



Beleidsregels van de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland van 7 oktober 2025, kenmerk 2025015883, voor de toekenning en vaststelling van de vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars 2026 (Beleidsregels Risicoverevening 2026)

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 2026 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;

HHK_C: HHK als bedoeld in artikel 1 van de Rrv;

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 2026.

De verantwoording van de macroverzekerdenraming is opgenomen in de Verantwoording Verzekerdenraming 2026 die gepubliceerd wordt op de website www.zorginstituutnederland.nl;

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

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

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

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

OKH_C: OKH als bedoeld in artikel 1 van de Rrv;

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 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 2026 niet het gehele jaar verzekerd is en in 2025 niet of niet het gehele jaar is verzekerd;

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

sterftec correctiefactor: een door het Zorginstituut bepaalde factor die per leeftijds- en geslachtscategorie 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 geslachtscategorie voor de betreffende risicoklasse van een bepaald criterium de trendmatige ontwikkeling voor de risicoklasse weergeeft. De trendfactoren zijn opgenomen in de Verantwoording Verzekerdenraming 2026 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;

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;

zorgprestatie model: 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 2026 en de berekening van de normatieve bedragen en de vereveningsbijdragen ervan uit dat alle zorgverzekeraars die gedurende 2025 zorgverzekeringen hebben aangeboden ook in 2026 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 2026 op de macroverzekerdenraming en het PER 2025.
2. Het Zorginstituut deelt verzekerden zonder burgerservicenummer en verzekerden zonder geverifi-



eerd 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 2026 die gepubliceerd wordt op de website www.zorginstituutnederland.nl.

Artikel 2.2 De verzekerdenaantallen 2026 voor het macro-deelbedrag variabele zorgkosten

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

Artikel 2.3 De verzekerdenaantallen 2026 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 2026 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', 'Geen MVV_C' en 'Geen HHK_C' en niet worden ingedeeld bij MHK_C-klasse '2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 15 procent' of hoger, 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 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 1 van deze Beleidsregels; en
 - b. het PER 2025.
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 2026 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;
 - c. de opgave per 1 juni 2024 van declaraties farmaceutische zorg 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut;
 - d. de opgave per 1 juni 2025 van declaraties add-on geneesmiddelen 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut; en
 - e. de leeftijd volgens het PKB 2024.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met e, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PER 2025 en het PKB 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 1 voor de betreffende klassen ingedeeld met gegevens bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, en een zwaarte gelijk aan de verzekeringsperiode in het PKB 2024 voor de betreffende klassen ingedeeld met gegevens bedoeld in het eerste lid, onderdeel d.
3. Het Zorginstituut past op de verzekerden in een aantal FKG_C-klassen een sterftecorrectie toe, waarbij aan de verzekerden een zodanige zwaarte wordt gekoppeld dat de relatieve prevalentie constant blijft met het PKB 2024. 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 2025 voor het eerst voorkomen per FKG_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2025 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 2026 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; en
 - c. de leeftijd volgens het PKB 2024.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PER 2025 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 1 voor de betreffende klassen.

3. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium FKG_G de toepasselijke trendfactor toe. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, bedoeld in het tweede lid, met de toepasselijke trendfactor.
4. Het Zorginstituut past voor verzekerden die in het PER 2025 voor het eerst voorkomen per FKG_G-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2025 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 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 4 van deze Beleidsregels; en
 - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2025 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's die in 2023 geopend zijn; en
 - c. de leeftijd volgens het PKB 2023.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2024 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 2024.
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 2024 voor het eerst voorkomen per DKG_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB 2024 toe.
5. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2025 en past hierop een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
6. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium DKG_C de toepasselijke trendfactor toe. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, bedoeld in het vijfde lid, met de toepasselijke trendfactor.
7. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PER 2025 voor het eerst voorkomen per DKG_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2025 toe.
8. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen DKG_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen DKG_C' in.
9. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium DKG_C naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 2.9 DKG_G

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium DKG_G op:
 - a. de indeling in DKG_G-klassen 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 5 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2025 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle GGZ-prestaties in 2023;
 - c. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2024 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle GGZ-prestaties in 2022;
 - d. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2023 aan het Zorginstituut van de declaraties per

- gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's GGZ en zzp's GGZ die in 2021 geopend zijn;
- e. 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;
 - f. de opgave via 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 leeftijd volgens het PKB 2023, PKB 2022 en PKB 2021.
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 d.
 3. Het Zorginstituut selecteert de verblijfsdbc's GGZ met verblijfsdagen in 2021 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 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 koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan onderdeel c, aan het resultaat van het vijfde lid en aan het PKB 2024. 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 2024.
 7. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2024 voor het eerst voorkomen per DKG_G-klasse de gemiddelde prevalentie voor de betreffende klasse van de overige verzekerden in het PKB 2024 toe.
 8. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2025 en past hierop een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
 9. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PER 2025 voor het eerst voorkomen per DKG_G-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2025 toe.
 10. 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.
 11. 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 2026 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. de leeftijd volgens het PKB 2024.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PER 2025 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 1.

3. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium FDG_C de toepasselijke trendfactor toe. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, bedoeld in het tweede lid, met de toepasselijke trendfactor.
4. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PER 2025 voor het eerst voorkomen per FDG_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2025 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 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 7 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd volgens het PKB 2023;
 - c. de som van de kosten over 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2025 aan het Zorginstituut hebben aangeleverd van:
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg; en
 - verloskunde via medisch-specialistische zorg;
 - d. de som van de kosten 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2025 aan het Zorginstituut hebben aangeleverd van:
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg; en
 - verloskunde via medisch-specialistische zorg;
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met d, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2023 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 2024 en past hierop een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
4. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2024 voor het eerst voorkomen per IBZ_C-klasse de gemiddelde prevalentie voor de betreffende klasse van de overige verzekerden in het PKB 2024 toe.
5. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2025 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 2025 voor het eerst voorkomen per IBZ_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2025 toe.
7. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen IBZ_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen IBZ_C' in.
8. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden in alle klassen van het criterium IBZ_C naar de macroverzekerdenraming.
9. Het Zorginstituut past een correctie toe op IBZ_C-klasse 1 op basis van het gerealiseerde aantal verzekerden in IBZ_C-klasse 1 in 2023.
10. Het Zorginstituut past een correctie toe op de IBZ_C-klassen 2 en 3 op basis van de historische verhouding van het aantal gerealiseerde bevallingen in het criterium IBZ_C ten opzichte van het aantal 0-jarigen in het criterium L5G.

Artikel 2.12 OKH_C

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium OKH_C op:
 - a. de indeling in OKH_C-klassen 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 8 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd volgens het PER 2025; en
 - c. de inschrijfduur volgens het PKB 2024, PKB 2023 en PKB 2022.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PER 2025 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 8 van deze Beleidsregels, in welke OKH_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden in de klassen 1 tot en met 4 naar de verhouding tussen het aantal verzekerden op basis van de indeling volgens het PKB 2024 en de indeling volgens het PER 2024 voor de betreffende klasse.
4. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden in de klassen 5 en 6 van het criterium OKH_C zodanig dat het totaal aantal verzekerden gelijk is aan de macroverzekerdenraming.

Artikel 2.13 HSM_C

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium HSM_C op:
 - a. de indeling in HSM_C-klassen 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 9 van deze Beleidsregels; en
 - b. de kenmerkindelingen in FKG_C, DKG_C, FDG_C, MHK_C, MVV_C voor vereveningsjaar 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer zoals bepaald door het Zorginstituut ten behoeve van de eerste voorlopige vaststelling volgens de Beleidsregels Risicoverevening 2023.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PER 2025 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 9 van deze Beleidsregels, in welke HSM_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut deelt de verzekerden die in het PER 2025 voor het eerst voorkomen in bij de klasse 'Geen HSM_C'.
4. Het Zorginstituut past hierop een sterftecorrectie toe op basis van de uitval tussen PKB 2024 en 2023.
5. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen HSM_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen HSM_C' in.
6. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium HSM_C naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 2.14 MHK_C

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MHK_C op:
 - a. de indeling in MHK_C-klassen 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 10 van deze Beleidsregels;
 - b. de kosten over 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2025 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd, exclusief kosten van:
 - verpleging en verzorging;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg;
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg; en
 - verloskunde via medisch-specialistische zorg;
 - c. de kosten over 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten tot en met 31 december 2024, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2025 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd, exclusief kosten van:
 - verpleging en verzorging;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg;

- verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg; en
 - verloskunde via medisch-specialistische zorg;
 - 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 opgave per 6 juni 2025 van kosten verloskunde via medisch-specialistische zorg 2021 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer via Vektis aan het Zorginstituut;
 - f. de opgave per 25 april 2025 van hulpmiddelenkosten 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer via Vektis aan het Zorginstituut;
 - g. de opgave per 25 april 2025 van hulpmiddelenkosten 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer via Vektis aan het Zorginstituut;
 - h. de opgave per 25 april 2025 van hulpmiddelenkosten 2021 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer via Vektis aan het Zorginstituut;
 - i. de opgave van de zorgkantoren per 1 juni 2025 aan het Zorginstituut per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de declaraties van alle Wlz-prestaties en het toegekende persoonsgebonden budget in 2024;
 - j. de leeftijd volgens het PKB 2024; en
 - k. het PKB 2023, PKB 2022 en PKB 2021.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met k, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2024 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 10 van deze Beleidsregels, in welke MHK_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2024 voor het eerst voorkomen de relatieve prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2022 toe.
4. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2025. Op de verzekerden die in het PER 2025 voor het eerst voorkomen past het Zorginstituut de relatieve prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2023 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 2023, 2022 en 2021 van de Overall Toets 2026.

Artikel 2.15 MHK_G

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MHK_G op:
- a. de deling in MHK_G-klassen 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 11 van deze Beleidsregels;
 - b. de kosten over 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2025 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - c. 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;
 - d. 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;
 - e. 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;
 - f. 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;

- g. de leeftijd volgens het PKB 2024; en
 - h. het PKB 2023, PKB 2022, PKB 2021, PKB 2020 en PKB 2019.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met h, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2024 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 11 van deze Beleidsregels, in welke MHK_G-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
 3. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2024 voor het eerst voorkomen de relatieve prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2022 toe.
 4. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2025. Op de verzekerden die in het PER 2025 voor het eerst voorkomen past het Zorginstituut de relatieve prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2023 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 2022, 2021, 2020, 2019 en 2018 van de Overall Toets 2025.

Artikel 2.16 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 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 12 van deze Beleidsregels;
 - b. de kosten verpleging en verzorging 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2025 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - 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 2021 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2023, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2024 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - e. de opgave van de zorgkantoren per 1 juni 2025 aan het Zorginstituut per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de declaraties van alle Wlz-prestaties en het toegekende persoonsgebonden budget in 2024;
 - f. de leeftijd volgens het PKB 2024; en
 - g. het PKB 2023.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met g, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2024 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 12 van deze Beleidsregels, in welke MVV_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2024 voor het eerst voorkomen de relatieve prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2022 toe.
4. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2025. Op de verzekerden die in het PER 2025 voor het eerst voorkomen past het Zorginstituut de relatieve prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2023 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 2023, 2022 en 2021 van de Overall Toets 2026.

Artikel 2.17 HHK_C

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium HHK_C op:
 - a. de indeling in HHK_C-klassen 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 13 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave per 25 april 2025 van hulpmiddelenkosten 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer via Vektis aan het Zorginstituut;
 - c. de opgave per 25 april 2025 van hulpmiddelenkosten 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer via Vektis aan het Zorginstituut;
 - d. de opgave per 25 april 2025 van hulpmiddelenkosten 2021 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer via Vektis aan het Zorginstituut; en
 - e. het PKB 2023.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met e, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2024 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 13 van deze Beleidsregels, in welke HHK_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2024 voor het eerst voorkomen de relatieve prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2022 toe.
4. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2025. Op de verzekerden die in het PER 2025 voor het eerst voorkomen past het Zorginstituut de relatieve prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2023 toe.
5. Vervolgens past het Zorginstituut een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
6. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium HHK_C naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 2.18 AVI

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium AVI op:
 - a. de indeling in AVI-klassen 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 14 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd volgens het PKB 2024;
 - c. de zelfstandigen volgens het zelfstandigenbestand 2025;
 - d. de zelfstandigen volgens het zelfstandigenbestand 2024;
 - e. de duurzaam en volledig arbeidsongeschikten, de overige arbeidsongeschikten, de bijstandsgerechtigden, de werklozen en de loontrekkers volgens het UWV-bestand met peildatum 30 juni 2024 en de eerdere UWV-bestanden tot en met 2019;
 - f. de studenten en hoogopgeleiden volgens de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2024;
 - g. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2024;
 - h. het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2024 in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2024; en
 - i. de historische indeling van AVI uit 2019 tot en met 2023.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met i, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2024 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 14 van deze Beleidsregels, in welke AVI-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2025, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie per AVI-klasse, zoals bepaald in het tweede lid, gehandhaafd blijft.

4. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium AVI naar de macroverzekerdenraming, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie per AVI-klasse constant blijft.

Artikel 2.19 SES

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium SES op:
 - a. de indeling in SES-klassen 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 15 van deze Beleidsregels;
 - b. het inkomen volgens de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2022;
 - c. het inkomen volgens de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2023 wanneer voor 2022 geen gegevens beschikbaar zijn;
 - d. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2024;
 - e. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2024 wanneer een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2024;
 - f. de opgave van de zorgkantoren per 1 juni 2025 aan het Zorginstituut per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de declaraties van alle Wlz-prestaties en het toegekende persoonsgebonden budget in 2024;
 - g. de indeling in DKG_G-klassen zoals beschreven in Artikel 2.9;
 - h. de leeftijd volgens het PKB 2024; en
 - i. het PKB 2023 en 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 2024 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 15 van deze Beleidsregels, in welke SES-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2025, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
4. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium SES naar de macroverzekerdenraming, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie per SES-klasse constant blijft.

Artikel 2.20 PPA

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium PPA op:
 - a. de indeling in PPA-klassen 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand PPA dat is opgenomen in Bijlage 16 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd volgens het PKB 2024;
 - c. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2023;
 - d. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2023 wanneer een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2023;
 - e. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2024 wanneer een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB 2023;
 - f. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2024 wanneer een verzekerde ook niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2024; en
 - g. de opgave van de zorgkantoren per 1 juni 2025 aan het Zorginstituut per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de declaraties van alle Wlz-prestaties en het toegekende persoonsgebonden budget in 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 2024 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 16 van deze Beleidsregels, in welke PPA-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2025, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
4. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium PPA naar de



macroverzekerdenraming, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie per klasse constant blijft.

Artikel 2.21 SEI

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium SEI op:
 - a. de indeling in SEI-klassen 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 17 van deze Beleidsregels; en
 - b. de indicatie niet-ingezetenen volgens het PER 2025.
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 2024 en het PKB 2023 verzekerden als seizoenarbeider aan overeenkomstig de definitie in Artikel 1.1.
5. Het Zorginstituut bepaalt het aandeel seizoenarbeiders door het aantal seizoenarbeiders in 2024 uit het vierde lid te delen door het aantal verzekerden dat in het buitenland woont volgens het PKB 2024.
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 2.22 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 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 18 van deze Beleidsregels; en
 - b. de viercijferige postcode volgens het PER 2025.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het eerste lid in welke REG_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium REG_C naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 2.23 REG_G

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium REG_G op:
 - a. de indeling in REG_G-klassen 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 19 van deze Beleidsregels; en
 - b. de viercijferige postcode volgens het PER 2025.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het eerste lid in welke REG_G-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium REG_G naar de macroverzekerdenraming.



Artikel 2.24 Gewichten voor het deelbedrag variabele zorgkosten

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

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

1. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar, per criterium voor de criteria L5G, FKG_C, DKG_C, FDG_C, IBZ_C, OKH_C, HSM_C, MHK_C, MVV_C, HHK_C, AVI, SES, PPA, SEI en REG_C de gewichten, bedoeld in Artikel 2.24, per klasse met het geraamde aantal verzekerden in de overeenkomstige klasse.
2. Het Zorginstituut sommeert de op grond van het eerste lid berekende producten per zorgverzekeraar.
3. Het resultaat na toepassing van het tweede lid wordt aangeduid als het deelbedrag variabele zorgkosten 2026.

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

1. Op grond van artikel 3.5 van het Bzv berekent het Zorginstituut het gewicht vaste zorgkosten 2026 door het macro-deelbedrag vaste zorgkosten te delen door het landelijk totaal van het aantal geraamde verzekerden 2026 en het resultaat af te ronden op twee decimalen.
2. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het geraamde aantal verzekerden 2026 met het gewicht vaste zorgkosten 2026, zoals berekend in het eerste lid.
3. Het resultaat na toepassing van het tweede lid wordt aangeduid als het deelbedrag vaste zorgkosten 2026.

Artikel 2.27 Gewichten voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

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

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

1. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar, per criterium voor de criteria L5G, FKG_G, DKG_G, MHK_G, AVI, SES, PPA, SEI en REG_G de gewichten, bedoeld in Artikel 2.27, per klasse met het geraamde aantal verzekerden in de overeenkomstige klasse.
2. Het Zorginstituut sommeert de op grond van het eerste lid berekende producten per zorgverzekeraar.
3. Het resultaat na toepassing van het tweede lid wordt aangeduid als het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2026.

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

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

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

1. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar, per criterium voor de criteria L5G, MHK_C,

AVI, SEI en REG_C de gewichten, bedoeld in Artikel 2.29, per klasse met het geraamde aantal verzekerden in de overeenkomstige klasse.

2. 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 2.29, 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 0,06811 procent.
5. Het resultaat na toepassing van het vierde lid wordt aangeduid als normatieve opbrengst van het eigen risico 2026.

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

1. Het Zorginstituut berekent het normatieve bedrag 2026 van een zorgverzekeraar als de som van het deelbedrag variabele zorgkosten 2026, het deelbedrag vaste zorgkosten 2026 en het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2026.
2. Het Zorginstituut berekent de opbrengst van de nominale rekenpremie 2026 per zorgverzekeraar door de geraamde aantallen verzekerden van achttien jaar of ouder 2026 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2026.
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 0,06811 procent.
4. Het Zorginstituut berekent de vereveningsbijdrage 2026 voor een zorgverzekeraar door op het normatieve bedrag 2026, bedoeld in het eerste lid, de normatieve opbrengst van het eigen risico 2026 zoals bepaald in Artikel 2.30, vijfde lid, en de op grond van het tweede en derde lid berekende opbrengst van de nominale rekenpremie 2026 in mindering te brengen.

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

Artikel 3.1 Herberekeningen als gevolg van splitsing van de zorgverzekeraar

1. Indien een zorgverzekeraar na de toekenning van de vereveningsbijdrage 2026 besluit zich te splitsen, verzoekt het Zorginstituut de zorgverzekeraar om mee te delen hoe naar zijn verwachting de geraamde verzekerdenaantallen 2026 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 2026

1. Het Zorginstituut baseert de herberekening van de vereveningsbijdrage op de verzekerdenaantallen 2026 volgens de opgaven van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut op 7 maart 2026.
2. Het Zorginstituut herberekent de vereveningsbijdrage 2026, zoals toegekend op grond van Artikel 2.31, vierde lid, per zorgverzekeraar en betreft daarbij de verzekerden die, volgens opgave via Vektis, op peildatum 15 februari 2026 zijn ingeschreven bij die zorgverzekeraar.
3. Het Zorginstituut voert de herberekening van de toegekende vereveningsbijdrage 2026 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 2026 uit het tweede lid en vermenigvuldigt per zorgverzekeraar de uitkomst hiervan met de op grond van het tweede lid herberekende vereveningsbijdrage 2026.
4. Het Zorginstituut herziert de op grond van Artikel 2.31, vierde lid, toegekende vereveningsbijdrage



2026 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 2026 bij de vaststelling van de verzekerdenaantallen 2026.
2. Het Zorginstituut bepaalt de verzekerdenaantallen 2026 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 2026.
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 4.22, Artikel 4.23, Artikel 4.25, Artikel 4.27 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 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 1 van deze Beleidsregels; en
 - b. het PKB 2026.
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 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 2 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave per 1 juni 2026 van declaraties farmaceutische zorg 2025 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut;
 - c. de opgave per 1 juni 2027 van declaraties add-on geneesmiddelen 2025 van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut; en
 - d. de leeftijd volgens het PKB 2025.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met d, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2026 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 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 3 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave per 1 juni 2026 van declaraties farmaceutische zorg 2025 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut; en
 - c. de leeftijd volgens het PKB 2025.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2026 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 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 4 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2027 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's die in 2025 geopend zijn; en
 - c. de leeftijd volgens het PKB 2025.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2026 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 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 5 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2027 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle GGZ-prestaties in 2025;
 - c. de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2026 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle GGZ-prestaties in 2024;
 - d. de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2025 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle GGZ-prestaties in 2023;
 - 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; en
 - f. de leeftijd volgens het PKB 2025, PKB 2024 en PKB 2023.
2. Het Zorginstituut bepaalt een ophoogfactor per prestatie met de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel e, door de som van de directe en indirecte behandelminuten te delen door het aantal directe behandelminuten.
3. Het Zorginstituut past op de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d, per prestatie de toepasselijke ophoogfactor toe op het aantal gedeclareerde behandelminuten.
4. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c, d en f, na toepassing van het derde lid, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2026. 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 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 6 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave per 1 juni 2026 van declaraties fysiotherapie en oefentherapie 2025 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut; en
 - c. de leeftijd volgens het PKB 2025.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2026 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 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 7 van deze Beleidsregels;
 - b. de som van de kosten 2025 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer 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 via medisch-specialistische zorg;
 - c. 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 via medisch-specialistische zorg;
 - d. de leeftijd volgens het PKB 2025.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met d, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2026 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 OKH_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium OKH_C op:
 - a. de indeling in OKH_C-klassen 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 8 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd volgens het PKB 2026; en
 - c. de inschrijfduur volgens het PKB 2025, PKB 2024 en PKB 2023.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2026 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 8 van deze Beleidsregels, in welke OKH_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.10 HSM_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium HSM_C op:
 - a. de indeling in HSM_C-klassen 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 9 van deze Beleidsregels; en
 - b. de kenmerkingen in FKG_C, DKG_C, FDG_C, MHK_C, MVV_C voor vereveningsjaar 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer zoals bepaald door het Zorginstituut ten behoeve van de definitieve vaststelling volgens Beleidsregels vereveningsbijdrage Zvw 2023.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2026 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 9 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 4.11 MHK_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MHK_C op:
 - a. de indeling in MHK_C-klassen 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 10 van deze Beleidsregels;

- b. de kosten over 2025 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2027 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd, exclusief kosten van:
 - verpleging en verzorging;
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg;
 - verloskunde via medisch-specialistische zorg; en
 - hulpmiddelen;
 - c. de kosten over 2024 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten tot en met 31 december 2026, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2027 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd, exclusief kosten van:
 - verpleging en verzorging;
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg;
 - verloskunde via medisch-specialistische zorg; en
 - hulpmiddelen;
 - d. 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;
 - verloskunde via medisch-specialistische zorg; en
 - hulpmiddelen;
 - e. de opgave van de zorgkantoren per 1 juni 2027 aan het Zorginstituut per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de declaraties van alle Wlz-prestaties en het toegekende persoonsgebonden budget in 2026;
 - f. de leeftijd volgens het PKB 2026; en
 - g. het PKB 2025, PKB 2024 en PKB 2023.
 2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met g, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2026 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 10 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 4.12 MHK_G

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MHK_G op:
 - a. de indeling in MHK_G-klassen 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 11 van deze Beleidsregels;
 - b. de kosten over 2025 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2027 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - c. 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;
 - d. 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;
 - e. 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;
 - f. 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;
 - g. de leeftijd volgens het PKB 2026; en
 - h. het PKB 2025, PKB 2024, PKB 2023, PKB 2022 en PKB 2021.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met h, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2026 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 11 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 4.13 MVV_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MVV_C op:
 - a. de indeling in MVV_C-klassen 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 12 van deze Beleidsregels;
 - b. de kosten verpleging en verzorging 2025 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2027 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - c. 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;
 - 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 opgave van de zorgkantoren per 1 juni 2027 aan het Zorginstituut per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de declaraties van alle Wlz-prestaties en het toegekende persoonsgebonden budget in 2026;
 - f. de leeftijd volgens het PKB 2026; en
 - g. het PKB 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 2026 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 12 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 4.14 HHK_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium HHK_C op:
 - a. de indeling in HHK_C-klassen 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 13 van deze Beleidsregels;
 - b. de hulpmiddelenkosten 2025 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2027 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - c. de hulpmiddelenkosten 2024 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2026, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2027 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - d. de hulpmiddelenkosten 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2025, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2026 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd; en
 - e. het PKB 2025.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met e, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2026 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 13 van deze Beleidsregels, in welke HHK_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen HHK_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen HHK_C' in.

Artikel 4.15 AVI

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium AVI op:
 - a. de indeling in AVI-klassen 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 14 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd volgens het PKB 2026;
 - c. de zelfstandigen volgens het zelfstandigenbestand 2027;
 - d. de zelfstandigen volgens het zelfstandigenbestand 2026;
 - e. de duurzaam en volledig arbeidsongeschikten, de overige arbeidsongeschikten, de bijstandsgerechtigden, de werklozen en de loontrekkers volgens het UWV-bestand met peildatum 30 juni 2026 en de eerdere UWV-bestanden tot en met 2021;
 - f. de studenten en de hoogopgeleiden volgens de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2026;

- g. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2026;
 - h. het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2026 in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2026; en
 - i. de historische indeling van AVI uit 2021 tot en met 2025.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met i, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2026 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 14 van deze Beleidsregels, in welke AVI-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.16 SES

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium SES op:
- a. de indeling in SES-klassen 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 15 van deze Beleidsregels;
 - b. het inkomen volgens de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2024;
 - c. het inkomen volgens de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2025 wanneer voor 2024 geen gegevens beschikbaar zijn;
 - d. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2026;
 - e. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2026 wanneer een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2026;
 - f. de opgave van de zorgkantoren per 1 juni 2027 aan het Zorginstituut per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de declaraties van alle Wlz-prestaties en het toegekende persoonsgebonden budget in 2026;
 - g. de indeling in DKG_G-klassen zoals beschreven in Artikel 4.6;
 - h. de leeftijd volgens het PKB 2026; en
 - i. het PKB 2025 en PKB 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 2026 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 15 van deze Beleidsregels, in welke SES-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.17 PPA

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium PPA op:
- a. de indeling in PPA-klassen 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand PPA dat is opgenomen in Bijlage 16 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd volgens het PKB 2026;
 - c. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2025;
 - d. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2025 wanneer een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2025;
 - e. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2026 wanneer een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB 2025;
 - f. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2026 wanneer een verzekerde ook niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2026; en
 - g. de opgave van de zorgkantoren per 1 juni 2027 aan het Zorginstituut per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de declaraties van alle Wlz-prestaties en het toegekende persoonsgebonden budget in 2026.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid onderdeel b tot en met g, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2026 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 16 van deze Beleidsregels, in welke PPA-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.18 SEI

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium SEI op:
- a. de indeling in SEI-klassen 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 17 van deze Beleidsregels;
 - b. het PKB 2026; 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 definities in Artikel 1.1, in welke SEI-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.19 REG_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium REG_C op:
 - a. de indeling in REG_C-klassen 2026 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 18 van deze Beleidsregels; en
 - b. de viercijferige postcode volgens het PKB 2026.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het eerste lid in welke REG_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.20 REG_G

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

Artikel 4.21 Criteriumneutraliteit voor deelbedrag variabele zorgkosten 2026

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

Artikel 4.22 De voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2026

1. Het Zorginstituut bepaalt de variabele zorgkosten 2026 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor de gezamenlijke zorgverzekeraars op basis van de opgave jaarstaat 2026 per 1 mei 2027 en met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 14 van de Rrv.
2. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag variabele zorgkosten 2026 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor het totaal van de verzekerden 2026 van alle zorgverzekeraars gezamenlijk met de op grond van Artikel 4.21 herberekende gewichten en overeenkomstig de in Artikel 2.24 en 2.25 beschreven rekenwijze.
3. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor variabele zorgkosten 2026 door de variabele zorgkosten 2026 voor de gezamenlijke zorgverzekeraars te delen door het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2026 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 2026 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 2026 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 2026.

Artikel 4.23 De voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2026

1. Het Zorginstituut bepaalt de vaste zorgkosten 2026 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk op basis van de opgave jaarstaat 2026 per 1 mei 2027 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 2026 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met het gewicht vaste zorgkosten 2026, berekend in Artikel 2.26, eerste lid.
3. Het Zorginstituut calculeert met inachtneming van artikel 15, vierde lid, van de Rrv per zorgverzekeraar 100 procent na op het verschil tussen de vaste zorgkosten 2026, 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 2026.

Artikel 4.24 Criteriumneutraliteit voor het deelbedrag kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2026

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

Artikel 4.25 De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2026

1. Het Zorginstituut bepaalt de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2026 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor de gezamenlijke zorgverzekeraars op basis van de opgave jaarstaat 2026 per 1 mei 2027 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 2026 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar of ouder 2026 van alle zorgverzekeraars gezamenlijk met de op grond van Artikel 4.24 herberekende gewichten en overeenkomstig de in Artikel 2.27 en 2.28 beschreven rekenwijze.
3. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2026 voor verzekerden van achttien jaar of ouder door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2026 voor de gezamenlijke zorgverzekeraars te delen door het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2026 voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar of ouder 2026 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 2026 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 2026 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 2026:
 - a. bepaalt het Zorginstituut per zorgverzekeraar het verschil tussen het resultaat in het zevende lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2026 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 2026 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 2026.

Artikel 4.26 Criteriumneutraliteit voor de normatieve opbrengst van het eigen risico 2026

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 4.27 De voorlopige herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2026

1. Het Zorginstituut herberekent de normatieve opbrengst van het eigen risico 2026 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar of ouder 2026 van alle zorgverzekeraars gezamenlijk met de gewichten in de tabellen uit bijlage 5 van de Rrv met de op grond van Artikel 4.26 herberekende gewichten en overeenkomstig de in Artikel 2.29 en 2.30 beschreven rekenwijze.
2. In afwijking van Artikel 2.30, 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 2026.

Artikel 4.28 De voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2026 en de voorlopige herberekening en voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage 2026

1. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag 2026 voor de eerste voorlopige vaststelling als de som van het voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2026, het voorlopige herberekende deelbedrag vaste zorgkosten 2026 en het voorlopig herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2026.
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 2026 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2026.
3. Het Zorginstituut vermindert het resultaat na toepassing van het tweede lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in de opgave jaarstaat 2026 per 1 mei 2027 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 2026 voor de eerste voorlopige vaststelling door de som van het herberekende normatieve bedrag 2026, bedoeld in het eerste lid, te verminderen met de voorlopig herberekende normatieve opbrengst van het eigen risico, bedoeld in Artikel 4.27, en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het tweede en derde lid.
5. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage 2026 in september 2027 voorlopig vast ter hoogte van de in het vierde lid berekende bijdrage.

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

Artikel 5.1 Algemene bepaling

Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag voor de tweede keer voorlopig met inachtneming van de kosten 2026 uit de opgave jaarstaat 2028 per 1 mei 2029, de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast en de bepalingen uit dit hoofdstuk.

Artikel 5.2 Bepaling van de verzekerdenaantallen 2026

1. Het Zorginstituut voert de correcties door die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast bij de verzekerdenaantallen 2026.
2. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium IBZ_C met:
 - a. de som van de kosten 2026 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2028, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2029 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd van:
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg; en
 - verloskunde via medisch-specialistische zorg;
 - b. de som van de kosten 2025 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2027, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2028 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd van:
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg; en
 - verloskunde via medisch-specialistische zorg;
3. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium MHK_C met de kosten over 2025 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten tot en met 31 december 2027, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2028 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd, exclusief kosten van:
 - verpleging en verzorging;
 - verloskunde en verloskunde via integrale geboortezorg;
 - kraamzorg en kraamzorg via integrale geboortezorg;
 - verloskunde via medisch-specialistische zorg; en
 - hulpmiddelen;
4. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium MHK_G met de kosten over 2025 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2027, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2028 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
5. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium MVV_C met de kosten verpleging en verzorging 2025 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2027, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2028 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
6. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium HHK_C met de hulpmiddelenkosten 2025 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2027, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2028 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
7. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium AVI met
 - a. de zelfstandigen volgens het zelfstandigenbestand 2029; en
 - b. de zelfstandigen volgens het zelfstandigenbestand 2026.
8. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium SES met het inkomen volgens de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2025. Indien een verzekerde niet is opgenomen in de opgave over 2025, maakt het Zorginstituut gebruik van de opgave over 2026.
9. Het Zorginstituut past het bepaalde in Artikel 5.1 en 5.2, eerste tot en met achtste 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 2026 op basis van gewichten inclusief HKC

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

Artikel 5.4 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2026

1. Het Zorginstituut bepaalt de variabele zorgkosten 2026 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 2026 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor het totaal van de verzekerden 2026 van alle zorgverzekeraars gezamenlijk met de op grond van Artikel 5.3 herberekende gewichten en overeenkomstig de in Artikel 2.24 en 2.25 beschreven rekenwijze.
3. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor variabele zorgkosten 2026 door de variabele zorgkosten 2026 voor de gezamenlijke zorgverzekeraars te delen door het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2026 voor de gezamenlijke zorgverzekeraars.
4. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor de gezamenlijke zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2026 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 2026 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 2026.

Artikel 5.5 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2026

Het Zorginstituut herberekent voor de tweede keer voorlopig het deelbedrag vaste zorgkosten 2026 per zorgverzekeraar overeenkomstig Artikel 4.23.

Artikel 5.6 Criteriumneutraliteit voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2026 op basis van gewichten inclusief HKC

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

Artikel 5.7 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2026

1. Het Zorginstituut bepaalt de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2026 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 2026 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar of ouder 2026 van alle zorgverzekeraars gezamenlijk met de op grond van Artikel 5.6 herberekende gewichten en overeenkomstig de in Artikel 2.27 en 2.28 beschreven rekenwijze.
3. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2026 voor verzekerden van achttien jaar of ouder door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2026 voor de gezamenlijke zorgverzekeraars te delen door het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2026 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 2026 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 2026 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 2026:
 - a. bepaalt het Zorginstituut per zorgverzekeraar het verschil tussen het resultaat in het achtste lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2026 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 2026 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 2026.

Artikel 5.8 De tweede voorlopige herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2026

Het Zorginstituut herberekent voor de tweede keer voorlopig de normatieve opbrengst van het eigen risico 2026 overeenkomstig Artikel 4.27.

Artikel 5.9 De tweede voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2026 en de tweede voorlopige herberekening en de vaststelling van de vereveningsbijdrage 2026

1. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag 2026 voor de tweede voorlopige vaststelling als de som van het tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2026, het tweede voorlopige herberekende deelbedrag vaste zorgkosten 2026 en het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2026.
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 2026.
3. Het Zorginstituut vermindert het resultaat na toepassing van het tweede lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in zijn jaarstaat 2026 per 1 mei 2027 als gedeerde inkomsten 2026 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 2026 voor de tweede voorlopige vaststelling door de som van het herberekende normatieve bedrag 2026, 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 2026 voor de tweede keer voorlopig vast in september 2029 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 2025 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer en kosten 2026 uit de jaarstaat 2028.
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 2026

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag variabele zorgkosten 2026 per zorgverzekeraar overeenkomstig Artikel 5.4.

Artikel 6.3 De definitieve herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2026

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag vaste zorgkosten 2026 per zorgverzekeraar overeenkomstig Artikel 5.5.

Artikel 6.4 De definitieve herberekening van het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2026

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2026 per zorgverzekeraar overeenkomstig Artikel 5.7.

Artikel 6.5 De definitieve herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2026

Het Zorginstituut herberekent definitief de normatieve opbrengst van het eigen risico 2026 per zorgverzekeraar overeenkomstig Artikel 5.8.

Artikel 6.6 De definitieve herberekening van het normatieve bedrag 2026 en de definitieve herberekening en de vaststelling van de vereveningsbijdrage 2026

1. Het Zorginstituut berekent de definitieve vereveningsbijdrage 2026 per zorgverzekeraar overeenkomstig de berekeningswijze in Artikel 5.9.
2. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage 2026 per zorgverzekeraar in april 2030 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 2.31, vierde lid, uit. Het Zorginstituut maakt bij de betaling onderscheid naar de volgende bestanddelen:
 - a. het deelbedrag variabele zorgkosten 2026;
 - b. het deelbedrag vaste zorgkosten 2026;
 - c. het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2026; en
 - d. een aftrekpost voor de normatieve opbrengst van het eigen risico 2026.

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 2026, bedoeld in Artikel 2.31, vierde lid, de uitkering, bedoeld in Artikel 8.1, tweede lid en de normatieve opbrengst van het eigen risico 2026, zoals bepaald in Artikel 2.30, 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 2026;
 - b. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag vaste zorgkosten 2026;
 - c. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2026;
 - 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 2026, 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 2025 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 vijfde lid, onder a en b	Artikel 8.2 vijfde lid, onder c	Artikel 8.2 vijfde lid, onder d	Artikel 8.1 eerste lid, onder d
januari 2026	1,46%	1,06%	8,33%	8,37%
februari 2026	2,34%	2,25%	8,33%	9,63%
maart 2026	3,98%	4,00%	8,34%	10,43%
april 2026	5,90%	8,95%	8,33%	11,13%
mei 2026	7,52%	9,56%	8,33%	11,30%
juni 2026	8,10%	9,68%	8,34%	10,93%

	Bestanddelen betalingen			
	Variabele en vaste zorgkosten	GGZ	Uitvoeringskosten	Eigen risico opbrengst
Betaalmoment	Artikel 8.2 vijfde lid, onder a en b	Artikel 8.2 vijfde lid, onder c	Artikel 8.2 vijfde lid, onder d	Artikel 8.1 eerste lid, onder d
juli 2026	8,30%	9,30%	8,33%	7,80%
augustus 2026	8,60%	9,22%	8,33%	6,40%
september 2026	8,84%	9,06%	8,34%	5,60%
oktober 2026	9,15%	9,05%	8,33%	5,00%
november 2026	9,15%	8,96%	8,33%	4,20%
december 2026	8,29%	8,71%	8,34%	3,28%
januari 2027	6,30%	7,00%	0,00%	2,46%
februari 2027	5,05%	2,38%	0,00%	1,65%
maart 2027	3,29%	0,50%	0,00%	1,02%
april 2027	2,22%	0,09%	0,00%	0,53%
mei 2027	1,09%	0,09%	0,00%	0,18%
juni 2027	0,42%	0,08%	0,00%	0,07%
juli 2027	0,00%	0,06%	0,00%	0,02%
augustus 2027	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
september 2027	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
oktober 2027	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
november 2027	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
december 2027	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

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.

Artikel 8.3 Aanpassing betalingen

1. Bij de herberekening en herziening van de toegekende vereveningsbijdrage 2026 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 daaraan 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 IX SLOTBEPALINGEN

Artikel 9.1 Inwerkingtreding

Deze Beleidsregels treden in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij worden geplaatst, en werken terug tot en met 15 oktober 2025.

Artikel 9.2 Citeertitel

Deze Beleidsregels worden aangehaald als: Beleidsregels risicoverevening 2026.
Deze Beleidsregels worden in de Staatscourant geplaatst, met uitzondering van de bijlagen 1 tot en met 19 (referentiebestanden). Deze bijlagen worden gepubliceerd op de website www.zorginstituut-nederland.nl.
Goedgekeurd door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij brief van 09.10.2025, kenmerk 4239866-1089811-Z.

Voorzitter Raad van Bestuur
M.J. Janssen

Goedgekeurd door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij brief van 09.10.2025, kenmerk 4239866-1089811-Z.



-
- Bijlage 1 Referentiebestand L5G vereveningsjaar 2026, behorend bij Artikel 2.5 en Artikel 4.2
- Bijlage 2 Referentiebestand FKG_C vereveningsjaar 2026, behorend bij Artikel 2.6 en Artikel 4.3
- Bijlage 3 Referentiebestand FKG_G vereveningsjaar 2026, behorend bij Artikel 2.7 en Artikel 4.4
- Bijlage 4 Referentiebestand DKG_C vereveningsjaar 2026, behorend bij Artikel 2.8 en Artikel 4.5
- Bijlage 5 Referentiebestand DKG_G vereveningsjaar 2026, behorend bij Artikel 2.9 en Artikel 4.6
- Bijlage 6 Referentiebestand FDG_C vereveningsjaar 2026, behorend bij Artikel 2.10 en Artikel 4.7
- Bijlage 7 Referentiebestand IBZ_C vereveningsjaar 2026, behorend bij Artikel 2.11 en Artikel 4.8
- Bijlage 8 Referentiebestand OKH_C vereveningsjaar 2026, behorende bij Artikel 2.12 en Artikel 4.9
- Bijlage 9 Referentiebestand HSM_C vereveningsjaar 2026, behorend bij Artikel 2.13 en Artikel 4.10
- Bijlage 10 Referentiebestand MHK_C vereveningsjaar 2026, behorend bij Artikel 2.14 en Artikel 4.11
- Bijlage 11 Referentiebestand MHK_G vereveningsjaar 2026, behorend bij Artikel 2.15 en Artikel 4.12
- Bijlage 12 Referentiebestand MVV_C vereveningsjaar 2026, behorend bij Artikel 2.16 en Artikel 4.13
- Bijlage 13 Referentiebestand HHK_C vereveningsjaar 2026, behorende bij Artikel 2.17 en Artikel 4.14
- Bijlage 14 Referentiebestand AVI vereveningsjaar 2026, behorend bij Artikel 2.18 en Artikel 4.15
- Bijlage 15 Referentiebestand SES vereveningsjaar 2026, behorend bij Artikel 2.19 en Artikel 4.16
- Bijlage 16 Referentiebestand PPA vereveningsjaar 2026, behorend bij Artikel 2.20 en Artikel 4.17
- Bijlage 17 Referentiebestand SEI vereveningsjaar 2026, behorend bij Artikel 2.21 en Artikel 4.18
- Bijlage 18 Referentiebestand REG_C vereveningsjaar 2026, behorend bij Artikel 2.22 en Artikel 4.19
- Bijlage 19 Referentiebestand REG_G vereveningsjaar 2026, behorend bij Artikel 2.23 en Artikel 4.20

TOELICHTING

Algemeen

In Nederland geldt een wettelijke verplichting voor het afsluiten van een basisverzekering. Iedereen die in Nederland woont of werkt, heeft recht op zorg uit het basispakket. Dit is geregeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Zvw is er mede op gericht de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg te waarborgen. Allereerst stelt de overheid de inhoud van de basisverzekering vast. Daarnaast is er een acceptatieplicht voor zorgverzekeraars, dat wil zeggen dat een zorgverzekeraar niemand mag weigeren voor de basisverzekering. Ook geldt een verbod op premiedifferentiatie: de premie die een zorgverzekeraar voor eenzelfde variant van de basisverzekering vraagt, is voor iedereen gelijk. Tot slot is er een regeling voor het verplicht en het vrijwillig eigen risico.

Doel risicoverevening

Vanwege de door de overheid bepaalde inhoud van het verzekerd pakket, de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de regeling voor het eigen risico, is er een wettelijk systeem van risicoverevening. Dat systeem vereent de te verwachten verschillen in voorspelbare zorgkosten tussen verzekerden. De zorgverzekeraars krijgen daarbij een vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds die is afgestemd op het risicoprofiel van hun verzekerden. Het doel is het voorkomen van risicoselectie door zorgverzekeraars, het creëren van een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars en het bevorderen van een doelmatige uitvoering van de zorg.

Wettelijke kaders

Paragraaf 4.2 van de 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 in plaats in de Regeling risicoverevening 2026 (Rrv). De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) werkt in de Rrv gedetailleerd uit hoe de risicoverevening voor het jaar 2026 zal werken. Zo legt de Rrv de hoogte van het macro-prestatiebedrag vast dat over de zorgverzekeraars wordt verdeeld en de wijze waarop dit gebeurt. Ook staat in de Rrv welke gewichten aan de vereveningscriteria worden gekoppeld. Het Zorginstituut legt de wijze waarop het de risicoverevening uitvoert vervolgens vast in deze Beleidsregels.

Vereveningsmodel

Om de vereveningsbijdrage te berekenen wordt gebruikt gemaakt van drie verdeelmodellen:

- Somatisch model: dit model is gericht op somatisch zorggebruik. Hierbij gaat het om variabele zorgkosten zoals kosten van medisch specialistische-, huisartsen-, farmaceutische- en paramedische zorg.
- GGZ-model: dit model is gericht op gebruik van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Het GGZ-model geldt alleen voor verzekerden vanaf 18 jaar, tot die tijd valt GGZ-zorg onder de Jeugdwet en dus onder een andere financieringsstroom.
- Eigen risicomodel: dit model is gericht op de opbrengsten van betalingen van het verplicht eigen risico door verzekerden vanaf 18 jaar.

De verdeelmodellen zijn opgebouwd uit vereveningscriteria. Vereveningscriteria bestaan uit risicoklassen met bijbehorende gewichten, oftewel normbedragen. De normbedragen worden jaarlijks door een onderzoeksbureau in opdracht van het Ministerie van VWS geschat. De vereveningscriteria bestaan uit drie categorieën:

- Persoonskenmerken: criteria van verzekerden waarvan bekend is dat ze samenhangen met verwachte zorgkosten.
- Morbiditeitskenmerken: criteria die de gezondheidssituatie van verzekerden in het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar beschrijven op basis van zorggebruik.
- Kostenkenmerken: criteria die de gezondheidssituatie van verzekerden in de jaren voorafgaand aan het vereveningsjaar (met uitzondering van het criterium IBZ_C) beschrijven op basis van de gemaakte zorgkosten.

Het somatisch model, het GGZ-model en het eigen risicomodel bestaan uit een verzekerdenbepaling en bijdragebepaling:

- In de verzekerdenbepaling stelt het Zorginstituut per zorgverzekeraar vast hoeveel verzekerden onder elk criterium vallen en hoe deze verzekerden zijn verdeeld over de risicoklassen. De klassenindeling van ieder vereveningscriterium ligt vast in de Rrv. De manier waarop verzekerden worden ingedeeld in klassen van elk van de vereveningscriteria legt het Zorginstituut vast in referentiebestanden. In de uitvoering van de toekenning en vaststellingen gebruikt het Zorginstituut steeds actuelere gegevensbestanden. Omdat er per gegevensjaar verschillen kunnen zijn in de registratie, behandelingen en (genees)middelen, maakt het Zorginstituut voor iedere combinatie van vereveningsjaar en gegevensjaar een uitvoeringsbestand waarin vastgelegd staat hoe de stappen in het referentiebestand voor die combinatie worden uitgevoerd.
- In de bijdragebepaling wordt door het Zorginstituut de bijdrage aan zorgverzekeraars berekend om de (verwachte) zorgkosten te verevenen. In de bijdragebepaling vermenigvuldigt het Zorginstituut per zorgverzekeraar, per criterium de normbedragen (P) met de verzekerdenaantallen (Q), $P \cdot Q$. Het Zorginstituut sommeert de producten per zorgverzekeraar. Vanaf de eerste voorlopige vaststelling past het Zorginstituut ex-post maatregelen toe (zie toelichting verderop).

Na het toepassen van de bijdragebepaling levert dit voor het somatisch model het deelbedrag variabele zorgkosten, voor het GGZ-model het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en voor het eigen risicomodel de normatieve opbrengst van het eigen risico.

Het deelbedrag vaste zorgkosten bestaat uit kosten waarvoor de zorgverzekeraar geen risico draagt. Het deelbedrag vaste zorgkosten wordt voorafgaand aan het vereveningsjaar (ex ante) berekend op basis van het macro-deelbedrag vaste zorgkosten en na het verstrijken van het vereveningsjaar op basis van steeds actuelere en definitievere gegevens (ex post) 100 procent nagecalculeerd. De opbrengst van de nominale rekenpremie komt tot stand door de verzekerden van achttien jaar en ouder te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie en hier de gedeerde inkomsten rekenpremie door detentie van verzekerden van af te trekken.

Vereveningscyclus



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

Het proces van het toekennen en vaststellen van de vereveningsbijdrage verloopt volgens een zes jaar durende vereveningscyclus. Het Zorginstituut bepaalt de vereveningsbijdrage in vijf opvolgende besluiten:

1. Toekenning van de vereveningsbijdrage (ex ante) in jaar t-1 (XA)
2. Herberekening van de toegekende bijdrage (lenteherberekening) in jaar t (LH)
3. Eerste voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage in jaar t+1 (VV1)
4. Tweede voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage in jaar t+3 (VV2)
5. De vaststelling van de vereveningsbijdrage (definitieve vaststelling) in jaar t+4 (DV)

De vereveningscyclus kan worden opgesplitst in een toekenning van de vereveningsbijdrage (ex ante) en een vaststelling van de vereveningsbijdrage (ex post). Het ex ante deel vindt plaats vóór het verstrijken van het vereveningsjaar en het ex post deel erna. Het Zorginstituut gebruikt gedurende de vereveningscyclus steeds actuelere en definitievere gegevens. Bovendien wordt overgestapt van ramingen op basis van historische gegevens (ex ante) naar realisaties (ex post). In het ex-post gedeelte van de cyclus past het Zorginstituut ex-post maatregelen toe.

De volgende ex-post maatregelen worden toegepast in deze Beleidsregels:

- Flankerend beleid, om bij landelijke onder- en overschrijdingen zoveel mogelijk een gelijk speelveld te behouden voor zorgverzekeraars;
- Criteriumneutraliteit, om ongewenste effecten van verschillen tussen geraamde en gerealiseerde verzekerdenaantallen per vereveningskenmerk te mitigeren;
 - Bij integrale klassieke criteriumneutraliteit wordt het gewicht van de afslagklasse (bijvoorbeeld Geen DKG_G) 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;
- Partiële criteriumneutraliteit gaat volgens dezelfde werkwijze, maar dan op een selectie van positieve risicoklassen binnen een criterium;
 - Hogekostencompensatie somatisch model, omdat het vooraf voorspellen van extreem dure behandelingen lastig is;
 - Hogekostencompensatie GGZ-model, omdat het vooraf voorspellen van zeer hoge ggz-kosten lastig is;
 - Bandbreedteregeling GGZ-model, om de spreiding van het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars te reduceren door het deel van hun resultaat buiten de bandbreedte (voor een groot deel) te herverdelen tussen zorgverzekeraars.
- De ex-post maatregelen past het Zorginstituut vanaf de eerste voorlopige vaststelling toe, met uitzondering van hogekostencompensatie. Hogekostencompensatie wordt vanaf de tweede voorlopige vaststelling toegepast, met voor het somatisch model en het GGZ-model een set normbedragen die corrigeert voor hogekostencompensatie (HKC).

Berekening van de vereveningsbijdrage

De vereveningsbijdrage bestaat uit de som van het deelbedrag variabele zorgkosten, het deelbedrag vaste zorgkosten en het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (het normatieve bedrag) minus de nominale rekenpremie en de normatieve opbrengst van het eigen risico.

Leeswijzer

De toekenning van de vereveningsbijdrage staat beschreven in hoofdstuk II van deze Beleidsregels. Het Zorginstituut maakt ex ante een raming om de situatie in het vereveningsjaar zo goed mogelijk in te schatten. Uitgangspunt in deze raming zijn de verzekerdenportefeuilles van zorgverzekeraars in het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar.

De herberekening van de toegekende bijdrage (lenteherberekening) staat beschreven in hoofdstuk III van deze Beleidsregels. Middels deze herziening wordt rekening gehouden met het overstapedrag van verzekerden. De overige achterliggende brongegevens zijn nog hetzelfde als bij de ex ante toekenning.

De berekening van de eerste voorlopige vaststelling staat beschreven in hoofdstuk IV van deze Beleidsregels en die van de tweede voorlopige vaststelling in hoofdstuk V. De voorlopige vaststellingen zijn bedoeld om de onzekerheid voor zorgverzekeraars in de periode tot aan de definitieve vaststelling te verkleinen.

De vaststelling van de vereveningsbijdrage wordt afgesloten met de definitieve vaststelling (DV), zoals beschreven in hoofdstuk VI van deze Beleidsregels. Met de DV eindigt de vereveningscyclus voor het vereveningsjaar.

Verzekerden jonger dan achttien jaar zijn geen nominale premie verschuldigd. Zorgverzekeraars hebben voor deze groep verzekerden naast zorgkosten, ook beheerskosten (administratie, zorginkoop). Zorgverzekeraars ontvangen uit het Zorgverzekeringsfonds een aanvullende compensatie in de vorm van uitvoeringskosten. Dit staat beschreven in hoofdstuk VII van deze Beleidsregels.

In hoofdstuk VIII staat het proces rondom de betalingen beschreven.

In referentiebestanden legt het Zorginstituut vast welke codes in de gegevensbestanden tot indeling in een vereveningscriterium leiden en in welke risicoklasse. De referentiebestanden zijn opgenomen in de bijlagen van deze Beleidsregels.

Wijzigingenoverzicht

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de belangrijkste wijzigingen in de uitvoering van de risicoverevening 2026.

Vereveningscriteria	
L5G	Geen wijziging.

Vereveningscriteria

FKG_C	- Regulier onderhoud EHK-klassen heeft geleid tot een andere clustering en andere middelen in de EHK-klassen. Het aantal EHK-klassen blijft ongewijzigd. - Op basis van groot onderhoud zijn er voor de somatische FKG's modeljaar 2026 twee nieuwe klassen toegevoegd ('Benigne prostaathyperplasie' (BPH) en 'Chronische migraine' (MIG)) en is de naam voor een FKG-klasse aangepast (van 'Psoriasis' naar 'Psoriasis en Eczeem' (PSO)). Daarnaast worden er geneesmiddelen toegevoegd bij acht FKG's, geneesmiddelen verwijderd bij vier FKG's en wordt er één geneesmiddel overgeheveld. Ook zijn bij zes FKG's de drempelwaarden verlaagd van 180 DDD naar 90 DDD en bij zeven klassen de drempelwaarden verhoogd naar 180 DDD. Bij twee klassen is de drempelwaarde voor kinderen komen te vervallen en bij één klasse is de drempelwaarde aangepast van DDD naar receptregels.
FKG_G	De wijzigingen in de FKG's in het GGZ-model als gevolg van het groot onderhoud zijn beperkt. Er wordt één geneesmiddel uit het GGZ-model verwijderd en voor twee klassen wordt de drempelwaarde verlaagd.
DKG_C	Geen wijziging.
DKG_G	De restrictie van aaneengesloten verblijfsdagen in DKG_G-klasse 15 komt te vervallen.
FDG_C	Geen wijziging.
IBZ_C	De ramingsmethodiek voor IBZ_C is gewijzigd ten opzichte van de VR2025. De aangepaste werkwijze is opgenomen in de Verantwoording Verzekerdenraming 2026 die gepubliceerd wordt op de website www.zorginstituutnederland.nl.
OKH_C	- Het nieuwe criterium ontbrekende kostenhistorie (OKH_C) is vanaf modeljaar 2026 opgenomen in het somatisch model (WOR 1245 en 1244). Hierbij worden verzekerden die (deels) niet verzekerd waren in de drie aan het vereveningsjaar voorafgaande kalenderjaren onderscheiden van verzekerden die de volledige periode verzekerd waren. In het criterium wordt via leeftijd (gesplitst naar jonger of ouder dan 45 jaar) een verder onderscheid gemaakt naar verwachte zorgkosten. Het criterium OKH_C is gebaseerd op inschrijfduur over t-3 t/m t-1 uit het PKB. - Bij samenloop geldt de laagste klasse.
HSM_C	Geen wijziging.
MHK_C	Hulpmiddelenkosten worden uitgesloten bij het criterium meerjarig hoge kosten (MHK_C) als gevolg van de introductie van HHK_C.
MHK_G	De totale GGZ-kosten inclusief de kosten van intramurale GGZ-zorg in het tweede en derde verblijfsjaar worden voor gegevensjaar 2022, 2023, 2024 en 2025 meegeteld in de indeling naar MHK_G-klassen.
MVV_C	Geen wijziging.
HHK_C	Het nieuwe criterium historische hulpmiddelenkosten (HHK_C) is vanaf modeljaar 2026 opgenomen in het somatisch model (WOR 1239 en 1238). Hierbij wordt een verzekerde ingedeeld op basis van zijn (gesommeerde) hulpmiddelenkosten in de drie aan het vereveningsjaar voorafgaande kalenderjaren. Het criterium bestaat uit 6 positieve klassen, waarbij verzekerden worden ingedeeld op basis van percentielgrenzen.
AVI	Geen wijziging.
SES	Geen wijziging.
PPA	Geen wijziging.
SEI	In vereveningsjaar 2026 wordt een nieuwe definitie voor niet-ingezetene verzekerden gehanteerd. Niet-ingezetene verzekerde: een verzekerde die in het buitenland woont. Dit wordt bepaald aan de hand van de inschrijving in de BRP zoals blijkt uit de opgave van zorgverzekers in het PER of VPPER.
REG_C	Geen wijziging.
REG_G	Geen wijziging.
Ex post compensatiemechanismen	
Criteriumneutraliteit	- In vereveningsjaar 2026 wordt bij een aantal vereveningscriteria criteriumneutraliteit toegepast. – Integrale klassieke criteriumneutraliteit wordt toegepast op de criteria: DKG_G, MHK_C¹, MHK_G, MVV_C, HHK_C. – Partiële klassieke criteriumneutraliteit wordt toegepast op de criteria FKG_C. 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-46 Chronische migraine, FKG_C-47 Extreem hoge kosten cluster 1, FKG_C-48 Extreem hoge kosten cluster 2, FKG_C-49 Extreem hoge kosten cluster 3 en FKG_C-50 Extreem hoge kosten cluster 4.
Bandbreedteregeling GGZ	Geen wijziging.
Flankerend beleid	Geen wijziging.
Hogekostencompensatie variabele zorgkosten	Er wordt een staffel ingevoerd voor de HKC. Boven een drempelwaarde van 432.924 euro wordt 75% van de variabele zorgkosten van een verzekerde gecompenseerd. Vanaf het bedrag van € 1,25 miljoen euro geldt een compensatie van 90% in plaats van 75%.



Vereveningscriteria

Hogekostencompensatie GGZ	Geen wijziging.
---------------------------	-----------------

¹ Criteriumneutraliteit geldt ook voor MHK in de herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2026.

Voorzitter Raad van Bestuur
M.J. Janssen