikel 9.2 Citeertitel

Deze Beleidsregels worden aangehaald als: Beleidsregels risicoverevening 2027.

Deze Beleidsregels worden in de Staatscourant geplaatst. De bijlagen (1 tot en met 21) worden gepubliceerd op de website www.zorginstituutnederland.nl.

Voorzitter Raad van Bestuur
M.J. Janssen

Goedgekeurd door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij brief van 09.10.2026, kenmerk 4541705-1105396-Z.



Bijlage 1 Schematische beschrijving PKB-bestand, behorend bij artikel 1.1

Bijlage 2 Referentiebestand L5G vereveningsjaar 2027, behorend bij artikel 2.5 en artikel 4.2

Bijlage 3 Referentiebestand FKG_C vereveningsjaar 2027, behorend bij artikel 2.6 en artikel 4.3

Bijlage 4 Referentiebestand FKG_G vereveningsjaar 2027, behorend bij artikel 2.7 en artikel 4.4

Bijlage 5 Referentiebestand DKG_C vereveningsjaar 2027, behorend bij artikel 2.8 en artikel 4.5

Bijlage 6 Referentiebestand DKG_G vereveningsjaar 2027, behorend bij artikel 2.9 en artikel 4.6

Bijlage 7 Referentiebestand FDG_C vereveningsjaar 2027, behorend bij artikel 2.10 en artikel 4.7

Bijlage 8 Referentiebestand IBZ_C vereveningsjaar 2027, behorend bij artikel 2.11 en artikel 4.8

Bijlage 9 Referentiebestand OKH_C vereveningsjaar 2027, behorende bij artikel 2.12 en artikel 4.9

Bijlage 10 Referentiebestand HSM_C vereveningsjaar 2027, behorend bij artikel 2.13 en artikel 4.10

Bijlage 11 Referentiebestand MHK_C vereveningsjaar 2027, behorend bij artikel 2.14 en artikel 4.11

Bijlage 12 Referentiebestand MHK_G vereveningsjaar 2027, behorend bij artikel 2.15 en artikel 4.12

Bijlage 13 Referentiebestand MVV_C vereveningsjaar 2027, behorend bij artikel 2.16 en artikel 4.13

Bijlage 14 Referentiebestand HHK_C vereveningsjaar 2027, behorende bij artikel 2.17 en artikel 4.14

Bijlage 15 Referentiebestand AVI vereveningsjaar 2027, behorend bij artikel 2.18 en artikel 4.15

Bijlage 16 Referentiebestand SES vereveningsjaar 2027, behorend bij artikel 2.19 en artikel 4.16

Bijlage 17 Referentiebestand PPA vereveningsjaar 2027, behorend bij artikel 2.20 en artikel 4.17

Bijlage 18 Referentiebestand SEI vereveningsjaar 2027, behorend bij artikel 2.21 en artikel 4.18

Bijlage 19 Referentiebestand REG_C vereveningsjaar 2027, behorend bij artikel 2.22 en artikel 4.19

Bijlage 20 Referentiebestand REG_G vereveningsjaar 2027, behorend bij artikel 2.23 en artikel 4.20

Bijlage 21 Referentiebestand MHK_E vereveningsjaar 2027, behorend bij artikel 2.30

TOELICHTING

I. Algemeen

Algemeen

In Nederland geldt een wettelijke verplichting voor het afsluiten van een basisverzekering. Iedereen die in Nederland woont of werkt, heeft recht op zorg uit het basispakket. Dit is geregeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Zvw is er mede op gericht de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg te waarborgen. Allereerst stelt de overheid de inhoud van de basisverzekering vast. Daarnaast is er voor zorgverzekeraars een acceptatieplicht. Dit betekent dat een zorgverzekeraar niemand mag weigeren voor de basisverzekering. Ook geldt een verbod op premiedifferentiatie: de premie die een zorgverzekeraar voor eenzelfde variant van de basisverzekering in rekening brengt, dient voor alle verzekerden gelijk te zijn. Verder geldt een verplicht eigen risico. Verzekerden kunnen er daarnaast voor kiezen om het eigen risico vrijwillig te verhogen.

Doel risicoverevening

Als gevolg van de door de overheid bepaalde inhoud van het verzekerd pakket, de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de regeling voor het verplicht eigen risico, is er een wettelijk systeem van risicoverevening. Dit systeem compenseert zorgverzekeraars voor de te verwachten verschillen in voorspelbare zorgkosten tussen verzekerden.

Op grond van de Zvw ontvangen zorgverzekeraars hiervoor vanuit het Zorgverzekeringsfonds een bijdrage, de vereveningsbijdrage, die is afgestemd op het risicoprofiel van hun verzekerden. Het doel van de risicoverevening is om risicoselectie door zorgverzekeraars te voorkomen, een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars te creëren en een doelmatige uitvoering van de zorg te bevorderen.

Rol Zorginstituut Nederland en wettelijke kaders

Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) is op grond van de Zvw belast met de uitvoering van de risicoverevening. Het Zorginstituut stelt de risicoprofielen van verzekerden op, berekent de vereveningsbijdrage, en betaalt deze vervolgens als beheerder van het Zorgverzekeringsfonds uit aan zorgverzekeraars.

Paragraaf 4.2 van de Zvw bevat de regels voor de toekenning en vaststelling van de vereveningsbijdrage voor de zorgverzekeraars. Op grond van artikel 32 van de Zvw kent het Zorginstituut de vereveningsbijdrage voorafgaand (ex ante) aan een vereveningsjaar toe. Na afloop (ex post) van het vereveningsjaar stelt het Zorginstituut de vereveningsbijdrage vast op grond van artikel 34 van de Zvw.

Hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) bevat de basis voor de regels inzake de risicoverevening. Deze regels worden voor ieder vereveningsjaar nader uitgewerkt in de Regeling risicoverevening (Rrv). De Rrv bevat onder meer de regels voor de toekenning (ex ante) en vaststelling (ex post) van de vereveningsbijdrage. De Rrv legt daarnaast het totaalbedrag vast dat het Zorginstituut aan zorgverzekeraars toekent en de wijze waarop dit bedrag wordt verdeeld. Het Zorginstituut legt vervolgens in deze Beleidsregels vast op welke wijze het de risicoverevening uitvoert.

Normaal gesproken wordt het Bzv aangepast voordat de Rrv wordt vastgesteld en voordat deze Beleidsregels worden vastgesteld. Dat is dit vereveningsjaar, evenals de afgelopen vereveningsjaren, anders. Het Bzv zal nog worden gewijzigd. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) stelt een concept-Rrv vast. De definitieve vaststelling van de Rrv 2027 vindt plaats nadat het Bzv is gewijzigd. De verwachte wijzigingen van het Bzv en de Rrv 2027 betreffen de opname van de criteria HHK_C en OKH_C (vanaf vereveningsjaar 2026), het vervallen van het criterium HKG_C (vanaf vereveningsjaar 2025), het vervallen van de toepassing van afslagpercentages op de gewichten van in het buitenland woonachtige verzekerden (vanaf vereveningsjaar 2025) en de toepassing van de bandbreedte voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (vanaf vereveningsjaar 2025).

In deze Beleidsregels is op de verwachte wijzigingen geanticipeerd. Indien de wijziging van het Bzv en de vaststelling van de definitieve Rrv 2027 inhoudelijke gevolgen heeft voor de uitvoering van de risicoverevening die nog niet in deze Beleidsregels zijn voorzien, dan zal het Zorginstituut de Beleidsregels daarop aanpassen. Een wijziging van de Beleidsregels wordt in de Staatscourant gepubliceerd.

Macro-prestatiebedrag

Het Zorginstituut gaat bij de (ex ante) toekenning van de vereveningsbijdrage uit van het macro-prestatiebedrag (MPB) voor het betreffende vereveningsjaar. Het MPB betreft het totale bedrag aan geraamde kosten van Zvw-prestaties. De Minister van VWS stelt het MPB jaarlijks vast in de Rrv. Zoals toegelicht in de Rrv, is de hoogte van het MPB gebaseerd op de kostenramingen voor de zorg die valt onder het te verzekeren basispakket voor de zorgverzekering.

Het MPB wordt verdeeld over drie macro-deelbedragen. Het eerste macro-deelbedrag betreft de variabele zorgkosten. Kosten van somatisch zorggebruik worden vrijwel geheel toegerekend aan dit macro-deelbedrag. Het gaat hierbij onder meer om de kosten van medisch-specialistische zorg, verpleging en verzorging en overige prestaties, met uitzondering van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz). Het tweede macro-deelbedrag betreft de kosten van geneeskundige ggz. Het derde macro-deelbedrag betreft de vaste zorgkosten. Aan dit macro-deelbedrag worden, voor zover zij onder de basisverzekering van de Zvw vallen, kosten toegerekend die door zorgverzekeraars niet kunnen worden beïnvloed, evenals kosten die vanwege onvoldoende gegevens in het kader van de risicoverevening niet normeerbaar zijn. Tot de vaste zorgkosten behoren bijvoorbeeld de kosten van specifieke dure geneesmiddelen. Deze kosten worden volledig gecompenseerd, waardoor zorgverzekeraars hierover geen financieel risico lopen.

Een beschrijving van de totstandkoming van het MPB is opgenomen in de notitie 'Bepaling macro-deelbedragen' die gepubliceerd wordt op de website www.zorginstituutnederland.nl.

Opbouw vereveningsbijdrage

Het Zorginstituut betaalt de aan een zorgverzekeraar toegerekende deelbedragen (het normatieve bedrag) niet volledig uit aan zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars dekken de kosten van Zvw-prestaties namelijk ook met de opbrengsten van de nominale premie en het verplicht eigen risico. Het Zorginstituut houdt hiermee rekening door (een inschatting van) deze opbrengsten in mindering te brengen op het normatieve bedrag. Het deel van het normatieve bedrag dat de zorgverzekeraar uit het Zorgverzekeringsfonds ontvangt, is de vereveningsbijdrage. De onderstaande tabel geeft de opbouw van de vereveningsbijdrage weer.

Tabel 1. Opbouw vereveningsbijdrage

Onderdeel	Omschrijving
A.	Deelbedrag variabele zorgkosten
B.	Deelbedrag vaste zorgkosten
C.	Deelbedrag kosten van geneeskundige ggz
Subtotaal D.	Normatief bedrag (A + B + C)
E.	Opbrengst nominale rekenpremie
F.	Normatieve opbrengst verplicht eigen risico
Totaal	Vereveningsbijdrage (Subtotaal D – E – F)

Macro-deelbedragen

Het Zorginstituut verdeelt de macro-deelbedragen variabele zorgkosten en kosten van geneeskundige ggz op basis van vereveningsmodellen.¹ Met deze modellen wordt de bijdrage van een zorgverzekeraar afgestemd op het risicoprofiel van verzekerden van de betreffende zorgverzekeraar.

Het macro-deelbedrag vaste zorgkosten verdeelt het Zorginstituut over de zorgverzekeraars op basis van het landelijk geraamde aantal verzekerden. Hierbij gaat het Zorginstituut uit van een vast (normatief) bedrag per verzekerde. Dit deelbedrag wordt daarmee, in tegenstelling tot de andere twee deelbedragen, niet afgestemd op het risicoprofiel van de verzekerden.²

Opbrengst nominale rekenpremies

Voor de te innen opbrengst van de nominale premies gaat het Zorginstituut uit van de nominale rekenpremie per verzekerde. De rekenpremie is, zoals toegelicht in de Rrv, een raming van de Minister

¹ De vereveningsmodellen worden in de volgende paragraaf nader beschreven.

² De volledige nalcaculatie op het deelbedrag vaste zorgkosten wordt in een latere paragraaf van deze algemene toelichting en in de toelichting van hoofdstuk IV nader beschreven.

van VWS van de premie die zorgverzekeraars op jaarbasis voor de basisverzekering in rekening brengen.³ Bij de berekening van de opbrengst van de nominale rekenpremies worden zorgverzekeringen van verzekerden jonger dan achttien jaar buiten beschouwing gelaten, omdat zij niet premieplichtig zijn. Dit geldt ook voor de zorgverzekeringen van verzekerden voor wie de Staatssecretaris van Justitie en Veiligheid, in het kader van de uitvoering van een rechterlijke uitspraak, verantwoordelijk is voor de verstrekking van geneeskundige zorg (artikel 24 van de Zvw).⁴ Het gaat hierbij onder meer om gedetineerden en TBS'ers. In de berekening wordt daarnaast rekening gehouden met het feit dat gedetineerden niet altijd gedurende het hele jaar gedetineerd zijn.

Opbrengst van het verplicht eigen risico

De opbrengst van het verplicht eigen risico wordt normatief meegenomen. Zoals wordt toegelicht in de Rrv, is niet exact vast te stellen voor welke kostensoorten een verzekerde daadwerkelijk betalingen aan het verplicht eigen risico heeft gedaan. Daarnaast zijn de te verwachten opbrengsten afhankelijk van de samenstelling van de verzekerdenportefeuille van een zorgverzekeraar.

De normatieve opbrengst van het verplicht eigen risico wordt daarom samengesteld uit twee bedragen: een bedrag voor verzekerden met chronische aandoeningen en een bedrag voor verzekerden zonder chronische aandoeningen. Van verzekerden met chronische aandoeningen wordt verondersteld dat zij het verplicht eigen risico (vrijwel) volledig volmaken. Voor deze groep gaat het Zorginstituut uit van het gemiddelde bedrag dat deze verzekerden aan verplicht eigen risico betalen, het forfaitaire normbedrag. Deze groep wordt daarom aangeduid als de forfaitaire groep. Voor verzekerden zonder chronische aandoeningen wordt de berekende normatieve opbrengst via een derde vereveningsmodel afgestemd op het risicoprofiel van de betreffende verzekerde. Deze groep wordt daarom aangeduid als de niet-forfaitaire groep.

Bij de berekening van de opbrengst van het verplicht eigen risico worden, evenals bij de berekening van de opbrengst van de nominale rekenpremie, verzekerden jonger dan achttien jaar, gedetineerden en TBS'ers buiten beschouwing gelaten.

Vereveningsmodellen voor variabele zorgkosten, kosten van geneeskundige ggz en opbrengst van het verplicht eigen risico

Het Zorginstituut gebruikt drie vereveningsmodellen om de bijdrage voor verschillende bestanddelen⁵ van de vereveningsbijdrage af te stemmen op het risicoprofiel van verzekerden:

- het somatisch model voor het deelbedrag variabele zorgkosten;
- het ggz-model voor het deelbedrag kosten van geneeskundige ggz;
- het eigen risico-model voor de normatieve opbrengst van het verplicht eigen risico voor de niet-forfaitaire groep.

Somatisch model en ggz-model

Het Zorginstituut gebruikt het somatisch en ggz-model om de verwachte kosten van verzekerden te voorspellen op basis van hun risicoprofiel. Het Zorginstituut bepaalt het risicoprofiel op basis van bepaalde kenmerken van de verzekerde, zoals leeftijd, geslacht, historisch zorggebruik en inkomen.

In elk vereveningsmodel wordt de compensatie die een zorgverzekeraar ontvangt bepaald aan de hand van verschillende verzekerdenkenmerken, de zogenoemde vereveningscriteria. Deze criteria hangen samen met de zorgkosten op verzekerdeniveau. Met hulp van een statistisch model worden op basis van de vereveningscriteria de verwachte zorgkosten berekend. Dit resulteert voor iedere waarde (klasse) van een vereveningscriterium in een gewicht, een normbedrag.⁶ Dit normbedrag betreft het bedrag aan compensatie dat de zorgverzekeraar voor de betreffende verzekerde ontvangt op basis van dit criterium.

Het Zorginstituut hanteert verschillende vereveningsmodellen voor de twee deelbedragen omdat de

³ De nominale premie betreft de werkelijke premie die de verzekerde betaalt voor de zorgverzekering en is opgebouwd uit de rekenpremie en een door de zorgverzekeraar gehanteerde opslagpremie voor bijvoorbeeld bedrijfskosten en risico-opslagen. Omdat de nominale premie per zorgverzekeraar, basiszorgverzekering en zorgpolis kan verschillen, wordt in de berekening van de te innen opbrengsten uitgegaan van de nominale rekenpremie.

⁴ Tijdens de detentie van een verzekerde draagt de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) de kosten voor alle medisch noodzakelijke zorg. Voor verzekerden die gedetineerd zijn ontvangt de zorgverzekeraar gedurende de detentieperiode geen nominale premie en geen betalingen vanwege het verplicht eigen risico.

⁵ Voor het deelbedrag vaste zorgkosten, de nominale rekenpremie en de normatieve opbrengst van het verplicht eigen risico voor de forfaitaire groep gaat het Zorginstituut uit van een bedrag per verzekerde. De berekening van deze bestanddelen is daarom niet afhankelijk van het risicoprofiel van de verzekerden.

⁶ In deze toelichting wordt de term 'normbedragen' gehanteerd net als in de toelichting van de Rrv. Er is geen inhoudelijk verschil tussen de begrippen normbedragen en gewichten.

verwachte zorgkosten van somatisch zorggebruik en de verwachte kosten van geneeskundige ggz deels samenhangen met andere verzekerdenkenmerken.

Voor ieder vereveningsmodel worden de vereveningscriteria, de risicoklassen per criterium en het normbedrag per risicoklasse vastgelegd in de Rrv.

Eigen risico-model

Het Zorginstituut gebruikt het derde vereveningsmodel, het eigen risico-model, voor de berekening van de normatieve opbrengst van het verplicht eigen risico voor de niet-forfaitaire groep. Dit model bestaat, net als de twee hiervoor beschreven vereveningsmodellen, uit meerdere vereveningscriteria met elk twee of meer klassen. Voor iedere klasse is een normbedrag vastgesteld. De normbedragen zijn gebaseerd op de verwachte opbrengst van het verplicht eigen risico voor verzekerden in de betreffende klasse van het criterium.

Net als voor de twee andere vereveningsmodellen worden de vereveningscriteria, de risicoklassen per criterium en het normbedrag per risicoklasse vastgelegd in de Rrv.

Vereveningscriteria

Voor de indeling van verzekerden in de verschillende vereveningscriteria gebruikt het Zorginstituut diverse gegevens. In referentiebestanden legt het Zorginstituut vast op basis van welke gegevens een verzekerde wordt ingedeeld in een vereveningscriterium en de daarbij behorende klasse. De referentiebestanden zijn opgenomen in de bijlagen van deze Beleidsregels.

De vereveningscriteria kunnen op basis van de primaire gegevensbronnen in drie groepen worden ingedeeld:

- Sociaal-demografische criteria: vereveningscriteria die de verzekerde beschrijven aan de hand van sociaal-demografische kenmerken waarvan bekend is dat deze samenhangen met de verwachte zorgkosten in het vereveningsjaar. Voor de indeling in risicoklassen van sociaal-demografische criteria worden inschrijf- en adresgegevens van verzekerden gebruikt, in combinatie met hun leeftijds-, geslachts-, adres-, inkomens- en arbeidsgegevens. Tot deze groep behoren onder meer de vereveningscriteria leeftijd- en geslacht (L5G), Aard van Inkomen (AVI) en Sociaaleconomische Status (SES).
- Morbiditeitscriteria: vereveningscriteria die de gezondheidssituatie van verzekerden beschrijven aan de hand van zorggebruik in het vereveningsjaar of in de daaraan voorafgaande jaren, waarvan bekend is dat dit zorggebruik samenhangt met de verwachte zorgkosten in het vereveningsjaar. Voor de indeling in risicoklassen worden (medisch-inhoudelijke) declaraties gebruikt. Tot deze groep behoren onder meer de vereveningscriteria Farmaceutische kostengroepen (FKG's) en Diagnosekostengroepen (DKG's).
- Kostencriteria: vereveningscriteria⁷ die de gezondheidssituatie van verzekerden beschrijven aan de hand van zorgkosten in de jaren voorafgaand aan het vereveningsjaar, waarvan bekend is dat deze kosten samenhangen met de verwachte zorgkosten in het vereveningsjaar. Voor de indeling in risicoklassen worden kostengegevens van verschillende zorgtypen gebruikt. Tot deze groep behoren onder meer de vereveningscriteria Meerjarige Hoge kosten (MHK's) en Historische hulpmiddelenkosten (HHK).

Normbedragen

Het Zorginstituut gebruikt de normbedragen om voor ieder vereveningscriterium⁸ de compensatie voor de betreffende verzekerde te bepalen.

Zoals toegelicht in de Rrv worden de normbedragen statistisch geschat op basis van de geraamde kosten per verzekerde en de geraamde indeling van de verzekerden in de verschillende vereveningscriteria. Daarbij wordt rekening gehouden met de samenhang tussen de verschillende vereveningscriteria. Een onderzoeksbureau dat de Overall Toets (OT)⁹ uitvoert (de OT-uitvoerder) schat in opdracht van de Minister van VWS, de normbedragen voor ieder vereveningsmodel.

Bij de bepaling van de normbedragen worden historische gegevens, verschillende kenmerken van verzekerden, en hun zorgkosten voor het te verzekeren basispakket van de Zvw gebruikt. De zorgkos-

⁷ Uitzondering is het vereveningscriterium IBZ_C van het somatisch model: dit criterium wordt gebaseerd op zorgkosten in het vereveningsjaar of in het jaar daaraan voorafgaand.

⁸ De compensatie op basis van het criterium L5G geldt als basisbijdrage voor een verzekerde. Het Zorginstituut gebruikt de overige vereveningscriteria via een systeem van opslagen en afslagen om de uiteindelijke bijdrage voor de betreffende verzekerde te bepalen.

⁹ De Overall Toets vormt een onderdeel van de onderzoekscyclus voor het vaststellen van de normbedragen. De schatting van de normbedragen betreft de laatste fase en volgt na de Overall Toets.

ten en de achtergrondkenmerken van de verzekerdenpopulatie worden representatief gemaakt voor de situatie in het betreffende vereveningsjaar. Omdat de zorgkosten naar verwachting stijgen, worden de zorgkosten daarnaast opgehoogd naar het MPB voor het betreffende vereveningsjaar. Voor ieder vereveningsmodel wordt een econometrisch model geschat, waaruit de normbedragen voor de klassen van de vereveningscriteria volgen.

De door de OT-uitvoerder uitgevoerde stappen bij de schatting van de normbedragen en de daarbij behorende bevindingen worden beschreven in de rapportage over de berekening van de normbedragen. Dit rapport wordt gepubliceerd op de website www.zorginstituutnederland.nl.

Berekening vereveningsbijdrage

Zoals eerder beschreven, kent het Zorginstituut de vereveningsbijdrage voorafgaand aan het vereveningsjaar (ex ante) toe en stelt het de vereveningsbijdrage na afloop van het vereveningsjaar (ex post) vast. Bij de toekenning van de vereveningsbijdrage zijn de gegevens die nodig zijn om het werkelijk aantal verzekerden en hun indeling in de risicoklassen te bepalen nog niet beschikbaar. Het Zorginstituut gaat daarom uit van ramingen die zijn gebaseerd op historische gegevens. Bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage baseert het Zorginstituut de berekening op de werkelijke verzekerdenaantallen en de werkelijke indeling van verzekerden in risicoklassen.

Bij zowel de toekenning als de vaststelling van de vereveningsbijdrage berekent het Zorginstituut de vereveningsbijdrage per zorgverzekeraar door de opbrengsten van de nominale rekenpremie en het verplicht eigen risico in mindering te brengen op het normatieve bedrag (zie ook tabel 1).

P*Q-berekeningen

Voor de berekening van de verschillende bestanddelen in de toegekende en vastgestelde vereveningsbijdrage voert het Zorginstituut berekeningen uit waarin het de normbedragen (P) met de verzekerdenaantallen (Q) vermenigvuldigt. In elk vereveningsmodel (somatisch, ggz-model en eigen risico-model) voert het Zorginstituut eerst per klasse de P*Q-berekening uit. Vervolgens sommeert het Zorginstituut de uitkomsten van deze berekeningen.

Het Zorginstituut voert vergelijkbare P*Q-berekeningen uit voor het deelbedrag vaste zorgkosten, de opbrengst van de nominale rekenpremie en de normatieve opbrengst van het verplicht eigen risico van de forfaitaire groep. Hierbij vermenigvuldigt het Zorginstituut het vaste bedrag, de nominale rekenpremie of het forfaitaire normbedrag (P) met het aantal verzekerden (Q).

Ex-post-maatregelen

De ramingen die bij de toekenning van de vereveningsbijdrage worden gebruikt, wijken vrijwel altijd af van de werkelijke verzekerdenaantallen en kosten. Bij de (ex post) vaststelling van de vereveningsbijdrage past het Zorginstituut daarom verschillende ex-post-maatregelen toe. Ex-post-maatregelen hebben tot doel om onzekerheden in het ex ante risicovereveningsmodel geheel of gedeeltelijk te mitigeren.

De werkelijke macrokosten kunnen bijvoorbeeld hoger of lager uitvallen dan de kostenramingen waarop het MPB is gebaseerd. Dit leidt tot een financieel risico voor zowel het Ministerie van VWS (zoals hogere uitkeringen uit het Zorgverzekeringsfonds) als zorgverzekeraars (zoals een lagere compensatiebedrag ten opzichte van de zorgkosten). De omvang van dit risico verschilt per zorgverzekeraar en hangt onder meer samen met de samenstelling van de verzekerdenportefeuilles. Ex-post-maatregelen compenseren zorgverzekeraars op basis van de werkelijke kosten en beperken daarmee een deel van het financieel risico voor zorgverzekeraars en het Ministerie van VWS. Tabel 2 geeft een kort overzicht van de verschillende ex-post-maatregelen.

De inzet van ex-post-maatregelen wordt voorafgaand aan het vereveningsjaar vastgelegd in de Rrv. In de toelichting van de Rrv onderbouwt de Minister van VWS de gemaakte keuzes ten aanzien van de toe te passen ex-post-maatregelen.

Tabel 2. Overzicht ex-post-maatregelen voor vereveningsjaar 2027

Ex-post-maatregel
<i>Criteriumneutraliteit</i> wordt ingezet wanneer er sprake is van grote onzekerheid rondom de geraamde verzekerdenaantallen van een vereveningscriterium. Deze onzekerheid kan ertoe leiden dat de werkelijke verzekerdenaantallen meer dan gebruikelijk afwijken van de geraamde aantallen. Hierdoor kan ook de vastgestelde vereveningsbijdrage van een zorgverzekeraar meer dan gebruikelijk afwijken.

Ex-post-maatregel

Flankerende maatregelen (*flankerend beleid*) worden ingezet om het effect van een over- of onderschrijding van de macroramingen evenredig over de zorgverzekeraars te verdelen. De financiële impact van een over- of onderschrijding verschilt per zorgverzekeraar en hangt samen met de samenstelling van de verzekerdenportefeuille en de richting van het verschil.

De *hogekostencompensatie somatisch* wordt ingezet om een deel van de zorgkosten van verzekerden met extreem dure behandelingen over zorgverzekeraars te herverdelen. Deze verzekerden zijn ongelijk verdeeld over de zorgverzekeraars en zorgverzekeraars worden in het ex ante risicovereveningsmodel hiervoor niet altijd adequaat gecompenseerd.

De *hogekostencompensatie ggz* wordt ingezet om een deel van de ggz-kosten van verzekerden met zeer hoge ggz-kosten over zorgverzekeraars te herverdelen. Deze verzekerden zijn zeer ongelijk verdeeld over de zorgverzekeraars en zorgverzekeraars worden in het ex ante risicovereveningsmodel hiervoor niet altijd adequaat gecompenseerd.

De *bandbreedteregeling ggz* wordt ingezet om de onzekerheden als gevolg van de invoering van de nieuwe bekostigingssystematiek, het Zorgprestatiemodel, te reduceren. Deze onzekerheden kunnen per zorgverzekeraar verschillend uitpakken.

De *100-procentnacalculatie* wordt ingezet om te voorkomen dat zorgverzekeraars financieel risico lopen over de vaste zorgkosten. Hieronder vallen kosten die niet door zorgverzekeraars kunnen worden beïnvloed en kosten die vanwege onvoldoende beschikbare gegevens in het kader van de risicoverevening niet kunnen worden genormeerd.

Benodigde gegevens

Zoals hierboven beschreven, gebruikt het Zorginstituut bij de berekening van de vereveningsbijdrage verschillende gegevens. Op grond van artikel 88 en 89 van de Zvw vraagt het Zorginstituut de benodigde gegevens uit bij onder meer zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders, en andere overheidsinstanties, zoals de Belastingdienst, DUO en het UWV.

De structurele aanlevering door de zorgverzekeraars en de Wlz-uitvoerders wordt nader uitgewerkt in de Regeling structurele aanlevering gegevens Zvw en Wlz voor het kalenderjaar waarin de betreffende gegevens worden aangeleverd. In deze regeling is vastgelegd welke gegevens zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders moeten verstrekken, op welke wijze en wanneer zij deze gegevens moeten aanleveren.

De structurele aanlevering door overheidsinstanties wordt vastgelegd in gegevensleveringsafspraken tussen het Zorginstituut en de betreffende instanties.

Beoordeling juistheid gegevens

De Nederlandse Zorgautoriteit beoordeelt op grond van artikel 16, onderdeel b, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders. In dat kader beoordeelt de Nederlandse Zorgautoriteit de juistheid en volledigheid van de door de zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders aangeleverde informatie. Op grond van artikel 24 van de Wmg ontvangt het Zorginstituut het samenvattende rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit met haar bevindingen. Het Zorginstituut betreft deze beoordeling bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage.¹⁰

Vereveningscyclus

In de artikelen 32 en 34 van de Zvw is vastgelegd dat het Zorginstituut de vereveningsbijdrage aan een zorgverzekeraar uiterlijk op 1 november van het jaar voorafgaand aan het betreffende vereveningsjaar (ex ante) toekent, en uiterlijk op 1 april van het vierde jaar na afloop van het betreffende vereveningsjaar (ex post) definitief vaststelt. De toekenning en vaststelling van de vereveningsbijdrage vinden daarmee plaats gedurende een zes jaar durende vereveningscyclus.



Figuur 1. Het Zorginstituut stelt de bijdrage per zorgverzekeraar in een 6-jaarscyclus vast

Gedurende deze vereveningscyclus bepaalt het Zorginstituut de vereveningsbijdrage in vijf opeenvolgende besluiten:

¹⁰ Het betrekken van de beoordeling wordt nader beschreven in de toelichting van hoofdstuk VI.

1. De ex ante toekenning van de vereveningsbijdrage (XA) in het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar;
2. De herberekening van de toegekende bijdrage (de lenteherberekening, LH) in het vereveningsjaar;
3. De eerste voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage (VV1) in het jaar na het vereveningsjaar;
4. De tweede voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage (VV2) in het derde jaar na het vereveningsjaar;
5. De definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage (DV) in het vierde jaar na het vereveningsjaar.

Gedurende de vereveningscyclus gebruikt het Zorginstituut steeds actuelere en definitievere gegevens. Zoals hierboven beschreven stapt het Zorginstituut over van ramingen op basis van historische gegevens (ex ante) naar gegevens met werkelijke verzekerdenaantallen en declaratie- en kostengegevens (ex post). Daarnaast past het Zorginstituut bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage verschillende ex-post-maatregelen toe.

Aanvullende uitkering voor uitvoeringskosten verzekerden jonger dan achttien jaar

Als aanvulling op de vereveningsbijdrage ontvangen zorgverzekeraars op grond van artikel 3.22 van het Bzv, een uitkering voor de uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar. Zoals toegelicht in het Bzv, ontvangen zorgverzekeraars van deze groep verzekerden geen nominale premie en daarmee ook geen opslagpremie. Zorgverzekeraars maken voor deze verzekerden wel beheerskosten, bijvoorbeeld voor administratie en zorginkoop. Ter dekking van deze kosten ontvangen zorgverzekeraars de aanvullende uitkering.

Het Zorginstituut berekent de uitkering op basis van het aantal verzekerden jonger dan achttien jaar op de peildatum 30 juni van het vereveningsjaar en een vast bedrag per verzekerde (P*Q-berekening). De hoogte van het vaste bedrag is vastgelegd in de Rrv. Net als bij de hierboven beschreven vereveningscyclus bepaalt het Zorginstituut de uitkering in vijf opeenvolgende besluiten, gelijktijdig met de besluiten over de vereveningsbijdrage. Bij de toekenning baseert het Zorginstituut de uitkering voor uitvoeringskosten op geraamde verzekerdenaantallen. Bij de vaststelling van de uitkering voor uitvoeringskosten gebruikt het Zorginstituut de werkelijke verzekerdenaantallen.

Betalingen

Het Zorginstituut betaalt de toegekende vereveningsbijdrage en uitkering voor de uitvoeringskosten vanaf januari van het vereveningsjaar in maandelijkse termijnen uit aan de zorgverzekeraars. Hiervoor stelt het Zorginstituut een tweejarig betaalschema op. Bij ieder bovengenoemd besluit herberekent het Zorginstituut de vereveningsbijdrage en de uitkering voor de uitvoeringskosten. Bij de financiële afwikkeling van ieder besluit verrekent het Zorginstituut de herberekende bedragen met de reeds betaalde bedragen. Over het verschil tussen de herberekende en reeds uitbetaalde bedragen wordt vanaf de eerste voorlopige vaststelling rente geheven.

Leeswijzer

De hoofdstukken van deze Beleidsregels zijn opgebouwd volgens de hierboven beschreven vereveningscyclus. Hoofdstuk I bevat de algemene bepalingen van deze Beleidsregels. Hoofdstuk II beschrijft de ex ante toekenning van de vereveningsbijdrage. Hoofdstuk III beschrijft de herberekening van de toegekende vereveningsbijdrage bij de lenteherberekening. Hoofdstuk IV, V en VI beschrijven respectievelijk de eerste voorlopige vaststelling, de tweede voorlopige vaststelling en de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage. Hoofdstuk VII beschrijft de berekening van de uitkering voor de uitvoeringskosten verzekerden jonger dan achttien jaar, en de herberekening van de toegekende uitkering. Hoofdstuk VIII beschrijft het proces rondom de betalingen. Daarbij wordt ingegaan op onder andere de rekenwijze voor de uit te betalen maandtermijnen, de herberekening en verrekening van deze maandtermijnen naar aanleiding van de herberekeningen in hoofdstuk III tot en met VII, en de renteberekening bij de herberekeningen. Hoofdstuk IX bevat de slotbepalingen.

Wijzigingenoverzicht

Tabel 3 geeft een overzicht van de belangrijkste wijzigingen in de uitvoering van de risicoverevening voor vereveningsjaar 2027 ten opzichte van het voorafgaande vereveningsjaar.

Tabel 3. Wijzigingen in de uitvoering van de risicoverevening ten opzichte van het voorafgaande vereveningsjaar

Vereveningscriteria	
L5G	Geen wijzigingen.

Vereveningscriteria	
FKG_C	- Regulier onderhoud EHK-klassen heeft geleid tot een andere clustering en andere middelen in de EHK-klassen. Het aantal EHK-klassen blijft ongewijzigd. - Naar aanleiding van groot onderhoud in de FKG's in het somatisch model zijn de volgende wijzigingen doorgevoerd: (1) De FKG-indeling voor add-on klassen is uitgebreid op basis van indicatiecodes. (2) De FKG voor 'kanker o.b.v. add-on' (CAN) is opgesplitst in vier afzonderlijke FKG-klassen: 'longkanker o.b.v. add-on' (LON), 'hematologische maligniteit o.b.v. add-on' (HEM), 'carcinoom o.b.v. add-on' (CAR) en 'overige kanker o.b.v. add-on' (CAN). (3) De FKG-voor 'Immunoglobuline' (IME) is toegevoegd. (4) Klysma ZI-artikelfnummers zijn verwijderd vanwege onjuiste DDD-waarden. (5) Bij diverse FKG-klassen zijn de drempelwaarden aangepast.
FKG_G	Naar aanleiding van groot onderhoud FKG's in het ggz-model is de drempelwaarde voor één klasse aangepast.
DKG_C	Naar aanleiding van groot onderhoud in de DKG's in het somatisch model zijn onder andere de diagnosecodes en zorgproducten die tot indeling leiden geactualiseerd. Daarnaast zijn de Dx-groepen m.b.t. GRZ-zorg zijn verwijderd. De nieuwe clustering heeft geleid tot de uitbreiding van 26 naar 32 DKG-klassen (exclusief de afslagklasse).
DKG_G	Geen wijzigingen.
FDG_C	Geen wijzigingen.
IBZ_C	Geen wijzigingen.
OKH_C	Geen wijzigingen.
HSM_C	Geen wijzigingen.
MHK_C	Geen wijzigingen.
MHK_G	De gegevensjaren die relevant zijn voor de indeling naar MHK_G-klassen in vereveningsjaar 2027 betreffen zorgprestatiegegevens. Daarom hoeven de kosten van het tweede en derde jaar intramurale ggz van een verzekerde niet meer te worden uitgesloten in de indeling naar MHK_G-klassen.
MVV_C	- De ramingsmethodiek voor MVV_C is gewijzigd ten opzichte van de Verzekerdenraming 2026. De aangepaste werkwijze is opgenomen in de Verantwoording Verzekerdenraming 2027 die gepubliceerd wordt op de website www.zorginstituutnederland.nl. - Naar aanleiding van 'WBR 1520 Vereenvoudiging drempels kostenkenmerken' is vanaf vereveningsjaar 2027 het naar rato verdelen van verzekerden met kosten gelijk aan het drempelbedrag komen te vervallen. Verzekerden met kosten gelijk aan het drempelbedrag worden ingedeeld in de hoogst aangrenzende klasse.
HHK_C	- De ramingsmethodiek voor MVV_C is gewijzigd ten opzichte van de Verzekerdenraming 2026. De aangepaste werkwijze is opgenomen in de Verantwoording Verzekerdenraming 2027 die gepubliceerd wordt op de website www.zorginstituutnederland.nl. - Naar aanleiding van 'WBR 1520 Vereenvoudiging drempels kostenkenmerken' is vanaf vereveningsjaar 2027 het naar rato verdelen van verzekerden met kosten gelijk aan het drempelbedrag komen te vervallen. Verzekerden met kosten gelijk aan het drempelbedrag worden ingedeeld in de hoogst aangrenzende klasse.
AVI	- Naar aanleiding van 'WOR 1285 Mogelijke vereenvoudigingen RVE Deel 2' zijn de volgende wijzigingen doorgevoerd: (1) Voor de indeling van 65 t/m 69-jarigen wordt gekeken naar de AVI-indeling die verzekerden in het voorafgaande vereveningsjaar hadden. (2) De afleiding van zelfstandigen wordt gebaseerd op één gegevensjaar. (3) De klassen 'studenten' en 'hoogopgeleiden' zijn samengevoegd in één klasse. (4) Voor de indeling van 0 t/m 17-jarigen is de leeftijdsrestrictie van ten minste 15 jaar leeftijdsverschil voor de AVI-indeling komen te vervallen. (5) Voor de indeling van 0 t/m 17-jarigen wordt het adres bepaald op basis van het PKB-bestand. - Naar aanleiding van 'WBR 1534 – Versnelling in de vaststelling van AVI, SES en PPA' herberekent het Zorginstituut vanaf vereveningsjaar 2027 het aantal verzekerden voor de vereveningscriteria AVI, SES en PPA niet meer in de tweede voorlopige vaststelling. De indeling van deze criteria is definitief in de eerste voorlopige vaststelling.
SES	- Naar aanleiding van 'WOR 1285 Mogelijke vereenvoudigingen RVE Deel 2' worden verzekerden in een Wlz-instelling of in de extramurale Wlz niet meer per definitie in de SES-klasse '1 (zeer laag)' ingedeeld. Daarmee is de samenhang met de vereveningscriteria DKG_G (klassen '14' tot en met '16') en PPA komen te vervallen. - Naar aanleiding van 'WBR 1534 – Versnelling in de vaststelling van AVI, SES en PPA' herberekent het Zorginstituut vanaf vereveningsjaar 2027 het aantal verzekerden voor de vereveningscriteria AVI, SES en PPA niet meer in de tweede voorlopige vaststelling. De indeling van deze criteria is definitief in de eerste voorlopige vaststelling.
PPA	Naar aanleiding van 'WBR 1534 – Versnelling in de vaststelling van AVI, SES en PPA' herberekent het Zorginstituut vanaf vereveningsjaar 2027 het aantal verzekerden voor de vereveningscriteria AVI, SES en PPA niet meer in de tweede voorlopige vaststelling. De indeling van deze criteria is definitief in de eerste voorlopige vaststelling.
SEI	Geen wijzigingen.
REG_C	De clustering van postcode naar regio (somatisch model) is gewijzigd.
REG_G	De clustering van postcode naar regio (ggz-model) is gewijzigd.
Eigen risico-model	
Bepaling forfaitaire groep	De bepaling van de forfaitaire groep van de normatieve opbrengst van het verplicht eigen risico is uitgebreid: verzekerden met een FKG psychische aandoeningen, een DKG psychische aandoeningen en/of ingedeeld in GGZ-MHK-klasse 'Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 10 promille' of hoger worden met ingang van vereveningsjaar 2027 ingedeeld bij de forfaitaire groep.

Ex post compensatiemechanismen

Vereveningscriteria	
Criteriumneutraliteit ¹	– Geen wijzigingen: op DKG_G en MHK_G wordt integrale klassieke criteriumneutraliteit toegepast. Op alle klassen o.b.v. add-on en alle EHK-klassen van FKG_C wordt partiële klassieke criteriumneutraliteit toegepast. – Gewijzigd: op DKG_C en OKH_C wordt integrale klassieke criteriumneutraliteit toegepast. Op MHK_C, MHK_E, MVV_C, HHK_C en klasse 'Chronische migraine' van FKG_C wordt geen criteriumneutraliteit meer toegepast.
Bandbreedteregeling ggz	Geen wijzigingen.
Flankerend beleid	Geen wijzigingen.
Hogekostencompensatie somatisch	De drempelwaarden zijn geïndexeerd (+4,12%) met de gemiddelde gewogen kostenontwikkeling voor de somatische Zvw-zorg. De percentages zijn niet gewijzigd. De eerste drempel bedraagt 450.761 euro waarboven (tot aan de tweede drempelwaarde) sprake is van 75% compensatie. De tweede drempel bedraagt 1.301.500 euro waarboven sprake is van 90% compensatie.
Hogekostencompensatie ggz	De hogekostencompensatie is van toepassing op de 1,5% ggz-patiënten met de hoogste kosten. Dit was 0,5% in vereveningsjaar 2026.

¹ Zie bijlage 7 van de Rrv voor een nadere uitwerking van de toepassing van criteriumneutraliteit voor vereveningsjaar 2027.

II. Artikelsgewijs

HOOFDSTUK I ALGEMENE BEPALINGEN

Dit hoofdstuk bevat de begripsbepalingen uit deze Beleidsregels, een algemene bepaling over de inachtneming van de bepalingen uit het Bzv en de Rrv bij toepassing van deze Beleidsregels en een bepaling over zorgverzekeraars bij de verdeling van de macro-deelbedragen en de berekening van de vereveningsbijdrage.

HOOFDSTUK II DE TOEKENNING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE

Het Zorginstituut kent op grond van artikel 32 van de Zvw de vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars toe in oktober van het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar. Zoals beschreven in het algemene deel van deze toelichting, zijn op dat moment de gegevens over de werkelijke verzekerdenaantallen, en de declaratie- en kostengegevens nog niet beschikbaar. Daarom baseert het Zorginstituut de (ex ante) toekenning van de vereveningsbijdrage op geraamde verzekerdenaantallen uit de verzekerdenraming.

Verzekerdenraming

Het doel van de verzekerdenraming is om voor elke risicoklasse van een vereveningscriterium het aantal verzekerden in de definitieve vaststelling voor het betreffende vereveningsjaar zo goed mogelijk te schatten. Het Zorginstituut maakt hiervoor een inschatting van het totaal aantal verzekerden in het vereveningsjaar, de zogenaamde macroverzekerdenraming, en van het aantal verzekerden per risicoklasse in elk van de vereveningsmodellen.

Een volledige en gedetailleerde (technische) beschrijving van de wijze waarop het Zorginstituut de macroverzekerdenraming en verzekerdenraming uitvoert, is opgenomen in de Verantwoording Verzekerdenraming. Deze wordt gepubliceerd op de website www.zorginstituutnederland.nl.

Berekening vereveningsbijdrage

Voor de berekening van de vereveningsbijdrage berekent het Zorginstituut eerst het normatieve bedrag als de som van de drie deelbedragen. Vervolgens brengt het Zorginstituut op het berekende normatieve bedrag de opbrengst van de nominale rekenpremie en de normatieve opbrengst van het verplicht eigen risico in mindering (zie artikel 3.9 en 3.10, eerste lid, van het Bzv).

Deelbedrag variabele zorgkosten

Het Zorginstituut verdeelt het macro-deelbedrag variabele zorgkosten over de zorgverzekeraars (zie artikel 3.4, van het Bzv). Hiervoor gebruikt het Zorginstituut het somatisch model, waarbij het uitgaat van de vereveningscriteria genoemd in artikel 3.4, van het Bzv. Voor de klassen van deze criteria en de daarbij horende normbedragen gaat het Zorginstituut overeenkomstig artikel 5, eerste lid, van de Rrv uit van bijlage 1 van de Rrv.

Voor de berekening van het deelbedrag vermenigvuldigt het Zorginstituut per risicoklasse eerst het normbedrag met het aantal geraamde verzekerden in de betreffende risicoklasse ($P \times Q$ -berekening).

Vervolgens berekent het Zorginstituut het deelbedrag variabele zorgkosten per zorgverzekeraar als de som van de berekende producten over alle vereveningscriteria.

Deelbedrag vaste zorgkosten

Het Zorginstituut verdeelt het macro-deelbedrag vaste zorgkosten over de zorgverzekeraars (zie artikel 3.5, van het Bzv). Voor deze verdeling gaat het Zorginstituut uit van een vast bedrag per verzekerde. Dit bedrag berekent het Zorginstituut door het macro-deelbedrag vaste zorgkosten te delen door het landelijk totaal aantal geraamde verzekerden.

Vervolgens berekent het Zorginstituut het deelbedrag vaste zorgkosten per zorgverzekeraar door het berekende bedrag per verzekerde te vermenigvuldigen met het totaal geraamde aantal verzekerden van de betreffende zorgverzekeraar.

Deelbedrag kosten van geneeskundige ggz

Het Zorginstituut verdeelt het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige ggz over zorgverzekeraars (zie artikel 3.6, van het Bzv). Voor deze verdeling gebruikt het Zorginstituut het ggz-model, waarvan de vereveningscriteria zijn vastgelegd in artikel 3.6, van het Bzv.

Overeenkomstig artikel 5, eerste lid, van de Rrv, gaat het Zorginstituut uit van de klassen en de daarbij horende normbedragen in bijlage 3 van de Rrv.

Het Zorginstituut berekent het deelbedrag kosten van geneeskundige ggz per zorgverzekeraar overeenkomstig de twee rekenstappen die hiervoor zijn beschreven voor het deelbedrag variabele zorgkosten.

Opbrengst nominale rekenpremie

Het Zorginstituut berekent de opbrengst van de nominale rekenpremie (zie artikel 3.10, eerste en tweede lid, van het Bzv). Hierbij gaat het Zorginstituut uit van de bepalingen in artikel 7, van de Rrv. Voor de berekening per zorgverzekeraar vermenigvuldigt het Zorginstituut eerst het aantal premieplichtigen met de in de Rrv genoemde nominale rekenpremie. Vervolgens corrigeert het Zorginstituut de berekende opbrengst voor de gedeerde inkomsten als gevolg van detentie van de verzekerden. Voor deze correctie gaat het Zorginstituut uit van een (ex ante) detentiefactor.

Bij de verzekerdenraming berekent het Zorginstituut deze factor op landelijk niveau door het totaal aantal gedetineerden¹¹ te delen door het totaal aantal geraamde verzekerden.¹² De berekende factor legt het Zorginstituut vast in deze Beleidsregels.

Normatieve opbrengst verplicht eigen risico

Het Zorginstituut berekent de normatieve opbrengst van het verplicht eigen risico (zie artikel 3.10, tweede lid, van het Bzv). Zoals beschreven in het algemene deel van deze toelichting, bestaat deze opbrengst uit twee bedragen: de opbrengst voor de forfaitaire groep en de opbrengst voor de niet-forfaitaire groep.

Voor de toedeling van verzekerden aan de forfaitaire of niet-forfaitaire groep gaat het Zorginstituut uit van de bepalingen in artikel 8, tweede lid, van de Rrv.

Voor de opbrengst van de niet-forfaitaire groep gebruikt het Zorginstituut het eigen risico-model. Hierbij gaat het Zorginstituut uit van de vereveningscriteria genoemd in artikel 8, tweede lid, van de Rrv, en van de klassen en normbedragen in bijlage 5 van de Rrv. Het Zorginstituut berekent de opbrengst voor de niet-forfaitaire groep per zorgverzekeraar overeenkomstig de twee rekenstappen die hiervoor zijn beschreven voor het deelbedrag variabele zorgkosten.

Voor de opbrengst van de forfaitaire groep gaat het Zorginstituut overeenkomstig artikel 8, vierde lid, van de Rrv, uit van het forfaitaire normbedrag per verzekerde. Het Zorginstituut berekent de opbrengst voor deze groep door het forfaitaire normbedrag te vermenigvuldigen met het aantal geraamde verzekerden.

Overeenkomstig artikel 8, eerste lid, van de Rrv corrigeert het Zorginstituut de som van de twee opbrengsten voor de gedeerde opbrengsten als gevolg van detentie van de verzekerden. Voor deze correctie hanteert het Zorginstituut dezelfde (ex ante) detentiefactor als bij de berekening van de opbrengst van de nominale rekenpremie.

¹¹ Het Zorginstituut baseert het totaal aantal gedetineerden op de opgave van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het werkelijk aantal gedetineerden op eind mei van het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar.

¹² Het Zorginstituut rondt verzekerdenaantallen in de macroverzekerdenraming af op duizendtallen. Voor de berekening van de ex ante detentiefactor heeft het Zorginstituut daarom het aantal gedetineerden van 10.200 gedetineerden afgerond naar 10.000 gedetineerden.

HOOFDSTUK III DE HERBEREKENING VAN DE TOEGEKENDE VEREVENINGSBIJDRAGE (LENTEHERBEREKENING)

Verzekerden kunnen jaarlijks overstappen naar een andere zorgverzekeraar of hun (basis)zorgverzekering of zorgpolis aanpassen. De nieuwe zorgverzekering moet uiterlijk 31 januari zijn afgesloten en werkt met terugwerkende kracht vanaf 1 januari. Een overstap van verzekerden tussen zorgverzekeraars heeft gevolgen voor de hoogte van de vereveningsbijdrage. Het Zorginstituut verwerkt deze wijzigingen daarom in de herberekening van de toegekende vereveningsbijdrage, de lenteherberekening.

Daarnaast ontvangt het Zorginstituut in maart nieuwe gegevens van zorgverzekeraars over het werkelijke aantal verzekerden. Met deze nieuwe gegevens verwerkt het Zorginstituut in de lenteherberekening de ontwikkeling van het aantal verzekerden sinds de ex ante toekenning van de vereveningsbijdrage. Deze ontwikkeling kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van geboorte, sterfte, immigratie of emigratie.

Het Zorginstituut herberekent de toegekende vereveningsbijdrage op grond van artikel 3.10a van het Bzv in april van het vereveningsjaar.

Update inschrijving verzekerden

Bij de ex ante toekenning van de vereveningsbijdrage baseert het Zorginstituut de inschrijving van verzekerden bij een zorgverzekeraar ook op de meest recente gegevens die op dat moment beschikbaar zijn. Dit betreft de inschrijving van verzekerden in mei van het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar.

Voor de lenteherberekening gebruikt het Zorginstituut recentere gegevens. Het Zorginstituut baseert de inschrijving op een door Vektis aangeleverd bestand van de inschrijving van verzekerden bij zorgverzekeraars op 1 januari van het betreffende vereveningsjaar.

Schaling naar werkelijk aantal verzekerden

Naast de geactualiseerde gegevens over de inschrijving bij een zorgverzekeraar, verwerkt het Zorginstituut in de lenteherberekening recentere informatie over het werkelijke aantal verzekerden in het vereveningsjaar. Hiervoor gebruikt het Zorginstituut een door zorgverzekeraars aangeleverd opgave met het aantal verzekerden op 1 maart van het vereveningsjaar.

Afgezien van de twee hierboven beschreven nieuwe bestanden, ontvangt het Zorginstituut geen nieuwe gegevens.¹³ Het Zorginstituut verwerkt het werkelijke aantal verzekerden daarom door de berekende bijdrage van de groep verzekerden die wel is meegenomen in de ex ante toekenning van de vereveningsbijdrage, te schalen.

Voor deze groep hanteert het Zorginstituut dezelfde indelingen per vereveningscriterium uit de verzekerdenraming, waarbij het alleen de inschrijving van deze verzekerden bij een zorgverzekeraar actualiseert. Voor de berekening van de bijdrage volgt het Zorginstituut dezelfde rekenwijze als beschreven in hoofdstuk II.

Voor de schaling berekent het Zorginstituut het quotiënt als volgt:

Quotiënt = verzekerdenaantallen volgens de opgave van de zorgverzekeraar / geraamde verzekerdenaantallen uit de verzekerdenraming met inschrijving bij een zorgverzekeraar volgens de opgave van Vektis.

HOOFDSTUK IV DE EERSTE VOORLOPIGE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE

In het jaar na het vereveningsjaar ontvangt het Zorginstituut nieuwe gegevens, waaronder het werkelijke aantal verzekerden gedurende het vereveningsjaar en declaratie- en kostengegevens over het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar. Met deze nieuwe gegevens kan het Zorginstituut voor de meeste vereveningscriteria de definitieve indeling van verzekerden in risicoklassen bepalen. Het Zorginstituut herberekent daarom de vereveningsbijdrage en past daarbij verschillende ex-post-maatregelen toe.

Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage in september van het jaar na het vereveningsjaar op

¹³ Een volledige update van de verzekerdenraming waarin de ontwikkeling van het aantal verzekerden wordt verwerkt is niet mogelijk. De verzekerdenraming raamt de indeling van verzekerden op individu-niveau, terwijl in de beschreven opgave van zorgverzekeraars de verzekerdenaantallen geaggregeerd zijn opgegeven, zijnde het totaal aantal verzekerden per leeftijd- en geslachtsklasse.

grond van artikel 3.20 van het Bzv voor de eerste keer voorlopig vast. Een voorlopige vaststelling geeft zorgverzekeraars een tussentijdse indicatie van de later definitief vast te stellen vereveningsbijdrage. Daarmee wordt de onzekerheid over de hoogte van de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars verkleind.

Update werkelijk aantal verzekerden, inschrijfduur en indeling in risicoklassen

Werkelijk aantal verzekerden

Op basis van de nieuwe gegevens bepaalt het Zorginstituut het werkelijke aantal verzekerden in het vereveningsjaar en de periode waarin zij gedurende dat jaar verzekerd zijn geweest. Hiervoor stelt het Zorginstituut voor het betreffende jaar een persoonskenmerkenbestand, het PKB-bestand, samen.¹⁴

Update indeling in risicoklassen

Bij de ex ante toekenning van de vereveningsbijdrage en lenteherberekening maakt het Zorginstituut gebruik van gegevens over tweede of derde voorafgaande jaar (of een eerder jaar) van het vereveningsjaar, en van voorlopige versies van gegevensbestanden. Bij de eerste voorlopige vaststelling beschikt het Zorginstituut over recentere gegevens: gegevens over het vereveningsjaar of het daaraan voorafgaande jaar (of een eerder jaar). Daarnaast zijn van meerdere gegevensbestanden de definitieve versies aangeleverd.

Op grond van artikel 11, derde lid, van de Rrv bepaalt het Zorginstituut welke gegevensbestanden zijn aangeleverd om de indeling van verzekerden in risicoklassen definitief te kunnen bepalen. Bij de eerste voorlopige vaststelling zijn voor de meeste vereveningscriteria de benodigde gegevensbestanden aangeleverd. Voor deze vereveningscriteria bepaalt het Zorginstituut daarom de definitieve indeling.

Voor vijf vereveningscriteria, zijnde IBZ_C, MHK_C, MHK_G, MVV_C en HHK_C, zijn de benodigde kostengegevens nog niet definitief of nog niet beschikbaar. De indeling voor deze criteria is daarom voorlopig.

Volgorde ex-post-maatregelen

Zoals beschreven in het algemene deel van deze toelichting past het Zorginstituut vanaf de eerste voorlopige vaststelling, naast de P*Q-berekeningen, verschillende ex-post-maatregelen toe in de berekening van de vereveningsbijdrage. Het Zorginstituut baseert zowel de inzet van ex-post-maatregelen als de volgorde waarin het deze maatregelen per bestandsdeel toepast op de bepalingen in het Bzv en de Rrv. Tabel 4 geeft per bestandsdeel weer welke ex-postmaatregelen worden toegepast en in welke volgorde.

Tabel 4. Volgorde in toepassing ex-post-maatregelen

Bestandsdeel	Ex-post-maatregel	Volgorde van toepassing o.b.v. het Bzv en nadere uitwerking in de Rrv
Deelbedrag variabele zorgkosten	1) Criteriumneutraliteit 2) Flankerend beleid 3) Hogekostencompensatie somatisch ¹	1) art. 3.11, vijfde lid, Bzv en art. 11, vierde lid, Rrv 2) art. 3.12, eerste en tweede lid, Bzv 3) art. 3.12b, Bzv en art. 16, Rrv
Deelbedrag vaste zorgkosten	100 procent nacalculatie	art. 3.15, derde lid, Bzv en art. 15, vierde lid, Rrv
Deelbedrag kosten van geneeskundige ggz	1) Criteriumneutraliteit 2) Flankerend beleid 3) Hogekostencompensatie ggz ¹ 4) Bandbreedteregeling ggz	1) art. 3.11, vijfde lid, Bzv en art. 11, vierde lid, Rrv 2) art. 3.12, eerste en tweede lid, Bzv 3) art. 3.12a, Bzv en art. 17, Rrv 4) art. 3.16, Bzv en art. 17a, Rrv

¹ Het Zorginstituut past de hogekostencompensatie somatisch en hogekostencompensatie ggz toe vanaf de tweede voorlopige vaststelling.

Herberekening vereveningsbijdrage

Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag en de vereveningsbijdrage op basis van het werkelijke aantal verzekerden (zie artikel 3.18 en artikel 3.19, eerste lid, Bzv). Daarbij volgt het Zorginstituut de rekenwijze die is beschreven in hoofdstuk II.

Vanwege de toepassing van ex-post-maatregelen voert het Zorginstituut daarnaast aanvullende rekenstappen uit ten opzichte van de in hoofdstuk II beschreven rekenwijze. Hierbij baseert het

¹⁴ De wijze waarop het Zorginstituut het PKB-bestand opstelt is schematisch weergegeven in bijlage 1.

Zorginstituut de volgorde van deze rekenstappen op de bepalingen van het Bzv en de nadere uitwerkingen daarvan in de Rrv.

Deelbedrag variabele zorgkosten

Voor de toepassing van flankerend beleid in de berekening van het deelbedrag variabele zorgkosten zijn de werkelijke zorgkosten en het herberekende normatieve bedrag van belang. Het Zorginstituut bepaalt daarom eerst de variabele zorgkosten (zie artikel 3.11, tweede lid, van het Bzv). Het Zorginstituut baseert deze kosten op de door zorgverzekeraars opgegeven kosten in hun jaarstaat. Voor de toerekening van bepaalde kosten aan de deelbedragen variabele zorgkosten en kosten van geneeskundige ggz, zoals kosten van grensoverschrijdende zorg, past het Zorginstituut de bepalingen van de artikelen 12, 13 en 14 van de Rrv toe.

Vervolgens herberekent het Zorginstituut het normatieve bedrag variabele zorgkosten op basis van het werkelijke aantal verzekerden en hun indeling in risicoklassen (zie artikel 3.11, vierde lid, van het Bzv). Het Zorginstituut vermenigvuldigt per klasse de normbedragen met de verzekerdenaantallen ($P*Q$ -berekening) en sommeert vervolgens de berekende producten. Het Zorginstituut past de hogekostencompensatie somatisch in de eerste voorlopige vaststelling nog niet toe. Daarom gaat het Zorginstituut op grond van artikel 16, tweede lid, van de Rrv, in de $P*Q$ -berekening uit van de normbedragen zonder correctie voor de hogekostencompensatie. Dit zijn de normbedragen in bijlage 1 van de Rrv (variabele zorgkosten). Daarmee gebruikt het Zorginstituut dezelfde sets van normbedragen als bij de ex ante toekenning van de vereveningsbijdrage en de lenteherberekening. Bij de $P*Q$ -berekening past het Zorginstituut de eerste ex-post-maatregel toe: criteriumneutraliteit. Het Zorginstituut herberekent de normbedragen van de genoemde aanpassingsklassen¹⁵ overeenkomstig de bepalingen in artikel 11, vierde lid, van de Rrv.

Na de $P*Q$ -berekening en de toepassing van criteriumneutraliteit past het Zorginstituut de twee rekenstappen van het flankerend beleid toe (zie artikel 3.12, eerste en tweede lid, van het Bzv). In de eerste rekenstap berekent het Zorginstituut de schalingsfactor op landelijk niveau door de variabele zorgkosten te delen door het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten. Met deze schalingsfactor schaaft het Zorginstituut het herberekende normatieve bedrag per zorgverzekeraar naar het werkelijke landelijke kostenniveau. In de tweede rekenstap rekent het Zorginstituut het landelijk verschil tussen de variabele zorgkosten en het herschaalde herberekende normatieve bedrag toe naar zorgverzekeraars. Dit gebeurt op basis van het aantal premieplichtigen van de betreffende zorgverzekeraar.

Tot slot berekent het Zorginstituut het voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten per zorgverzekeraar door het aan de zorgverzekeraar toegerekende bedrag in mindering te brengen op het herberekende normatieve bedrag.

Deelbedrag vaste zorgkosten

Net als bij de variabele zorgkosten bepaalt het Zorginstituut voor de berekening van het deelbedrag vaste zorgkosten eerst de vaste zorgkosten (zie artikel 3.15, eerste lid, van het Bzv). Daarbij past het Zorginstituut de bepalingen van de artikelen 12, 13 en 15 van de Rrv toe. Vervolgens herberekent het Zorginstituut het normatieve bedrag vaste zorgkosten op basis van het werkelijke aantal verzekerden (zie artikel 3.15, tweede lid, Bzv). Het Zorginstituut berekent per zorgverzekeraar het normatieve bedrag door het normbedrag vaste zorgkosten dat in hoofdstuk II is berekend, te vermenigvuldigen met het werkelijke aantal verzekerden ($P*Q$ -berekening).

Daarna past het Zorginstituut de nacalculatie toe (zie artikel 3.15, derde lid, van het Bzv). Bij de berekening van het verschil tussen de vaste zorgkosten en het normatieve bedrag vaste zorgkosten hanteert het Zorginstituut overeenkomstig artikel 15, vierde lid, van de Rrv, een nacalculatiepercentage van 100 procent.

Tot slot berekent het Zorginstituut het voorlopige herberekende deelbedrag vaste zorgkosten per zorgverzekeraar als de som van het herberekende normatieve bedrag vaste zorgkosten en het berekende nacalculatiebedrag.

Deelbedrag kosten van geneeskundige ggz

Net als bij de variabele zorgkosten bepaalt het Zorginstituut voor de berekening van het deelbedrag kosten van geneeskundige ggz eerst de kosten van geneeskundige ggz (zie artikel 3.11, tweede lid, van het Bzv). Net als bij de variabele zorgkosten baseert het Zorginstituut deze kosten op in de jaarstaat van zorgverzekeraars opgegeven kosten. Daarbij past het Zorginstituut de bepalingen van de artikelen 12, 13 en 14 van de Rrv toe.

¹⁵ Sommige vereveningscriteria zoals bijvoorbeeld AVI, SES en PPA kennen geen afslagklasse en worden een of meerdere klasse(n) aangewezen als klasse(n) waarvan het normbedrag dient te worden aangepast. De Rrv gebruikt daarom de term 'aanpassingsklasse(n)'. Dit komt in de regel neer op de aanpassing van het normbedrag van de afslagklasse.

Vervolgens herberekent het Zorginstituut het normatieve bedrag van kosten van geneeskundige ggz (zie artikel 3.11, vierde lid, van het Bzv). In de P*Q-berekening vermenigvuldigt het Zorginstituut per klasse de normbedragen met de werkelijke verzekerdenaantallen en sommeert het de berekende producten. Omdat het Zorginstituut de hogekostencompensatie ggz bij de eerste voorlopige vaststelling nog niet toepast, gaat het uit van de normbedragen zonder correctie voor de hogekostencompensatie. Dit zijn de normbedragen in bijlage 3 van de Rrv (kosten van geneeskundige ggz). Bij de P*Q-berekening past het Zorginstituut criteriumneutraliteit toe overeenkomstig de bepalingen in artikel 11, vierde lid, van de Rrv.

Vervolgens past het Zorginstituut de twee rekenstappen van het flankerend beleid toe (zie artikel 3.12, eerste en tweede lid, van het Bzv). Deze rekenstappen zijn gelijk aan de rekenstappen die hiervoor zijn beschreven voor het deelbedrag variabele zorgkosten. Het Zorginstituut brengt het aan de zorgverzekeraar toegerekende bedrag in mindering op het herberekende normatieve bedrag.

Na de toepassing van het flankerend beleid past het Zorginstituut de bandbreedteregeling voor de geneeskundige ggz toe (zie artikel 3.16, van het Bzv). Hiervoor berekent het Zorginstituut eerst het resultaat op het deelbedrag als het verschil tussen het herberekende normatieve bedrag na toepassing van het flankerend beleid en de kosten van geneeskundige ggz. Vervolgens berekent het Zorginstituut per zorgverzekeraar het resultaat op het deelbedrag per premieplichtige door het berekende resultaat te delen door het aantal premieplichtigen van de betreffende zorgverzekeraar. Op vergelijkbare wijze berekent het Zorginstituut het gemiddelde (markt)resultaat en het gemiddelde resultaat per premieplichtige. Aan de hand van de resultaten per premieplichtige bepaalt het Zorginstituut vervolgens welk deel van het resultaat op het deelbedrag buiten de bandbreedte valt en welk deel daarvan wordt herverdeeld over de zorgverzekeraars. Dit laatste deel wordt aangeduid als het nacalculatiebedrag. Het Zorginstituut hanteert hierbij de drempelwaarden en het nacalculatiepercentage zoals vastgelegd in artikel 17a, tweede lid, van de Rrv.

Tot slot berekent het Zorginstituut het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige ggz per zorgverzekeraar als de som van het herberekende normatieve bedrag na toepassing van het flankerend beleid en het berekende nacalculatiebedrag.

Opbrengst van de nominale rekenpremie

Het Zorginstituut herberekent de opbrengst van de nominale rekenpremie op basis van het werkelijke aantal verzekerden (zie artikel 3.19, tweede lid, van het Bzv). Daarbij past het Zorginstituut de bepalingen van artikel 18, eerste lid, van de Rrv toe. Het Zorginstituut berekent de opbrengst door het werkelijke aantal premieplichtigen te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie.

Bij de ex-ante-toekenning en de lenteherberekening baseert het Zorginstituut de correctie voor gedetineerden op de ex ante detentiefactor. Bij de eerste voorlopige vaststelling gaat het Zorginstituut voor deze correctie uit van het werkelijke bedrag aan nominale rekenpremie dat de zorgverzekeraar als gevolg van de detentie van verzekerden niet int. Hiervoor gebruikt het Zorginstituut de door zorgverzekeraars in de jaarstaat opgegeven gedeelde inkomsten aan nominale rekenpremies. Het Zorginstituut berekent de opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de gedeelde inkomsten in mindering te brengen op de herberekende opbrengst.

Normatieve opbrengst van het verplicht eigen risico

Het Zorginstituut herberekent de normatieve opbrengst van het verplicht eigen risico op basis van het werkelijke aantal verzekerden (zie artikel 3.19, tweede lid, van het Bzv). Daarbij past het Zorginstituut de bepalingen in artikel 18, tweede en derde lid, van de Rrv toe.

Het Zorginstituut berekent de normatieve opbrengst op vergelijkbare wijze als beschreven in hoofdstuk II waarbij de berekening op één onderdeel afwijkt. Het Zorginstituut baseert de correctie voor de detentie van verzekerden, overeenkomstig de bepalingen in artikel 18, tweede lid, van de Rrv, op de werkelijke gedeelde inkomsten als gevolg van detentie. Hiervoor gebruikt het Zorginstituut de (ex post) detentiefactor. Het Zorginstituut berekent deze factor op basis van de jaarstaat van zorgverzekeraars door de opgegeven gedeelde inkomsten aan nominale rekenpremies te delen door de opbrengst van nominale rekenpremie van alle premieplichtigen inclusief gedetineerden.

Tot slot berekent het Zorginstituut de normatieve opbrengst van het verplicht eigen risico per zorgverzekeraar door de berekende correctie voor detentie in mindering te brengen op de herberekende opbrengst.

HOOFDSTUK V DE TWEDE VOORLOPIGE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE

In het tweede en derde jaar na het vereveningsjaar ontvangt het Zorginstituut gegevensbestanden met kostengegevens. Op basis van deze gegevens kan het Zorginstituut voor de laatste vijf vereveningscriteria de definitieve indeling van verzekerden in risicoklassen bepalen. De kostengegevens zijn daarnaast van invloed op de toepassing van verschillende ex-post-maatregelen.

Het Zorginstituut stelt daarom in september van het derde jaar na het vereveningsjaar op grond van artikel 3.20 van het Bzv de vereveningsbijdrage voor de tweede keer voorlopig vast. Bij deze herberekening past het Zorginstituut, naast de in hoofdstuk IV beschreven ex-post-maatregelen, ook de hogekostencompensatie toe.

Update indeling in risicoklassen

Op basis van de nieuwe kostengegevens bepaalt het Zorginstituut de definitieve indeling van verzekerden in risicoklassen van IBZ_C, MHK_C, MHK_G, MVV_C en HHK_C. Daarmee is voor alle vereveningscriteria de definitieve indeling van verzekerden in risicoklassen bepaald.

Toepassing en volgorde hogekostencompensatie

Bij de tweede voorlopige vaststelling past het Zorginstituut de hogekostencompensatie somatisch toe op het deelbedrag variabele zorgkosten en de hogekostencompensatie ggz op het deelbedrag kosten van geneeskundige ggz. Zoals beschreven in hoofdstuk IV, baseert het Zorginstituut de inzet van ex-post-maatregelen en de volgorde waarin het deze maatregelen per bestandsdeel toepast op de bepalingen in het Bzv en de Rrv. Het Zorginstituut past de hogekostencompensatie voor beide deelbedragen toe na flankerend beleid (zie tabel 4 in hoofdstuk IV).

Herberekening vereveningsbijdrage

Bij de tweede voorlopige vaststelling herberekent het Zorginstituut het normatieve bedrag, de vereveningsbijdrage en de bijbehorende bestanddelen. Daarbij verwerkt het Zorginstituut de definitieve indeling van verzekerden voor de vijf hiervoor beschreven vereveningscriteria en de definitieve kostengegevens bij de toepassing de ex-post-maatregelen. Voor de herberekening van het normatieve bedrag, de vereveningsbijdrage, het deelbedrag vaste zorgkosten, de opbrengst van de nominale rekenpremie en de normatieve opbrengst van het verplicht eigen risico hanteert het Zorginstituut dezelfde rekenwijze als bij de eerste voorlopige vaststelling. Voor de herberekening van de deelbedragen variabele zorgkosten en kosten van geneeskundige ggz voert het Zorginstituut aanvullende rekenstappen uit vanwege de toepassing van de hogekostencompensatie bij de tweede voorlopige vaststelling.

Deelbedrag variabele zorgkosten

Het Zorginstituut bepaalt eerst opnieuw de werkelijke variabele zorgkosten. Vervolgens herberekent het Zorginstituut het normatieve bedrag variabele zorgkosten ($P \times Q$ -berekening). Hiervoor gebruikt het Zorginstituut opnieuw het somatisch model en gaat het uit van het werkelijke aantal verzekerden en hun indeling in risicoklassen. Daarnaast gaat het Zorginstituut, overeenkomstig artikel 11, tweede lid, van de Rrv, uit van normbedragen met een correctie voor de hogekostencompensatie: de normbedragen in bijlage 2 van de Rrv (variabele zorgkosten). Daarmee gebruikt het Zorginstituut een andere set van normbedragen dan bij de eerste voorlopige vaststelling. Op deze normbedragen past het Zorginstituut criteriumneutraliteit toe overeenkomstig de bepalingen in artikel 11, vierde lid, van de Rrv.

Vervolgens past het Zorginstituut opnieuw de rekenstappen van flankerend beleid toe (zie de rekenstappen beschreven in hoofdstuk IV).

Na toepassing van het flankerend beleid past het Zorginstituut de hogekostencompensatie toe (zie art. 3.12b, van het Bzv). Hierbij volgt het Zorginstituut de bepalingen in artikel 16 van de Rrv. Voor de toepassing bepaalt het Zorginstituut eerst per zorgverzekeraar het deel van de variabele zorgkosten van iedere verzekerde dat wordt meegenomen in de hogekostencompensatie (de HKC-pool). Hierbij hanteert het Zorginstituut de in de Rrv genoemde kostendrempels en percentages. Vervolgens berekent het Zorginstituut de verhouding tussen de landelijke totale kosten in de HKC-pool en het landelijk herberekende normatieve bedrag na toepassing van het flankerend beleid. Op basis van deze verhouding rekent het Zorginstituut de kosten van de HKC-pool toe aan de zorgverzekeraars. De toerekening vindt plaats op basis van de berekende verhouding en het normatieve bedrag van de betreffende zorgverzekeraar.

Tot slot berekent het Zorginstituut het tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten per zorgverzekeraar door het toegerekende bedrag in mindering te brengen op het herberekende normatieve bedrag na toepassing van het flankerend beleid.

Deelbedrag kosten van geneeskundige ggz

Het Zorginstituut bepaalt, overeenkomstig in hoofdstuk IV beschreven rekenwijze, eerst de werkelijke kosten van geneeskundige ggz. Vervolgens herberekent het Zorginstituut het normatieve bedrag kosten van geneeskundige ggz ($P \times Q$ -berekening). Hiervoor gebruikt het Zorginstituut opnieuw het ggz-model en gaat het uit van het werkelijk aantal verzekerden en hun indeling in risicoklassen. Daarnaast

gaat het Zorginstituut overeenkomstig artikel 11, tweede lid, van de Rrv, uit van normbedragen met een correctie voor de hogekostencompensatie: de normbedragen in bijlage 4 van de Rrv (kosten van geneeskundige ggz). Daarmee gebruikt het Zorginstituut, evenals bij de herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten, een andere set van normbedragen dan bij de eerste voorlopige vaststelling. Op deze normbedragen past het Zorginstituut criteriumneutraliteit toe overeenkomstig artikel 11, vierde lid, van de Rrv.

Vervolgens past het Zorginstituut opnieuw de rekenstappen van het flankerend beleid toe (zie de rekenstappen beschreven in hoofdstuk IV).

Na toepassing van het flankerend beleid past het Zorginstituut de hogekostencompensatie toe (zie art. 3.12a, van het Bzv). Hierbij volgt het Zorginstituut de bepalingen in artikel 17 van de Rrv. Voor de toepassing bepaalt het Zorginstituut eerst de drempelwaarde op basis van de in de Rrv genoemde percentielwaarde en de werkelijke kosten van geneeskundige ggz van alle verzekerden. Vervolgens bepaalt het Zorginstituut per zorgverzekeraar het deel van de kosten van geneeskundige ggz van iedere verzekerde dat wordt meegenomen in de hogekostencompensatie (de HKC-pool). Hierbij gaat het Zorginstituut uit van de berekende drempelwaarde en het in de Rrv genoemde nacalculatiepercentage. Daarna berekent het Zorginstituut de verhouding tussen de landelijke totale kosten in de HKC-pool en het landelijk herberekende normatieve bedrag na toepassing van het flankerend beleid. Op basis van deze verhouding rekent het Zorginstituut de kosten van de HKC-pool toe aan zorgverzekeraars. De toerekening vindt plaats op basis van de berekende verhouding en het normatieve bedrag van de betreffende zorgverzekeraar. Vervolgens berekent het Zorginstituut het herberekende normatieve bedrag na hogekostencompensatie door het toegerekende bedrag in mindering te brengen op het herberekende normatieve bedrag na toepassing van het flankerend beleid.

Na de rekenstappen voor de hogekostencompensatie past het Zorginstituut de bandbreedteregeling voor de geneeskundige ggz toe (zie de rekenstappen beschreven in hoofdstuk IV). Hierbij gaat het Zorginstituut uit van het herberekende normatieve bedrag na hogekostencompensatie.

Tot slot berekent het Zorginstituut het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige ggz per zorgverzekeraar als de som van het herberekende normatieve bedrag (na hogekostencompensatie) en het berekende nacalculatiebedrag.

HOOFDSTUK VI DE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE (DEFINITIEVE VASTSTELLING)

Zoals beschreven in het algemene deel van deze toelichting beoordeelt de Nederlandse Zorgautoriteit de juistheid en volledigheid van de door de zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders aangeleverde informatie. Indien nodig kan de Nederlandse Zorgautoriteit een zorgverzekeraar of Wlz-uitvoerder opdragen de aangeleverde gegevens te corrigeren en opnieuw aan te leveren bij het Zorginstituut.¹⁶

De Nederlandse Zorgautoriteit beoordeelt een gegevensbestand in de maanden nadat dit bij het Zorginstituut is aangeleverd. De meeste gegevensbestanden die voor de tweede voorlopige vaststelling zijn gebruikt, zijn daarom op dat moment al beoordeeld. Aan het begin van het vierde jaar na het vereveningsjaar zijn alle voor de definitieve vaststelling gebruikte gegevensbestanden beoordeeld.

Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage daarom op grond van artikel 34 van de Zvw in maart van het vierde jaar na afloop van het vereveningsjaar definitief vast. Met deze definitieve vaststelling wordt de vereveningscyclus na zes jaar afgerond.

Als geen correcties nodig zijn, is de definitief vastgestelde vereveningsbijdrage gelijk aan de bij de tweede voorlopige vaststelling berekende vereveningsbijdrage.

Herberekening vereveningsbijdrage

Voor de berekening van het normatieve bedrag, de vereveningsbijdrage en de daarbij behorende bestanddelen hanteert het Zorginstituut dezelfde rekenwijze als beschreven in hoofdstuk V.

HOOFDSTUK VII DE UITKERING VOOR DE UITVOERINGSKOSTEN

Zoals beschreven in het algemene deel van deze toelichting verstrekt het Zorginstituut aan zorgverzekeraars een aanvullende uitkering voor de uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar (zie artikel 3.22 van het Bzv). Net als bij de vereveningsbijdrage bepaalt het Zorginstituut de hoogte

¹⁶ In de Regeling structurele aanlevering gegevens Zvw en Wlz worden de verantwoordelijkheden van het Zorginstituut, de Nederlandse Zorgautoriteit en de gegevensleveranciers, bestaande uit zorgverzekeraars, en Wlz-uitvoerders, nader toegelicht. Daarnaast geeft de regeling de vier categorieën waarin het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit besluiten tot heraanlevering van gegevens.

van deze uitkering in vijf opvolgende besluiten. Het Zorginstituut neemt deze besluiten gelijktijdig met de besluiten over de vereveningsbijdrage.

Berekening uitkering voor de uitvoeringskosten

Het Zorginstituut berekent de hoogte van de uitkering overeenkomstig artikel 3.22, tweede lid, van het Bzv. Daartoe vermenigvuldigt het Zorginstituut het vaste bedrag per verzekerde uit artikel 20 van de Rrv, met het aantal verzekerden jonger dan achttien jaar op de peildatum 30 juni van het vereveningsjaar.

Bij de ex ante toekenning van de vereveningsbijdrage en de lenteherberekening baseert het Zorginstituut het aantal geraamde verzekerden jonger dan achttien jaar op de peildatum 30 juni van het vereveningsjaar uit de verzekerdenraming. Bij de lenteherberekening schaaft het Zorginstituut de berekende uitkering, net als de herberekende toegekende vereveningsbijdrage, om het werkelijke aantal verzekerden in het betreffende vereveningsjaar te verwerken. Hiervoor gebruikt het Zorginstituut dezelfde quotiënt voor de betreffende zorgverzekeraar als bij de schaling van de vereveningsbijdrage.

Bij de eerste voorlopige vaststelling, de tweede voorlopige vaststelling en de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage gaat het Zorginstituut uit van het werkelijke aantal verzekerden jonger dan achttien jaar op de peildatum 30 juni van het vereveningsjaar.

HOOFDSTUK VIII DE BETALINGEN

Op grond van artikel 20 van de Rrv legt het Zorginstituut in dit hoofdstuk de wijze van betaling van de vereveningsbijdrage en de uitkering voor de uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar vast. Daarnaast legt het Zorginstituut in dit hoofdstuk de rente en de wijze waarop het de rente berekent vast.

Beschikking

Het Zorginstituut betaalt de toegekende vereveningsbijdrage en de uitkering voor de uitvoeringskosten gelijktijdig uit aan de zorgverzekeraars. De besluiten over de toekenning van deze bedragen legt het Zorginstituut vast in een beschikking die het Zorginstituut toezendt aan de zorgverzekeraars. In de beschikking wordt onderscheid gemaakt tussen de verschillende bestanddelen van de vereveningsbijdrage en de uitkering voor uitvoeringskosten.

Bij de ex ante toekenning van de vereveningsbijdrage en de lenteherberekening legt het Zorginstituut tevens het betaalschema in de beschikking vast. Volgens dit tweejarig schema betaalt het Zorginstituut de vereveningsbijdrage en de uitkering voor uitvoeringskosten in maandelijkse termijnen uit aan de zorgverzekeraars.

Omrekening naar nettobedragen

Zoals beschreven in het algemene deel van deze toelichting worden de kosten van Zvw-prestaties, naast het normatieve bedrag, mede gedekt uit de opbrengsten van de nominale premie en het verplicht eigen risico. Daarom rekent het Zorginstituut de brutobedragen van de drie deelbedragen en de uitkering voor uitvoeringskosten per zorgverzekeraar om naar netto uit te betalen bedragen. Daartoe berekent het Zorginstituut per zorgverzekeraar een bruto-netto factor aan de hand van de onderstaande formule:

$$\text{Bruto-netto factor} = \frac{\text{deelbedrag variabele zorgkosten} + \text{deelbedrag vaste zorgkosten} + \text{deelbedrag kosten van geneeskundige ggz} + \text{uitkering voor uitvoeringskosten} - \text{opbrengst nominale rekenpremie}}{\text{deelbedrag variabele zorgkosten} + \text{deelbedrag vaste zorgkosten} + \text{deelbedrag kosten van geneeskundige ggz} + \text{uitkering voor uitvoeringskosten}} \quad (\text{formule 1})$$

Betaalschema

Het tweejarig betaalschema beschrijft per maand het percentage van de toegekende deelbedragen, de uitkering voor de uitvoeringskosten, en de normatieve opbrengst aan verplicht eigen risico dat wordt betaald.¹⁷ Zoals toegelicht in de Rrv, houdt het betaalschema rekening met de declaratiepatronen van

¹⁷ Het Zorginstituut stelt het betaalschema op in het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar en legt deze voor in de Werkgroep Uitvoering Risicoverevening (WUR). Na akkoord legt het Zorginstituut het betaalschema vast in deze Beleidsregels.

verschillende kostensoorten zoals de kosten van verpleging en verzorging en de kosten van ggz. Daarnaast houdt het betaalschema rekening met het patroon waarin verzekerden het verplicht eigen risico betalen.¹⁸ Voor de uitkering voor de uitvoeringskosten hanteert het Zorginstituut twaalf gelijke maandelijkse termijnen.

Omrekening naar nettobedragen

Voor de omrekening naar maandelijkse bedragen vermenigvuldigt het Zorginstituut ieder nettobedrag met het percentage dat in het betaalschema voor de betreffende maand en het betreffende bestanddeel is opgenomen. Daarnaast rekent het Zorginstituut de normatieve opbrengst van het verplicht eigen risico om naar maandelijkse bedragen door deze opbrengst te vermenigvuldigen met de percentages uit het betaalschema.

Daarna berekent het Zorginstituut de maandtermijnen. Daartoe neemt het Zorginstituut eerst de som van de berekende maandbedragen van de drie deelbedragen en de uitkering voor uitvoeringskosten. Vervolgens brengt het Zorginstituut daarop het corresponderende maandbedrag van de normatieve opbrengst van het verplicht eigen risico in mindering.

Herberekening maandelijks uit te betalen termijnen

Het Zorginstituut herberekent de vereveningsbijdrage en de uitkering voor uitvoeringskosten bij de lenteherberekening en bij de eerste voorlopige, tweede voorlopige en definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage. Bij iedere herberekening berekent het Zorginstituut opnieuw de maandtermijnen. Vervolgens verrekent het Zorginstituut het verschil tussen de reeds betaalde maandtermijnen en de herberekende maandtermijnen.

Verrekening met maandtermijnen uit (andere) vereveningsjaren

Verrekening van resterende maandtermijnen

Als gevolg van de tweejarige looptijd van het betaalschema vallen de eerste twaalf maandtermijnen van het vereveningsjaar samen met de resterende twaalf maandtermijnen uit het betaalschema van het voorafgaande vereveningsjaar. Het Zorginstituut verrekent daarom de resterende maandtermijnen van het voorafgaande vereveningsjaar met de corresponderende maandtermijnen van het lopende vereveningsjaar. Deze verrekening wordt in de onderstaande figuur geïllustreerd.

Kalenderjaar 2027												
Resterende maandtermijnen vereveningsjaar 2026	Jan 13	Feb 14	Mrt 15	Apr 16	Mei 17	Jun 18	Jul 19	Aug 20	Sep 21	Okt 22	Nov 23	Dec 24
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Maandtermijnen vereveningsjaar 2027	Jan 1	Feb 2	Mrt 3	Apr 4	Mei 5	Jun 6	Jul 7	Aug 8	Sep 9	Okt 10	Nov 11	Dec 12
Uit te betalen termijnen in kalenderjaar 2027	13+1	14+2	15+3	16+4	17+5	18+6	19+7	20+8	21+9	22+10	23+11	24+12

Figuur 2. Verrekening met resterende maandtermijnen uit het voorafgaande vereveningsjaar. Dit schema herhaalt zich voor het opvolgende vereveningsjaar waarin de resterende termijnen (maandtermijn 13 tot en met 24) van vereveningsjaar 2027 worden verrekend met de eerste termijnen (maandtermijnen 1 tot en met 12) van vereveningsjaar 2028.

Verrekening bij de lenteherberekening

Bij de lenteherberekening verrekent het Zorginstituut het verschil tussen de reeds betaalde en de herberekende maandtermijnen met de uit te betalen maandtermijn van mei in het vereveningsjaar. Daarmee vindt deze verrekening plaats binnen hetzelfde vereveningsjaar. De grondslag voor deze verrekening is artikel 3.10a van het Bzv.

¹⁸ Het Zorginstituut neemt, in tegenstelling tot de normatieve opbrengst van het verplicht eigen risico, de opbrengst van de nominale rekenpremie niet mee in het betaalschema omdat het Zorginstituut deze opbrengst niet over zorgverzekeraars herverdeelt.



Verrekening bij voorlopige en definitieve vaststellingen

Bij de voorlopige en definitieve vaststellingen verrekent het Zorginstituut het verschil met de uit te betalen maandtermijn van een later vereveningsjaar. De grondslag voor deze verrekening is artikel 34, zesde lid, van de Zvw.

Betaalspecificatie

Wanneer het Zorginstituut bij een voorlopige of definitieve vaststelling een verschil verrekent met een maandtermijn van een later vereveningsjaar, legt het deze verrekening vast in een afzonderlijke beschikking: de betaalspecificatie. In de betaalspecificatie specificeert het Zorginstituut de te verrekenen bedragen uit de vaststelling of vaststellingen, het bedrag van de maandtermijn waarmee het verschil wordt verrekend en het uiteindelijke bedrag dat het Zorginstituut aan de zorgverzekeraar uitbetaalt of van de zorgverzekeraar terugvordert.

Bij de lenthherberekening legt het Zorginstituut de verrekening vast in de beschikking waarin het de herberekening van de vereveningsbijdrage vaststelt.

Rente

Op grond van artikel 34, vijfde lid, van de Zvw zijn het Zorginstituut en de zorgverzekeraars over en weer rente verschuldigd over de hiervoor beschreven verschillen die ontstaan na een herberekening. De rente compenseert de zorgverzekeraar voor het bedrag dat hij van het Zorgverzekeringsfonds tegoed heeft en vormt een rentelast voor de zorgverzekeraar wanneer deze een bedrag te veel heeft ontvangen.

Voor het vaststellen van de rentepercentages gaat het Zorginstituut uit van het gemiddelde van de maandrentes van het Euro Interbank Offered Rate (Euribortarief) voor driemaands termijngelden zonder onderpand.¹⁹ Het Zorginstituut hanteert de Euribor-tarieven om aan te sluiten bij de werkwijze waarop het Rijk zijn rentepercentages vaststelt.²⁰

Het Zorginstituut heeft enkele weken nodig om een voorlopige of definitieve vaststelling voor te bereiden. Daardoor zijn de rentepercentages over de laatste twee kalendermaanden voorafgaand aan de maand van financiële afrekening op het moment van berekening nog niet bekend. Voor deze twee maanden hanteert het Zorginstituut daarom het meest recent beschikbare driemaands rentepercentage. Voor de voorlopige vaststellingen is dit het rentepercentage van juli en voor de definitieve vaststelling het rentepercentage van januari.

Renteberekening

Voor de renteberekening hanteert het Zorginstituut samengestelde rente. De rente wordt op maandbasis berekend. Het Zorginstituut berekent daarom over iedere maand rente over het saldo met het Zorgverzekeringsfonds van die maand. Overeenkomstig artikel 34, vijfde lid, van de Zvw rekent het Zorginstituut de berekende rente af bij de voorlopige en definitieve vaststelling. Het Zorginstituut berekent de rente vanaf het moment waarop de eerste uitbetaling op grond van het betaalschema heeft plaatsgevonden tot de datum waarop het de betreffende vaststelling financieel afrekent.²¹

HOOFDSTUK IX SLOTBEPALINGEN

In dit hoofdstuk zijn de slotbepalingen opgenomen, bestaande uit de inwerkingtreding van de Beleidsregels en de citeertitel.

Voorzitter Raad van Bestuur
M.J. Janssen

¹⁹ De driemaands rentepercentages worden maandelijks gepubliceerd op website van de European Money Markets Institute www.emmi-benchmarks.eu.

²⁰ Het Ministerie van Financiën gaat bijvoorbeeld uit van Euribor-tarieven bij de rekening-courant binnen van overheden zoals bijvoorbeeld het Zorginstituut.

²¹ Het Zorginstituut rekent de rente vanaf januari van het vereveningsjaar tot en met september van het jaar na het vereveningsjaar (eerste voorlopige vaststelling), tot en met september van het derde jaar na het vereveningsjaar (tweede voorlopige vaststelling), en tot en met maart van het vierde jaar na het vereveningsjaar (definitieve vaststelling).