



Beleidsregels van de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland van 8 oktober 2024, kenmerk 2024021132, voor de toekenning en vaststelling van de vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars 2025 (Beleidsregels Risicoverevening 2025)

De Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland,

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

Besluit:

1 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 2025 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 vereveningskenmerk. 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;

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;

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 2025. De verantwoording van de macroverzekerdenraming is opgenomen in de Verantwoording Verzekerdenraming 2025 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;

PER: opgave van zorgverzekeraars met per gepseudonimiseerd burgerservicenummer de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand, geboortjaar, 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. Het PKB-bestand voor gegevensjaar t is een koppeling van de PER, VPPER en OBSN-bestanden over jaar t, aangeleverd op 1 juni van jaar t (PER) of t+1 (VPPER, OBSN);

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 het betreffende vereveningsjaar;

Rzv: Regeling zorgverzekering;

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 2025 niet het gehele jaar verzekerd is en in 2024 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 2025 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;

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

verzekerde die in het buitenland woont: een persoon die een zorgverzekering heeft afgesloten en geen ingezetene van Nederland is. Dit wordt bepaald aan de hand van de opgave van zorgverzekeraars in het PER of VPPER;

VPPER: opgave van zorgverzekeraars met per gepseudonimiseerd burgerservicenummer de verzekerde periode en de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand, geboortjaar, 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-groootaandeelhouders 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, geboortjaar 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 2025 en de berekening van de normatieve bedragen en de vereveningsbijdragen ervan uit dat alle zorgverzekeraars die gedurende 2024 zorgverzekeringen hebben aangeboden ook in 2025 zorgverzekeringen zullen aanbieden.

2 HOOFDSTUK II TOEKENNING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 2.1 Algemene bepaling voor de raming van de verzekerdenaantallen

1. Het Zorginstituut baseert de raming van de verzekerdenaantallen 2025 op de macroverzekerdenraming en het PER 2024.
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 2025 die gepubliceerd wordt op de website www.zorginstituutnederland.nl.

Artikel 2.2 De verzekerdenaantallen 2025 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, HSM_C, MHK_C, MVV_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 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 2025 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 2025 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 DKG_C', 'Geen FDG_C' en 'Geen MVV_C' en niet worden ingedeeld bij MHK_C-klasse '2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 15 procent' 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 het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium L5G op:
 - a. de indeling in L5G-klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 1 van deze Beleidsregels; en
 - b. het PER 2024.
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 het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium FKG_C op:
 - a. de indeling in FKG_C-klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 2 van deze Beleidsregels;

- b. de opgave per 1 juni 2024 van declaraties farmaceutische zorg 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut;
 - c. de opgave per 1 juni 2024 van declaraties add-on geneesmiddelen 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut; en
 - d. de opgave per 1 juni 2023 van declaraties farmaceutische zorg 2022 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met d, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PER 2024 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 2 van deze Beleidsregels, in welke FKG_C-klassen een verzekerde wordt ingedeeld. Aan de verzekerde koppelt het Zorginstituut een zwaarte gelijk aan de verzekeringsperiode in het PKB 2023 voor de betreffende klassen.
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 2023. 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. 'Kanker o.b.v. add-on';
 - g. 'Maculadegeneratie o.b.v. add-on';
 - h. 'Extreem hoge kosten cluster 1';
 - i. 'Extreem hoge kosten cluster 2';
 - j. 'Extreem hoge kosten cluster 3'; en
 - k. '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 2024 voor het eerst voorkomen per FKG_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2024 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 het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium FKG_G op:
 - a. de indeling in FKG_G klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 3 van deze Beleidsregels; en
 - b. de opgave per 1 juni 2024 van declaraties farmaceutische zorg 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PER 2024 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 3 van deze Beleidsregels, in welke FKG_G-klassen een verzekerde wordt ingedeeld. Aan de verzekerde koppelt het Zorginstituut een zwaarte gelijk aan de verzekeringsperiode in het PKB 2023 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 2024 voor het eerst voorkomen per FKG_G-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2024 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 het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium DKG_C op:
 - a. de indeling in DKG_C-klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 4 van deze Beleidsregels; en
 - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2024 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's die in 2022 geopend zijn.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2023 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 4 van deze Beleidsregels, 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 2023.
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 2023 voor het eerst voorkomen per DKG_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB 2023 toe.
5. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2024 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 2024 voor het eerst voorkomen per DKG_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2024 toe.
7. 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.
8. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium DKG_C naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 2.9 DKG_G

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium DKG_G op:
 - a. de indeling in DKG_G klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 5 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2024 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle GGZ-prestaties in 2022;
 - c. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2023 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle prestaties generalistische Basis-GGZ in 2021 en van alle dbc's GGZ en zzp's GGZ die in 2021 geopend zijn;
 - d. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2022 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's GGZ en zzp's GGZ die in 2020 geopend zijn;
 - e. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2021 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's GGZ en zzp's GGZ die in 2019 geopend zijn;
 - f. de opgave van Vektis per 19 juni 2023 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle prestaties generalistische Basis-GGZ in 2021 en van alle dbc's GGZ die in 2021 geopend zijn, waarbij de prestaties representatief zijn gemaakt voor het Zorgprestatiemodel; en
 - g. de opgave van Vektis per 25 mei 2022 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle prestaties generalistische Basis-GGZ in 2020 en van alle dbc's GGZ die in 2020 geopend zijn, waarbij de prestaties representatief zijn gemaakt voor het Zorgprestatiemodel.
2. Het Zorginstituut selecteert de prestaties generalistische Basis-GGZ, ambulante dbc's en de verblijfsdbc's en zzp's GGZ met verblijfsdagen in 2021 uit de gegevens bedoeld in het eerste lid,

onderdeel c. Het Zorginstituut past een bewerking op de verblijfsdagen toe zodanig dat alleen de verblijfsdagen in 2021 meegenomen worden.

3. Het Zorginstituut selecteert de verblijfsdbc's GGZ met verblijfsdagen in 2021 uit de gegevens bedoeld in het eerste lid, onderdeel d. Het Zorginstituut past een bewerking op de verblijfsdagen toe zodanig dat alleen de verblijfsdagen in 2021 meegenomen worden.
4. Het Zorginstituut selecteert de prestaties generalistische Basis-GGZ en ambulante dbc's uit de gegevens bedoeld in het eerste lid, onderdeel f.
5. Het Zorginstituut koppelt met het gepseudonimiseerd burgerservicenummer de gegevens uit het tweede lid aan de gegevens uit het derde en vierde lid. Bij overlappende prestaties vervangt het Zorginstituut de behandelminuten door de behandelminuten uit de gegevens bedoeld in het vierde lid.
6. Het Zorginstituut selecteert de prestaties generalistische Basis-GGZ, ambulante dbc's en de verblijfsdbc's en zzp's GGZ met verblijfsdagen in 2020 uit de gegevens bedoeld in het eerste lid, onderdeel d. Het Zorginstituut past een bewerking op de verblijfsdagen toe zodanig dat alleen de verblijfsdagen in 2020 meegenomen worden.
7. Het Zorginstituut selecteert de verblijfsdbc's GGZ met verblijfsdagen in 2020 uit de gegevens bedoeld in het eerste lid, onderdeel e. Het Zorginstituut past een bewerking op de verblijfsdagen toe zodanig dat alleen de verblijfsdagen in 2020 meegenomen worden.
8. Het Zorginstituut selecteert de prestaties generalistische Basis-GGZ en ambulante dbc's uit de gegevens bedoeld in het eerste lid, onderdeel g.
9. Het Zorginstituut koppelt met het gepseudonimiseerd burgerservicenummer de gegevens uit het zesde lid aan de gegevens uit het zevende en achtste lid. Bij overlappende prestaties vervangt het Zorginstituut de behandelminuten door de behandelminuten uit de gegevens bedoeld in het achtste lid.
10. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het resultaat van het vijfde en negende lid en aan het PKB 2023. Het Zorginstituut bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 5 van deze Beleidsregels, 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 2023.
11. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2023 voor het eerst voorkomen per DKG_G-klasse de gemiddelde prevalentie voor de betreffende klasse van de overige verzekerden in het PKB 2023 toe.
12. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2024 en past hierop een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
13. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PER 2024 voor het eerst voorkomen per DKG_G-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2024 toe.
14. 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.
15. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium DKG_G naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 2.10 FDG_C

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium FDG_C op:
 - a. de indeling in FDG_C-klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 6 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave per 1 juni 2024 van declaraties fysiotherapie en oefentherapie 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut; en
 - c. het PKB 2023.

2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PER 2024 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 6 van deze Beleidsregels, in welke FDG_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 2023.
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 2024 voor het eerst voorkomen per FDG_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2024 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 het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium IBZ_C op:
 - a. de indeling in IBZ_C-klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 7 van deze Beleidsregels;
 - b. de som van de kosten over 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2024 aan het Zorginstituut hebben aangeleverd van:
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg; en
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg;
 - c. de som van de kosten 2021 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2024 aan het Zorginstituut hebben aangeleverd van:
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg; en
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg;
 - d. de opgave per 18 juni 2024 van kosten verloskunde voor medisch-specialistische zorg en verblijf gezonde zuigelingen 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van Vektis aan het Zorginstituut; en
 - e. de opgave per 6 juni 2024 van kosten verloskunde voor medisch-specialistische zorg en verblijf gezonde zuigelingen 2021 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van Vektis aan het Zorginstituut.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met e, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2022 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 7 van deze Beleidsregels, 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 2023.
3. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2023 en past hierop een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
4. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium IBZ_C de toepasselijke trendfactor toe. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2023 voor het eerst voorkomen per IBZ_C-klasse de gemiddelde prevalentie voor de betreffende klasse van de overige verzekerden in het PKB 2023 toe.
5. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2024 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 2024 voor het eerst voorkomen per IBZ_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2024 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.

Artikel 2.12 HSM_C

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium HSM_C op:
 - a. de indeling in HSM_C-klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 8 van deze Beleidsregels; en
 - b. de kenmerkindelingen in FKG_C, DKG_C, FDG_C, MHK_C, MVV_C voor vereveningsjaar 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer zoals bepaald door het Zorginstituut ten behoeve van de eerste voorlopige vaststelling volgens de Beleidsregels Risicoverevening 2022.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PER 2024 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 8 van deze Beleidsregels, in welke HSM_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 2023.
3. Het Zorginstituut past hierop een sterftecorrectie toe op basis van de uitval tussen PKB 2023 en 2022.
4. Het Zorginstituut deelt de verzekerden die in het PER 2024 voor het eerst voorkomen in bij de klasse 'Geen HSM_C'.
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 2.13 MHK_C

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MHK_C op:
 - a. de indeling in MHK_C-klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 9 van deze Beleidsregels;
 - b. de kosten over 2020 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten tot en met 31 december 2022, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2023 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd, exclusief kosten verpleging en verzorging;
 - c. de opgave per 31 mei 2023 van kosten kraamzorg, kosten verloskunde en kosten integrale geboortezorg 2020 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van Vektis aan het Zorginstituut;
 - d. de kosten over 2021 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten tot en met 31 december 2023, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2024 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 kosten over 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2024 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd, exclusief kosten van:
 - verpleging en verzorging;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg; en
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - f. de opgave per 18 juni 2024 van kosten verloskunde voor medisch-specialistische zorg en verblijf gezonde zuigelingen 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van Vektis aan het Zorginstituut;
 - g. de opgave per 6 juni 2024 van kosten verloskunde voor medisch-specialistische zorg en verblijf gezonde zuigelingen 2021 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van Vektis aan het Zorginstituut;
 - h. de opgave per 6 juni 2024 van kosten verloskunde voor medisch-specialistische zorg en verblijf gezonde zuigelingen 2020 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van Vektis aan het Zorginstituut;
 - i. de opgave van de zorgkantoren per 1 juni 2024 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle Wlz-prestaties in 2023;

- j. de opgave per 6 juni 2024 van extramurale prestaties van het persoonsgebonden budget 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van Vektis aan het Zorginstituut; en
 - k. het PKB 2020, PKB 2021 en PKB 2022.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met k, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2023 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 9 van deze Beleidsregels, in welke MHK_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
 3. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2023 voor het eerst voorkomen de relatieve prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2021 toe.
 4. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2024. Op de verzekerden die in het PER 2024 voor het eerst voorkomen past het Zorginstituut de relatieve prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2022 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 2022, 2021 en 2020 van de Overall Toets 2025.

Artikel 2.14 MHK_G

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MHK_G op:
 - a. de indeling in MHK_G-klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 10 van deze Beleidsregels;
 - b. de kosten over 2018 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg exclusief kosten voor langdurige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2020, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2021 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - c. de kosten over 2019 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg exclusief kosten voor langdurige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2021, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2022 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - d. 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;
 - 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 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2024 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd; en
 - g. het PKB 2018, PKB 2019, PKB 2020, PKB 2021 en PKB 2022.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met g, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2023 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 10 van deze Beleidsregels, in welke MHK_G-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2023 voor het eerst voorkomen de relatieve prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2021 toe.
4. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2024. Op de verzekerden die in het PER 2024 voor het eerst voorkomen past het Zorginstituut de relatieve prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2022 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 2021, 2020, 2019, 2018 en 2017 van de Overall Toets 2024.

Artikel 2.15 MVV_C

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MVV_C op:
 - a. de indeling in MVV_C-klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 11 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd volgens het PKB 2023;
 - c. de kosten verpleging en verzorging 2020 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2022, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2023 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - d. de kosten verpleging en verzorging 2021 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2023, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2024 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - e. de kosten verpleging en verzorging 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2024 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - f. de opgave van de zorgkantoren per 1 juni 2024 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle Wlz-prestaties in 2023;
 - g. de opgave per 6 juni 2024 van extramurale prestaties van het persoonsgebonden budget 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van Vektis aan het Zorginstituut; en
 - h. het PKB 2020, PKB 2021 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 2023 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 11 van deze Beleidsregels, in welke MVV_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2023 voor het eerst voorkomen de relatieve prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2021 toe.
4. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2024. Op de verzekerden die in het PER 2024 voor het eerst voorkomen past het Zorginstituut de relatieve prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2022 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 MVV_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen MVV_C' in.
7. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium MVV_C 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 2022, 2021 en 2020 van de Overall Toets 2025.

Artikel 2.16 AVI

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium AVI op:
 - a. de indeling in AVI-klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 12 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd volgens het PKB 2023;
 - c. de zelfstandigen volgens het zelfstandigenbestand 2024;
 - d. de zelfstandigen volgens het zelfstandigenbestand 2023;
 - e. de duurzaam en volledig arbeidsongeschikten, de overige arbeidsongeschikten, de bijstandsgerechtigden, de werklozen en de loontrekkers volgens het UWV-bestand met peildatum

- 30 juni 2023 en de eerdere UWV-bestanden tot en met 2018;
- f. de studenten en hoogopgeleiden volgens de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2023;
 - g. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2023;
 - h. het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2023 in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2023; en
 - i. de historische indeling van AVI uit 2018 tot en met 2022.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met i, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2023 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 12 van deze Beleidsregels, in welke AVI-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
 3. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2024, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant 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 2.17 SES

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium SES op:
 - a. de indeling in SES-klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 13 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd volgens het PKB 2023;
 - c. het inkomen volgens de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2021;
 - d. het inkomen volgens de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2022 wanneer voor 2021 geen gegevens beschikbaar zijn;
 - e. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2023;
 - f. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2023 wanneer een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2023;
 - g. de opgave van de zorgkantoren per 1 juni 2024 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle Wlz-prestaties in 2023;
 - h. de opgave per 6 juni 2024 van extramurale prestaties van het persoonsgebonden budget 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van Vektis aan het Zorginstituut; en
 - i. de indeling in DKG_G-klassen zoals beschreven in Artikel 2.9.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid onderdeel b tot en met i, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2023 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 13 van deze Beleidsregels, in welke SES-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2024, 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 2.18 PPA

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium PPA op:
 - a. de indeling in PPA-klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand PPA dat is opgenomen in Bijlage 14 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd volgens het PKB 2023;
 - c. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2022;
 - d. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2022 wanneer een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2022;
 - e. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belasting-

- dienstbestand over 2023 wanneer een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB 2022;
 - f. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2023 wanneer een verzekerde ook niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2023;
 - g. de opgave van de zorgkantoren per 1 juni 2024 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle Wlz-prestaties in 2023; en
 - h. de opgave per 6 juni 2024 van extramurale prestaties van het persoonsgebonden budget 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van Vektis aan het Zorginstituut;
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met h, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2023 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 14 van deze Beleidsregels, in welke PPA-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
 3. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2024, 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 2.19 SEI

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium SEI op:
 - a. de indeling in SEI-klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 15 van deze Beleidsregels; en
 - b. het PER 2024.
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 2023 en het PKB 2022 verzekerden als seizoenarbeider aan overeenkomstig de definitie in Artikel 1.1.
5. Het Zorginstituut bepaalt het aandeel seizoenarbeiders door het aantal seizoenarbeiders in 2023 uit het vierde lid te delen door het aantal verzekerden dat in het buitenland woont volgens het PKB 2023.
6. Het Zorginstituut bepaalt vervolgens het geraamde aantal seizoenarbeiders 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 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 door het verschil te nemen tussen het geraamde aantal verzekerden uit het tweede lid en het derde lid

Artikel 2.20 REG_C

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium REG_C op:
 - a. de indeling in REG_C-klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 16 van deze Beleidsregels; en
 - b. de viercijferige postcode volgens het PER 2024.
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 2.21 REG_G

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium REG_G op:
 - a. de indeling in REG_G-klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 17 van deze Beleidsregels; en
 - b. de viercijferige postcode volgens het PER 2024.
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 2.22 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 2.23 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, HSM_C, MHK_C, MVV_C, AVI, SES, PPA, SEI en REG_C de gewichten, bedoeld in Artikel 2.22, 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 2025.

Artikel 2.24 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 2025 door het macro-deelbedrag vaste zorgkosten te delen door het landelijk totaal van het aantal geraamde verzekerden 2025 en het resultaat af te ronden op twee decimalen.
2. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het geraamde aantal verzekerden 2025 met het gewicht vaste zorgkosten 2025, zoals berekend in het eerste lid.
3. Het resultaat na toepassing van het tweede lid wordt aangeduid als het deelbedrag vaste zorgkosten 2025.

Artikel 2.25 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 2.26 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 2.25, 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 2025.

Artikel 2.27 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 DKG_C', 'Geen FDG_C', en 'Geen MVV_C' en niet zijn ingedeeld bij de MHK_C-klasse '2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 15 procent' 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 2.28 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 2.27, 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 Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar de geraamde opbrengst per verzekerde met de verzekerden van achttien jaar of ouder die niet bedoeld zijn in Artikel 2.27, eerste lid. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat na toepassing van het tweede lid.
4. 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 0,06837 procent.
5. Het resultaat na toepassing van het vierde lid wordt aangeduid als normatieve opbrengst van het eigen risico 2025.

Artikel 2.29 De berekening van het normatieve bedrag en de berekening en toekenning van de vereveningsbijdrage

1. Het Zorginstituut berekent het normatieve bedrag 2025 van een zorgverzekeraar als de som van het deelbedrag variabele zorgkosten 2025, het deelbedrag vaste zorgkosten 2025 en het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2025.
2. Het Zorginstituut berekent de opbrengst van de nominale rekenpremie 2025 per zorgverzekeraar door de geraamde aantallen verzekerden van achttien jaar of ouder 2025 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2025.
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 0,06837 procent.
4. Het Zorginstituut berekent de vereveningsbijdrage 2025 voor een zorgverzekeraar door op het normatieve bedrag 2025, bedoeld in het eerste lid, de normatieve opbrengst van het eigen risico 2025 zoals bepaald in Artikel 2.28, vijfde lid, en de op grond van het tweede en derde lid berekende opbrengst van de nominale rekenpremie 2025 in mindering te brengen.

3 HOOFDSTUK III DE HERBEREKENING VAN DE TOEGEKENE BIJDRAGE (LENTEHERBEREKENING)

Artikel 3.1 Herberekeningen als gevolg van splitsing van de zorgverzekeraar

1. Indien een zorgverzekeraar na de toekenning van de vereveningsbijdrage 2025 besluit zich te splitsen, verzoekt het Zorginstituut de zorgverzekeraar om mee te delen hoe naar zijn verwachting de geraamde verzekerdenaantallen 2025 verdeeld zullen worden, over nieuwe dan wel bestaande zorgverzekeraars als gevolg van de splitsing.
2. Het Zorginstituut kan de toegekende vereveningsbijdrage herzien en bijdragen aan nieuwe dan wel bestaande zorgverzekeraars toekennen, rekening houdend met de meegedeelde geraamde verzekerdenaantallen en het tijdstip waarop de splitsing wordt gerealiseerd.

Artikel 3.2 De herberekening en herziening van de toegekende bijdrage 2025

1. Het Zorginstituut baseert de herberekening van de vereveningsbijdrage op de verzekerdenaantallen 2025 volgens de opgaven van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut op 7 maart 2025.
2. Het Zorginstituut herberekent de vereveningsbijdrage 2025, zoals toegekend op grond van Artikel 2.29, vierde lid, per zorgverzekeraar en betreft daarbij de verzekerden die, volgens opgave van Vektis, op peildatum 15 februari 2025 zijn ingeschreven bij die zorgverzekeraar.
3. Het Zorginstituut voert de herberekening van de toegekende vereveningsbijdrage 2025 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 2025 uit het tweede lid en vermenigvuldigt per zorgverzekeraar de uitkomst hiervan met de op grond van het tweede lid herberekende vereveningsbijdrage 2025.
4. Het Zorginstituut herzielt de op grond van Artikel 2.29, vierde lid, toegekende vereveningsbijdrage 2025 overeenkomstig de herberekening bedoeld in het derde lid.

4 HOOFDSTUK IV DE EERSTE VOORLOPIGE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE VOOR EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 4.1 Algemene bepaling verzekerdenaantallen

1. Het Zorginstituut voert de correcties door die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast over 2025 bij de vaststelling van de verzekerdenaantallen 2025.
2. Het Zorginstituut bepaalt de verzekerdenaantallen 2025 met inachtneming van het bepaalde in dit artikel en met inachtneming van Artikel 2.2, 2.3 en 2.4.
3. Het Zorginstituut baseert de bepaling van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar op het PKB 2025.
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 Artikel 4.20, Artikel 4.21, Artikel 4.23, Artikel 4.25 en Artikel 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 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 1 van deze Beleidsregels; en
 - b. het PKB 2025.
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 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 2 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave per 1 juni 2025 van declaraties farmaceutische zorg 2024 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut; en
 - c. de opgave per 1 juni 2026 van declaraties add-on geneesmiddelen 2024 van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
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 2 van deze Beleidsregels, 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 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 3 van deze Beleidsregels; en
 - b. de opgave per 1 juni 2025 van declaraties farmaceutische zorg 2024 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2025 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 3 van deze Beleidsregels, 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 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 4 van deze Beleidsregels; en
 - b. de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2026 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's die in 2024 geopend zijn;
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2025 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 4 van deze Beleidsregels, 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 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 5 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2026 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle GGZ-prestaties in 2024;
 - c. de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2025 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle GGZ-prestaties in 2023;
 - d. de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2024 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle GGZ-prestaties in 2022; en
 - e. de raming van de Nederlandse Zorgautoriteit van de directe en indirecte behandelminuten per prestatie onder het Zorgprestatiemodel, zoals vastgelegd in de Verantwoording tarieven Zorgprestatiemodel.
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 tot en met d, na toepassing van het derde lid, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2025. Het Zorginstituut bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 5 van deze Beleidsregels, 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 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 6 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave per 1 juni 2025 van declaraties fysiotherapie en oefentherapie 2024 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut; en
 - c. 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 6 van deze Beleidsregels, 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 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 7 van deze Beleidsregels;
 - b. de som van de kosten 2024 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2026 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd van:
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg; en
 - verloskunde voor medisch-specialistische zorg en verblijf gezonde zuigelingen;
 - c. de som van de kosten 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2025, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2026 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd van:
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg; en
 - verloskunde voor medisch-specialistische zorg en verblijf gezonde zuigelingen.
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 7 van deze Beleidsregels, 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 HSM_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium HSM_C op:
 - a. de indeling in HSM_C-klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 8 van deze Beleidsregels; en
 - b. de kenmerkindelingen in FKG_C, DKG_C, FDG_C, MHK_C, MVV_C voor vereveningsjaar 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer zoals bepaald door het Zorginstituut ten behoeve van de definitieve vaststelling volgens Beleidsregels vereveningsbijdrage Zvw 2022.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2025 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 8 van deze Beleidsregels, 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 4.10 MHK_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MHK_C op:
 - a. de indeling in MHK_C-klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 9 van deze Beleidsregels;
 - b. 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;
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg; en

- verloskunde voor medisch-specialistische zorg en verblijf gezonde zuigelingen;
 - 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;
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg; en
 - verloskunde voor medisch-specialistische zorg en verblijf gezonde zuigelingen;
 - d. 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;
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg; en
 - verloskunde voor medisch-specialistische zorg en verblijf gezonde zuigelingen;
 - e. de opgave van de zorgkantoren per 1 juni 2026 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle Wlz-prestaties in 2025; en
 - f. het PKB 2022, PKB 2023 en PKB 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 9 van deze Beleidsregels, 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 4.11 MHK_G

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MHK_G op:
- a. de indeling in MHK_G-klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 10 van deze Beleidsregels;
 - b. de kosten over 2020 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg exclusief kosten voor langdurige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2022, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2023 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - c. de kosten over 2021 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg exclusief kosten voor langdurige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2023, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2024 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 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 2024 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2026 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd; en
 - g. het PKB 2020, PKB 2021, PKB 2022, 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 10 van deze Beleidsregels, 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 4.12 MVV_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MVV_C op:
- a. de indeling in MVV_C-klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 11 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd volgens het PKB 2025;
 - c. 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;
- d. 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;
 - e. de kosten verpleging en verzorging 2024 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2026 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - f. de opgave van de zorgkantoren per 1 juni 2026 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle Wlz-prestaties in 2025; en
 - g. het PKB 2022, PKB 2023 en PKB 2024.
2. Het Zorginstituut koppelt de opgaven, 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 11 van deze Beleidsregels, 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 4.13 AVI

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium AVI op:
 - a. de indeling in AVI-klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 12 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd volgens het PKB 2025;
 - c. de zelfstandigen volgens het zelfstandigenbestand 2026;
 - d. de zelfstandigen volgens het zelfstandigenbestand 2025;
 - e. de duurzaam en volledig arbeidsongeschikten, de overige arbeidsongeschikten, de bijstandsgerechtigden, de werklozen en de loontrekkers volgens het UWV-bestand met peildatum 30 juni 2025 en de eerdere UWV-bestanden tot en met 2020;
 - f. de studenten en de hoogopgeleiden volgens de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2025;
 - g. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2025;
 - h. het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2025 in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2025; en
 - i. de historische indeling van AVI uit 2020 tot en met 2024.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met i, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2025 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 12 van deze Beleidsregels, in welke AVI-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.14 SES

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium SES op:
 - a. de indeling in SES-klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 13 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd volgens het PKB 2025;
 - c. het inkomen volgens de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2023;
 - d. het inkomen volgens de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2024 wanneer voor 2023 geen gegevens beschikbaar zijn;
 - e. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2025;
 - f. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2025 wanneer een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2025;
 - g. de opgave van de zorgkantoren per 1 juni 2026 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle Wlz-prestaties in 2025; en
 - h. de indeling in DKG_G-klassen zoals beschreven in Artikel 4.6.
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 13 van deze Beleidsregels, in welke SES klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.15 PPA

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium PPA op:
 - a. de indeling in PPA-klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand PPA dat is opgenomen in Bijlage 14 van deze Beleidsregels;
 - 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 van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle Wlz-prestaties 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 14 van deze Beleidsregels, in welke PPA-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.16 SEI

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium SEI op:
 - a. de indeling in SEI-klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 15 van deze Beleidsregels;
 - b. het PKB 2024; en
 - c. het PKB 2025.
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 definitie in Artikel 1.1, in welke SEI-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.17 REG_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium REG_C op:
 - a. de indeling in REG_C-klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 16 van deze Beleidsregels; en
 - b. de viercijferige postcode volgens het PKB 2025.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het eerste lid in welke REG_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.18 REG_G

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium REG_G op:
 - a. de indeling in REG_G-klassen 2025 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 17 van deze Beleidsregels; en
 - b. de viercijferige postcode volgens het PKB 2025.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het eerste lid in welke REG_G-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.19 Criteriumneutraliteit voor deelbedrag variabele zorgkosten 2025

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 en vijfde lid, van de Rrv. Het Zorginstituut gaat bij deze herberekening uit van de tabellen uit bijlage 1 van de Rrv.

Artikel 4.20 De voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2025

1. Het Zorginstituut bepaalt de variabele zorgkosten 2025 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor de gezamenlijke zorgverzekeraars op basis van de opgave jaarstaat 2025 per 1 mei 2026 en met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 14 van de Rrv.

2. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag variabele zorgkosten 2025 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor het totaal van de verzekerden 2025 van alle zorgverzekeraars gezamenlijk met de op grond van Artikel 4.19 herberekende gewichten en overeenkomstig de in Artikel 2.22 en 2.23 beschreven rekenwijze.
3. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor variabele zorgkosten 2025 door de variabele zorgkosten 2025 voor de gezamenlijke zorgverzekeraars te delen door het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2025 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 2025 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 2025 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 2025.

Artikel 4.21 De voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2025

1. Het Zorginstituut bepaalt de vaste zorgkosten 2025 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk op basis van de opgave jaarstaat 2025 per 1 mei 2026 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 2025 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met het gewicht vaste zorgkosten 2025, berekend in Artikel 2.24, 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 2025, 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 2025.

Artikel 4.22 Criteriumneutraliteit voor het deelbedrag kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2025

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 en vijfde lid, van de Rrv. Het Zorginstituut gaat bij deze herberekening uit van de tabellen uit bijlage 3 van de Rrv.

Artikel 4.23 De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2025

1. Het Zorginstituut bepaalt de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2025 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor de gezamenlijke zorgverzekeraars op basis van de opgave jaarstaat 2025 per 1 mei 2026 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 2025 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar of ouder 2025 van alle zorgverzekeraars gezamenlijk met de op grond van Artikel 4.22 herberekende gewichten en overeenkomstig de in Artikel 2.25 en 2.26 beschreven rekenwijze.

3. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2025 voor verzekerden van achttien jaar of ouder door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2025 voor de gezamenlijke zorgverzekeraars te delen door het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2025 voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar of ouder 2025 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 2025 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 2025 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 2025:
 - a. bepaalt het Zorginstituut per zorgverzekeraar het verschil tussen het resultaat in het zevende lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2025 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 2025 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 3.16 van het Bzv 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 2025.

Artikel 4.24 Criteriumneutraliteit voor de normatieve opbrengst van het eigen risico 2025

Het Zorginstituut herberekent het gewicht van de in bijlage 7, tabel 7.3, van de Rrv, genoemde aanpassingsklassen overeenkomstig de bepalingen in artikel 18, derde lid, van de Rrv.

Artikel 4.25 De voorlopige herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2025

1. Het Zorginstituut herberekent de normatieve opbrengst van het eigen risico 2025 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar of ouder 2025 van alle zorgverzekeraars gezamenlijk met de gewichten in de tabellen uit bijlage 5 van de Rrv met de op grond van Artikel 4.24 herberekende gewichten en overeenkomstig de in Artikel 2.27 en 2.28 beschreven rekenwijze.
2. In afwijking van Artikel 2.28, vierde 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 2025.

Artikel 4.26 De voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2025 en de voorlopige herberekening en voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage 2025

1. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag 2025 voor de eerste voorlopige vaststelling als de som van het voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2025, het voorlopige herberekende deelbedrag vaste zorgkosten 2025 en het voorlopig herberekende deelbedrag kosten

van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2025.

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 2025 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2025.
3. Het Zorginstituut vermindert het resultaat na toepassing van het tweede lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in de opgave jaarstaat 2025 per 1 mei 2026 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 2025 voor de eerste voorlopige vaststelling door de som van het herberekende normatieve bedrag 2025, bedoeld in het eerste lid, te verminderen met de voorlopig herberekende normatieve opbrengst van het eigen risico, bedoeld in Artikel 4.25, en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het tweede en derde lid.
5. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage 2025 in september 2026 voorlopig vast ter hoogte van de in het vierde lid berekende bijdrage.

5 HOOFDSTUK V DE TWEEDE VOORLOPIGE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE VOOR EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 5.1 Algemene bepaling

Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag voor de tweede keer voorlopig met inachtneming van de kosten 2025 uit de opgave jaarstaat 2027 per 1 mei 2028, de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast en de bepalingen uit dit hoofdstuk.

Artikel 5.2 Bepaling van de verzekerdenaantallen 2025

1. Het Zorginstituut voert de correcties door die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast bij de verzekerdenaantallen 2025.
2. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium IBZ_C met:
 - a. 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 voor medisch-specialistische zorg en verblijf gezonde zuigelingen;
 - b. de som van de kosten 2024 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2026, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2027 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd van:
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg; en
 - verloskunde voor medisch-specialistische zorg en verblijf gezonde zuigelingen;
3. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium MHK_C met 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; en
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg;
 - verloskunde voor medisch-specialistische zorg en verblijf gezonde zuigelingen.
4. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium MHK_G met de kosten over 2024 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2026, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2027 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
5. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium MVV_C met 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.

6. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium AVI met
 - a. de zelfstandigen volgens het zelfstandigenbestand 2025; en
 - b. de zelfstandigen volgens het zelfstandigenbestand 2028.
7. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium SES met het inkomen volgens de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2024. Indien een verzekerde niet is opgenomen in de opgave over 2024, maakt het Zorginstituut gebruik van de opgave over 2025.
8. Het Zorginstituut past het bepaalde in Artikel 5.1 en 5.2, eerste tot en met zevende lid, toe bij Artikel 5.4, Artikel 5.5, Artikel 5.7 en Artikel 5.8.

Artikel 5.3 Criteriumneutraliteit voor het deelbedrag variabele zorgkosten 2025 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 en vijfde lid, van de Rrv.

Artikel 5.4 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2025

1. Het Zorginstituut bepaalt de variabele zorgkosten 2025 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 2025 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor het totaal van de verzekerden 2025 van alle zorgverzekeraars gezamenlijk met de op grond van Artikel 5.3 herberekende gewichten en overeenkomstig de in Artikel 2.22 en 2.23 beschreven rekenwijze.
3. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor variabele zorgkosten 2025 door de variabele zorgkosten 2025 voor de gezamenlijke zorgverzekeraars te delen door het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2025 voor de gezamenlijke zorgverzekeraars.
4. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor de gezamenlijke zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2025 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 2025 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 2025.

Artikel 5.5 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2025

Het Zorginstituut herberekent voor de tweede keer voorlopig het deelbedrag vaste zorgkosten 2025 per zorgverzekeraar overeenkomstig Artikel 4.21.

Artikel 5.6 Criteriumneutraliteit voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2025 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 en vijfde lid, van de Rrv.

Artikel 5.7 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2025

1. Het Zorginstituut bepaalt de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2025 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor de gezamenlijke zorgverzekeraars, met inachtneming van artikel 12, 13 en 14 van de Rrv.
2. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2025 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar of ouder 2025 van alle zorgverzekeraars gezamenlijk met de op grond van Artikel 5.6 herberekende gewichten en overeenkomstig de in Artikel 2.25 en 2.26 beschreven rekenwijze.
3. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2025 voor verzekerden van achttien jaar of ouder door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2025 voor de gezamenlijke zorgverzekeraars te delen door het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2025 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 2025 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 2025 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 2025:
 - a. bepaalt het Zorginstituut per zorgverzekeraar het verschil tussen het resultaat in het achtste lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2025 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 2025 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 3.16 van het Bzv 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 2025.

Artikel 5.8 De tweede voorlopige herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2025

Het Zorginstituut herberekent voor de tweede keer voorlopig de normatieve opbrengst van het eigen risico 2025 overeenkomstig Artikel 4.25.

Artikel 5.9 De tweede voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2025 en de tweede voorlopige herberekening en de vaststelling van de vereveningsbijdrage 2025

1. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag 2025 voor de tweede voorlopige vaststelling

als de som van het tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2025, het tweede voorlopige herberekende deelbedrag vaste zorgkosten 2025 en het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2025.

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 2025.
3. Het Zorginstituut vermindert het resultaat na toepassing van het tweede lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in zijn jaarstaat 2025 per 1 mei 2026 als gedeelde inkomsten 2025 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 2025 voor de tweede voorlopige vaststelling door de som van het herberekende normatieve bedrag 2025, 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 2025 voor de tweede keer voorlopig vast in september 2028 ter hoogte van de in het vierde lid berekende bijdrage.

6 HOOFDSTUK VI DE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE VOOR EEN ZORGVERZEKERAAR

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 2024 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer en kosten 2025 uit de jaarstaat 2027.
2. Het Zorginstituut past het bepaalde in het eerste lid toe bij Artikel 6.2, Artikel 6.3, Artikel 6.4, Artikel 6.5 en Artikel 6.6.

Artikel 6.2 De definitieve herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2025

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag variabele zorgkosten 2025 per zorgverzekeraar overeenkomstig Artikel 5.4.

Artikel 6.3 De definitieve herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2025

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag vaste zorgkosten 2025 per zorgverzekeraar overeenkomstig Artikel 5.5.

Artikel 6.4 De definitieve herberekening van het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2025

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2025 per zorgverzekeraar overeenkomstig Artikel 5.7.

Artikel 6.5 De definitieve herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2025

Het Zorginstituut herberekent definitief de normatieve opbrengst van het eigen risico 2025 per zorgverzekeraar overeenkomstig Artikel 5.8.

Artikel 6.6 De definitieve herberekening van het normatieve bedrag 2025 en de definitieve herberekening en de vaststelling van de vereveningsbijdrage 2025

1. Het Zorginstituut berekent de definitieve vereveningsbijdrage 2025 per zorgverzekeraar overeenkomstig de berekeningswijze in Artikel 5.9.
2. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage 2025 per zorgverzekeraar in april 2029 definitief vast.

7 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 en bij de lenteherberekening is de hoogte van deze uitkering het product van het aantal geraamde verzekerden jonger dan achttien jaar en het bedrag in artikel 20 van de Rrv.
3. Bij de eerste voorlopige vaststelling, tweede voorlopige vaststelling en definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage is de hoogte van deze uitkering het product van het aantal verzekerden jonger dan achttien jaar en het bedrag in artikel 20 van de Rrv.

8 HOOFDSTUK VIII DE BETALINGEN AAN DE ZORGVERZEKERAARS

Artikel 8.1 Betaling

1. Het Zorginstituut betaalt de zorgverzekeraars de vereveningsbijdrage, bedoeld in Artikel 2.29, vierde lid, uit. Het Zorginstituut maakt bij de betaling onderscheid naar de volgende bestanddelen:
 - a. het deelbedrag variabele zorgkosten 2025;
 - b. het deelbedrag vaste zorgkosten 2025;
 - c. het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2025; en
 - d. een aftrekpost voor de normatieve opbrengst van het eigen risico 2025.
2. Het Zorginstituut betaalt de zorgverzekeraars de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar, bedoeld in Artikel 7.1, eerste lid, gelijktijdig uit met de betaling, bedoeld in het eerste lid.

Artikel 8.2 Betalingsschema

1. Het Zorginstituut bepaalt per zorgverzekeraar de som van de bestanddelen bedoeld in Artikel 8.1, eerste lid, onderdeel a tot en met c, en de uitkering, bedoeld in Artikel 8.1, tweede lid.
2. Het Zorginstituut berekent per zorgverzekeraar de som van de vereveningsbijdrage 2025, bedoeld in Artikel 2.29, vierde lid, de uitkering, bedoeld in Artikel 8.1, tweede lid en de normatieve opbrengst van het eigen risico 2025, zoals bepaald in Artikel 2.28, vijfde lid.
3. Het Zorginstituut deelt het resultaat uit het tweede lid door het resultaat van het eerste lid.
4. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar ieder van de bestanddelen bedoeld in Artikel 8.1 eerste lid, onderdeel a tot en met c, en de uitkering bedoeld in Artikel 8.1, tweede lid, met de uitkomst op grond van het derde lid.
5. De resultaten van het vierde lid worden respectievelijk genoemd als volgt:
 - a. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag variabele zorgkosten 2025;
 - b. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag vaste zorgkosten 2025;
 - c. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2025;
 - d. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op de uitkering in verband met de uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar.
6. Het Zorginstituut vermindert de som van de netto te betalen bedragen, bedoeld in het vijfde lid, onderdeel a tot en met d, met de aftrekpost voor de normatieve opbrengst van het eigen risico 2025, bedoeld in Artikel 8.1, eerste lid, onderdeel d.
7. Het Zorginstituut stelt de maandelijks te betalen termijnen vast aan de hand van het op grond van het zesde lid berekende bedrag en het betalingsschema bedoeld in het twaalfde lid.
8. Het Zorginstituut saldeert de maandelijks te betalen termijnen, bedoeld in het zevende lid, met de resterende te betalen termijnen van de overeenkomstige maand van de op grond van de Beleidsregels risicoverevening 2024 te betalen termijnen.
9. Het Zorginstituut betaalt de in het achtste lid bedoelde termijnen op de eerste werkdag van de maand.

10. Indien na de saldering, bedoeld in het achtste lid, de te betalen termijn per maand op enig moment tot een negatief bedrag leidt, stelt het Zorginstituut dit negatieve bedrag vast en vordert het Zorginstituut het bedrag op de eerste werkdag van de betreffende maand in.
11. Indien de zorgverzekeraar het bedrag bedoeld in het tiende 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.
12. Het betalingsschema luidt als volgt:

Betalingsschema

	Bestanddelen betalingen			
	Variabele en vaste zorgkosten	GGZ	Uitvoeringskosten	Eigen risico opbrengst
Betaalmoment	Artikel 8.2 vierde lid, onder a en b	Artikel 8.2 vierde lid, onder c	Artikel 8.2 vierde lid, onder d	Artikel 8.1 eerste lid, onder d
januari 2025	1,26%	1,89%	8,33%	5,50%
februari 2025	2,26%	5,55%	8,33%	7,83%
maart 2025	3,56%	7,84%	8,34%	9,50%
april 2025	5,39%	8,76%	8,33%	10,60%
mei 2025	6,90%	8,87%	8,33%	10,74%
juni 2025	7,60%	8,90%	8,34%	10,60%
juli 2025	8,65%	8,50%	8,33%	9,40%
augustus 2025	8,80%	8,40%	8,33%	7,15%
september 2025	9,04%	8,40%	8,34%	6,20%
oktober 2025	8,90%	8,53%	8,33%	5,24%
november 2025	8,60%	8,44%	8,33%	4,50%
december 2025	8,15%	8,31%	8,34%	3,90%
januari 2026	7,45%	6,20%	0,00%	3,10%
februari 2026	5,80%	0,91%	0,00%	2,20%
maart 2026	3,81%	0,50%	0,00%	1,62%
april 2026	2,11%	0,00%	0,00%	0,90%
mei 2026	1,20%	0,00%	0,00%	0,30%
juni 2026	0,52%	0,00%	0,00%	0,13%
juli 2026	0,00%	0,00%	0,00%	0,12%
augustus 2026	0,00%	0,00%	0,00%	0,12%
september 2026	0,00%	0,00%	0,00%	0,11%
oktober 2026	0,00%	0,00%	0,00%	0,09%
november 2026	0,00%	0,00%	0,00%	0,08%
december 2026	0,00%	0,00%	0,00%	0,07%

13. Voor een zorgverzekeraar die zich op grond van artikel 25 van de wet aanmeldt bij de Nederlandse Zorgautoriteit nadat het Zorginstituut de bijdragen voor de zorgverzekeraars heeft toegekend, kan het Zorginstituut voor die zorgverzekeraar afwijken van de vorige leden.
14. Het Zorginstituut kan, indien naar zijn oordeel uit nieuwe informatie blijkt dat de verwachting is dat bij de eerstvolgende herberekening of herziening van de vereveningsbijdrage, de vereveningsbijdrage meer dan 5 procent hoger zal zijn dan bij de laatst toegekende of voorlopig vastgestelde vereveningsbijdrage, afwijken van de vorige leden en de betalingen aan een zorgverzekeraar aanpassen.

Artikel 8.3 Aanpassing betalingen

1. Bij de herberekening en herziening van de toegekende vereveningsbijdrage 2025 op grond van Artikel 3.2 herziet het Zorginstituut voor de eerste keer de te betalen termijnen met de percentages uit Artikel 8.2, twaalfde lid. Het Zorginstituut verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de eerste keer herziene termijnen.
2. Bij de eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk IV, herziet het Zorginstituut voor de tweede keer de te betalen termijnen met de percentages uit Artikel 8.2, twaalfde lid. Het Zorginstituut verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de tweede keer herziene termijnen.

3. Bij de tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk V, herziet het Zorginstituut de te betalen termijnen voor de derde keer met de percentages uit Artikel 8.2, twaalfde lid. Het Zorginstituut verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de derde maal herziene termijnen.
4. Bij de definitieve vaststelling van de bijdrage op grond van hoofdstuk VI, stelt het Zorginstituut de te betalen termijnen definitief vast met de percentages uit Artikel 8.2, twaalfde lid. Het Zorginstituut verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de definitief te betalen termijnen.
5. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste, tweede, derde en vierde lid, resulteert in een positief saldo voor de zorgverzekeraar, betaalt het Zorginstituut dat saldo in één keer aan de zorgverzekeraar.
6. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste, tweede, derde en vierde lid, resulteert in een negatief saldo voor de zorgverzekeraar, betaalt de betreffende zorgverzekeraar dat saldo in één keer terug aan het Zorginstituut.

Artikel 8.4 Rente

1. De zorgverzekeraar en het Zorginstituut zijn over en weer rente verschuldigd en hebben over en weer aanspraak op rente over de verschillen, bedoeld in Artikel 8.3.
2. De rente, bedoeld in het eerste lid, wordt bij de eerste voorlopige, tweede voorlopige en de definitieve vaststelling van de uitkering door het Zorginstituut verwerkt en zo mogelijk verrekend met andere betalingen die uit deze vaststellingen voortvloeien.

Artikel 8.5 Renteberekening

1. Bij de verrekening van verschillen, bedoeld in Artikel 8.3, tweede, derde en vierde lid, berekent het Zorginstituut rente over het verschil vanaf de datum waarop het verschil is ontstaan tot de datum waarop de verschillen worden verrekend.
2. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in Artikel 8.3, tweede lid, berekent het Zorginstituut rente vanaf de betaaldatum, bedoeld in Artikel 8.2 en 8.3, eerste en tweede lid, tot de datum van de voorlopige vaststelling van de bijdrage.
3. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in Artikel 8.3, derde lid, berekent het Zorginstituut rente vanaf de betaaldatum, bedoeld in Artikel 8.2 en 8.3, eerste, tweede en derde lid, tot de datum van de tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage.
4. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in Artikel 8.3, vierde lid, berekent het Zorginstituut rente vanaf de betaaldatum, bedoeld in Artikel 8.2 en 8.3 eerste, tweede, derde en vierde lid, tot de datum van de definitieve vaststelling van de bijdrage.
5. Voor een zorgverzekeraar waarvoor krachtens Artikel 8.2, tiende en elfde lid, afwijkende betalingen hebben plaatsgevonden, kan het Zorginstituut bij de renteberekening afwijken van de vorige leden.
6. Het Zorginstituut deelt het bedrag dat de zorgverzekeraar heeft terugbetaald op grond van Artikel 8.3, zesde lid, 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.
7. 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 bij toepassing van het eerste tot en met vijfde lid. Voor de laatste kalendermaand vóór de betaling gaat het Zorginstituut uit van de rente over de voorafgaande kalendermaand.
8. De rente betreft een samengestelde rente en wordt op maandbasis berekend. Bij de berekening wordt een maand op 30 en een jaar op 360 dagen gesteld.
9. Indien de situatie zich voordoet dat het in deze paragraaf bedoelde Euro Interbank Offered Rate (Euribortarief) niet meer kan worden toegepast, zal een zoveel als mogelijk overeenkomstig tarief worden gehanteerd.



9 HOOFDSTUK VIII 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 2024.

Artikel 9.2 Citeertitel

Deze Beleidsregels worden aangehaald als: Beleidsregels risicoverevening 2025.

Deze Beleidsregels worden in de Staatscourant geplaatst, met uitzondering van de bijlagen 1 tot en met 17 (referentiebestanden). Deze bijlagen worden gepubliceerd op de website www.zorginstituutnederland.nl.

M. Janssen
Voorzitter Raad van Bestuur

Goedgekeurd door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij brief van 10.10.2024, kenmerk 3986325-1073335-Z.



Bijlage 1 Referentiebestand L5G vereveningsjaar 2025, behorend bij Artikel 2.5 en Artikel 4.2

Bijlage 2 Referentiebestand FKG_C vereveningsjaar 2025, behorend bij Artikel 2.6 en Artikel 4.3

Bijlage 3 Referentiebestand FKG_G vereveningsjaar 2025, behorend bij Artikel 2.7 en Artikel 4.4

Bijlage 4 Referentiebestand DKG_C vereveningsjaar 2025, behorend bij Artikel 2.8 en Artikel 4.5

Bijlage 5 Referentiebestand DKG_G vereveningsjaar 2025, behorend bij Artikel 2.9 en Artikel 4.6

Bijlage 6 Referentiebestand FDG_C vereveningsjaar 2025, behorend bij Artikel 2.10 en Artikel 4.7

Bijlage 7 Referentiebestand IBZ_C vereveningsjaar 2025, behorend bij Artikel 2.11 en Artikel 4.8

Bijlage 8 Referentiebestand HSM_C vereveningsjaar 2025, behorend bij Artikel 2.12 en Artikel 4.9

Bijlage 9 Referentiebestand MHK_C vereveningsjaar 2025, behorend bij Artikel 2.13 en Artikel 4.10

Bijlage 10 Referentiebestand MHK_G vereveningsjaar 2025, behorend bij Artikel 2.14 en Artikel 4.11

Bijlage 11 Referentiebestand MVV_C vereveningsjaar 2025, behorend bij Artikel 2.15 en Artikel 4.12

Bijlage 12 Referentiebestand AVI vereveningsjaar 2025, behorend bij Artikel 2.16 en Artikel 4.13

Bijlage 13 Referentiebestand SES vereveningsjaar 2025, behorend bij Artikel 2.17 en Artikel 4.14

Bijlage 14 Referentiebestand PPA vereveningsjaar 2025, behorend bij Artikel 2.18 en Artikel 4.15

Bijlage 15 Referentiebestand SEI vereveningsjaar 2025, behorend bij Artikel 2.19 en Artikel 4.16

Bijlage 16 Referentiebestand REG_C vereveningsjaar 2025, behorend bij Artikel 2.20 en Artikel 4.17

Bijlage 17 Referentiebestand REG_G vereveningsjaar 2025, behorend bij Artikel 2.21 en Artikel 4.18

TOELICHTING

Algemeen

Paragraaf 4.2 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) geeft regels voor het toekennen en vaststellen van de vereveningsbijdrage voor de zorgverzekeraars. Artikel 32 van de Zvw bepaalt in het eerste lid dat Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) deze vereveningsbijdrage toekent aan een zorgverzekeraar voorafgaand aan een vereveningsjaar. In de jaren na afloop van het vereveningsjaar stelt het Zorginstituut de bijdrage vast, dit is geregeld in artikel 34 van de Zvw.

Het Besluit zorgverzekering (Bzv) legt in hoofdstuk 3 de basis voor de regels voor de risicoverevening. Nadere uitwerking daarvan vindt plaats in de Regeling risicoverevening (Rrv). De Minister van VWS werkt in de Rrv gedetailleerd uit hoe de risicoverevening voor het jaar zal werken. In de Rrv wordt het macroprestatiebedrag bepaald dat over de zorgverzekeraars wordt verdeeld en de wijze waarop dit gebeurt. De Rrv legt vast met welke vereveningscriteria het macroprestatiebedrag verdeeld wordt en welke gewichten daaraan worden gekoppeld. Het Zorginstituut legt de wijze waarop het de risicoverevening uitvoert, vast in deze Beleidsregels.

Normaal gesproken wordt het Bzv aangepast voordat de Rrv wordt vastgesteld en voordat de Beleidsregels worden vastgesteld. Dat is dit jaar opnieuw anders. Het Bzv zal nog worden gewijzigd. De Minister van VWS stelt een concept-Rrv vast. De definitieve vaststelling van de Rrv vindt plaats nadat het Bzv is gewijzigd. De verwachte wijzigingen van het Bzv en de Rrv 2025 betreffen de afschaffing van de afslagpercentages voor in het buitenland woonachtige verzekerden, het vervallen van het HKG_C criterium en het opnieuw toepassen van de bandbreedte voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in vereveningsjaar 2025. In deze Beleidsregels is op de verwachte wijzigingen geanticipeerd. Indien de wijziging van het Bzv en de vaststelling van de definitieve Rrv 2025 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.

Vereveningscyclus

Het proces van toekennen en vaststellen van de bijdrage verloopt volgens een vereveningscyclus. De basisberekening van de risicoverevening komt in iedere toekenning of vaststelling terug. Hierbij wordt voor iedere risicoklasse van elk vereveningscriterium het verzekerdenaantal vermenigvuldigd met het gewicht. Dit wordt gesommeerd over alle vereveningscriteria en alle risicoklassen. De gewichten worden ook normbedragen genoemd.

Bij het ramen van de verzekerdenaantallen wordt in bepaalde situaties gebruik gemaakt van zogenaamde trend- of correctiefactoren. De toepassing van deze trend- of correctiefactoren is opgenomen in de Verantwoording Verzekerdenraming 2025 die gepubliceerd wordt op de website www.zorginstituutnederland.nl.

Voorafgaand aan het vereveningsjaar (t) kent het Zorginstituut (ex ante) in oktober van jaar t-1 de vereveningsbijdrage aan de zorgverzekeraars toe. De berekening van de ex-antebijdrage staat beschreven in Hoofdstuk II van deze Beleidsregels.

Na de toekenning van de ex-antebijdrage volgt in april van jaar t de zogenoemde 'lenteherberekening'. Deze herberekening is een aanpassing van de ex-antetoekenning op basis van verzekerdenmutaties tussen zorgverzekeraars. Hoofdstuk III beschrijft de lenteherberekening. Op basis hiervan past het Zorginstituut de betalingen aan zoals vastgelegd in Hoofdstuk VIII.

Na afloop van het vereveningsjaar (ex post) stelt het Zorginstituut de bijdrage vast bij de eerste voorlopige vaststelling, de tweede voorlopige vaststelling en de definitieve vaststelling. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage eerst twee keer voorlopig vast, omdat de benodigde gegevens op verschillende momenten beschikbaar komen. Deze voorlopige vaststellingen bieden de zorgverzekeraar tussentijds een indicatie over de definitief vast te stellen bijdrage en verkleinen daarmee de onzekerheid voor de zorgverzekeraar. De eerste voorlopige vaststelling (Hoofdstuk IV) van de vereveningsbijdrage vindt plaats in september van jaar t+1. De tweede voorlopige vaststelling (Hoofdstuk V) vindt plaats in september van jaar t+3. Vanaf de tweede voorlopige vaststelling houdt het Zorginstituut rekening met de rapportages die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft opgesteld en de correcties die daaruit voortvloeien. De definitieve vaststelling (Hoofdstuk VI) vindt plaats in april van jaar t+4.



Wijzigingenoverzicht

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de belangrijkste wijzigingen in de uitvoering van de risicoverevening 2025.

Vereveningskenmerken	
L5G	Geen wijziging.
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. - In vereveningsjaar 2025 wordt geen afslagpercentage meer gehanteerd voor een verzekerde die in het buitenland woont. Een verzekerde die in het buitenland woont wordt ingedeeld in de klasse 'Geen FKG_C' en voor deze verzekerde geldt het gewicht van die klasse.
FKG_G	In vereveningsjaar 2025 wordt geen afslagpercentage meer gehanteerd voor een verzekerde die in het buitenland woont. Een verzekerde die in het buitenland woont wordt ingedeeld in de klasse 'Geen FKG_G' en voor deze verzekerde geldt het gewicht van die klasse.
DKG_C	In vereveningsjaar 2025 wordt geen afslagpercentage meer gehanteerd voor een verzekerde die in het buitenland woont. Een verzekerde die in het buitenland woont wordt ingedeeld in de klasse 'Geen DKG_C' en voor deze verzekerde geldt het gewicht van die klasse.
DKG_G	In vereveningsjaar 2025 wordt geen afslagpercentage meer gehanteerd voor een verzekerde die in het buitenland woont. Een verzekerde die in het buitenland woont wordt ingedeeld in de klasse 'Geen DKG_G' en voor deze verzekerde geldt het gewicht van die klasse.
HKG_C	Het HKG_C-criterium vervalt in 2025. Vanwege de problematiek rondom de registratie van hulpmiddelen is voor modeljaar 2025 onderzoek gedaan naar de vormgeving van het criterium HKG_C (WOR 1205). Als gevolg hiervan is het gehele kenmerk komen te vervallen voor vereveningsjaar 2025.
FDG_C	In vereveningsjaar 2025 wordt geen afslagpercentage meer gehanteerd voor een verzekerde die in het buitenland woont. Een verzekerde die in het buitenland woont wordt ingedeeld in de klasse 'Geen FDG_C' en voor deze verzekerde geldt het gewicht van die klasse.
IBZ_C	- Vanaf vereveningsjaar 2025 worden ook de kosten van verloskunde in de medisch-specialistische zorg inclusief verblijf gezonde zuigelingen meegenomen in het IBZ-criterium. - Er is een leeftijdsrestrictie toegevoegd: alleen verzekerden die op 30 juni in gegevensjaar t 15 tot en met 54 jaar oud zijn worden ingedeeld in het kenmerk.
HSM_C	Vanwege registratieproblemen bij de hulpmiddelen wordt HKG_C van vereveningsjaar t-3 niet meegenomen bij de indeling van verzekerden in HSM_C.
MHK_C	- Vanaf vereveningsjaar 2025 worden de zwangerschapskosten van verzekerden uitgesloten van het MHK-kenmerk. Het gaat hier om kosten voor kraamzorg, verloskunde zorg, integrale geboortezorg, verloskunde in de medisch-specialistische zorg inclusief verblijf gezonde zuigelingen. - De percentielgrenzen zijn herijkt. Dit leidt tot een wijziging in de gehanteerde klassen.
MHK_G	De totale GGZ-kosten inclusief de kosten van intramurale GGZ-zorg in het tweede en derde verblijfsjaar worden voor gegevensjaar 2022, 2023 en 2024 meegeteld in de indeling naar MHK_G-klassen.
MVV_C	Geen wijziging.
AVI	Geen wijziging.
SES	Geen wijziging.
PPA	Vanaf vereveningsjaar 2025 is extramurale Wlz-zorg toegevoegd aan het criterium. Het gaat om volledig pakket thuis, modulair pakket thuis en persoonsgebonden budget. Daarnaast wordt er bij intramurale Wlz-zorg het onderscheid gemaakt tussen wel of geen behandeling. Door deze wijzigingen is de indeling van de klassen veranderd en het totaal aantal klassen gestegen naar 19. Ook is het peilmoment van Wlz-zorg aangepast van december jaar t-1 en december jaar t naar januari en december jaar t. Verder is de ZZZ-prestatielijst uitgebreid met negentien prestaties m.b.t. niet-beïnvloedbare factoren.¹
SEI	Er is een nieuwe klasse toegevoegd voor ingezetene verzekerden.
REG_C	Geen wijziging.
REG_G	Geen wijziging.



Ex post compensatiemechanismen	
Criteriumneutraliteit	• In vereveningsjaar 2025 wordt bij een aantal vereveningscriteria criteriumneutraliteit toegepast. – Integrale klassieke criteriumneutraliteit wordt toegepast op de kenmerken: DKG_C, DKG_G, MHK_C², MHK_G, MVV_C, PPA³. Voor het kenmerk PPA worden de gewichten van de klassen voor eenpersoonshuishoudens en overige huishoudens aangepast om het verschil bij de corresponderende klassen van blijvende en instromende bewoners van een Wlz-instelling teniet te doen (per leeftijdsklasse). – Partiële klassieke criteriumneutraliteit wordt toegepast op het kenmerk FKG_C en AVI⁴. De criteriumneutraliteit voor FKG_C wordt toegepast op de volgende klassen: FKG_C-22 Groeistoornissen o.b.v. add-on, FKG_C-29 Auto-immuunziekten o.b.v. add-on, FKG_C-30 Nieraandoeningen o.b.v. add-on, FKG_C-32 Immunoglobuline o.b.v. add-on, FKG_C-35 COPD/Zware astma o.b.v. add-on, FKG_C-38 Kanker o.b.v. add-on, FKG_C-40 Maculadegeneratie o.b.v. add-on, FKG_C-45 Extreem hoge kosten cluster 1, FKG_C-46 Extreem hoge kosten cluster 2, FKG_C-47 Extreem hoge kosten cluster 3 en FKG_C-48 Extreem hoge kosten cluster 4. De criteriumneutraliteit voor AVI wordt toegepast op de volgende klassen: studenten, zelfstandigen en hoogopgeleiden van 18- tot en met 34-jarigen waarbij de referentiegroep de afslagklasse is voor dezelfde leeftijdsklasse. Bij integrale klassieke criteriumneutraliteit wordt het gewicht van de afslagklasse (bijvoorbeeld Geen DKG_C) ex post zodanig vastgesteld dat de som van de bijdragen van de afslagklasse en alle positieve risicoklassen gelijk is aan nul. De gewichten van de positieve risicoklassen wijzigen niet. Als er sprake is van partiële criteriumneutraliteit wordt de criteriumneutraliteit alleen toegepast op een selectie van risicoklassen binnen een kenmerk.
Bandbreedteregeling GGZ	Geen wijziging.
Flankerend beleid	Geen wijziging.
Hogekostencompensatie variabele zorgkosten	• De drempelwaarde is geïndexeerd met de gemiddelde gewogen kostenontwikkeling voor de somatische Zvw-zorg. Het gaat om een drempelwaarde van 417.880 euro. Boven deze drempelwaarde wordt 75% van de variabele zorgkosten van een verzekerde gecompenseerd.
Hogekostencompensatie GGZ	Geen wijziging.

¹ Vanwege restricties werken de wijzigingen met betrekking tot Wlz-zorg ook door in criteria MHK_C, MVV_C en SES.

² Criteriumneutraliteit geldt ook voor MHK in de herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2025.

³ Criteriumneutraliteit geldt voor PPA in de herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten en het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2025.

⁴ Criteriumneutraliteit geldt ook voor AVI in de herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2025.

M. Janssen

Voorzitter Raad van Bestuur

Goedgekeurd door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij brief van 10.10.2024, kenmerk 3986325-1073335-Z.