STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 34573
30 september 2026

Concept voor de regeling houdende bepalingen omtrent de in de Zorgverzekeringswet bedoelde vereveningsbijdrage voor het jaar 2027 zoals de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport die voornemens is vast te stellen nadat het Besluit zorgverzekering alle benodigde grondslagen bevat

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van ..., kenmerk 4524801-1104451-Z, houdende bepalingen omtrent de in de Zorgverzekeringswet bedoelde vereveningsbijdrage voor het jaar 2027 (Regeling risicoverevening 2027) [KetenID WGK029486]

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 32, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet en de artikelen 3.1, derde lid, 3.2, 3.4, derde lid, 3.6, derde lid, 3.8, tweede lid, 3.10, tweede lid, 3.11, derde, vijfde en zesde lid, 3.12a, eerste, tweede, vierde en vijfde lid, 3.12b, eerste, tweede, vierde en vijfde lid, 3.13, 3.14, 3.15, eerste en derde lid, 3.16, 3.19, tweede lid, en 3.22, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering;

Besluit:

HOOFDSTUK 1. DEFINITIES EN ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1

In deze regeling wordt verstaan onder:
verstrekking van een duur intramuraal geneesmiddel: verstrekking van een intramuraal geneesmiddel die krachtens artikel 2.4, tweede lid, of artikel 2.4a, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering is uitgezonderd van de zorg, bedoeld in artikel 2.4, eerste lid, van dat besluit.

Artikel 2

1. Het macro-prestatiebedrag voor het jaar 2027 bedraagt € 69.129,7 miljoen.

2. Het macro-prestatiebedrag, bedoeld in het eerste lid, is opgebouwd uit de volgende macro-deelbedragen:
   a. het macro-deelbedrag variabele zorgkosten ter grootte van € 61.661,0 miljoen;
   b. het macro-deelbedrag vaste zorgkosten ter grootte van € 1.123,7 miljoen;
   c. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ter grootte van € 6.344,9 miljoen.

Artikel 3

1. De opbrengst van de nominale rekenpremie wordt voor het jaar 2027 geraamd op € 28.941,5 miljoen.

2. De opbrengst van het verplicht eigen risico wordt voor het jaar 2027 geraamd op € 3.648,2 miljoen.

Artikel 4

De beschikbare middelen voor het verstrekken van de bijdragen aan zorgverzekeraars, bedoeld in artikel 32, vierde lid, onderdeel a, van de wet, omvatten voor het jaar 2027, naast de middelen, bedoeld in § 1.5 van hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering, een bedrag van € 36.539,9 miljoen.

HOOFDSTUK 2. REGELS TEN BEHOEVE VAN DE TOEKENNING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE (EX ANTE) AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 5

1. De klassen en gewichten, bedoeld in de artikelen 3.4 en 3.6 van het Besluit zorgverzekering zijn vermeld in de bijlagen 1 en 3.

2. Bij de indeling van verzekerden in de klassen van het vereveningscriterium MHK laat het Zorginstituut de kosten van verpleging en verzorging, verloskundige zorg, kraamzorg en hulpmiddelengebruik buiten beschouwing.

3. Bij de indeling van verzekerden in de klassen van het vereveningscriterium HSM laat het Zorginstituut de indeling van verzekerden in de vereveningscriteria HKG's, HSM en IBZ uit het verleden buiten beschouwing.

Artikel 6

1. In afwijking van artikel 5 en bijlage 1, tabellen 1.2, 1.3, 1.9 en 1.11, en bijlage 3, tabellen 3.2 en 3.3, wordt een verzekerde die in het buitenland woont ingedeeld in de klassen 'Geen FKG', 'Geen DKG', 'Geen FDG', 'Geen HSM', 'Geen FKG psychische aandoeningen' en 'Geen DKG psychische aandoeningen'.

2. In afwijking van artikel 5 en bijlage 1, tabel 1.13, wordt een verzekerde die in het buitenland woont niet ingedeeld bij het criterium OKH.

3. In afwijking van artikel 5 en bijlage 1, tabel 1.12, wordt een verzekerde jonger dan 15 jaar of ouder dan 54 jaar ingedeeld in de klasse 'Geen IBZ'.

Artikel 7

1. De nominale rekenpremie per jaar bedraagt € 1.964 per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald.

2. Het Zorginstituut raamt de opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar, bedoeld in artikel 3.10, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering, door het geraamde aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie.

3. Het Zorginstituut raamt het aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald door het geraamde aantal zorgverzekeringen van verzekerden van 18 jaar of ouder bij een zorgverzekeraar te verminderen met het geraamde aantal zorgverzekeringen van verzekerden als bedoeld in artikel 24 van de wet.

Artikel 8

1. Het Zorginstituut raamt de opbrengst van het verplicht eigen risico per zorgverzekeraar, bedoeld in artikel 3.10, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering, door per verzekerde van 18 jaar of ouder, met uitzondering van verzekerden als bedoeld in artikel 24 van de wet, de geraamde opbrengst van het verplicht eigen risico te bepalen en vervolgens de geraamde opbrengsten per zorgverzekeraar te sommeren.

2. Het Zorginstituut gaat voor de bepaling van de geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in het eerste lid, voor verzekerden van 18 jaar of ouder die zowel onder de klasse 'Geen FKG', als onder de klassen 'Geen FKG psychische aandoeningen', 'Geen DKG', 'Geen DKG psychische aandoeningen', 'Geen FDG', 'Geen MVV' en 'Geen HHK' vallen en niet worden ingedeeld bij MHK-klasse '2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 15 procent' of hoger of GGZ-MHK-klasse 'Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 10 promille' of hoger, uit van verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, AVI, regio, MHK en SEI en de in bijlage 5 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in bijlage 5 aangegeven klassenindeling van de criteria aangehouden.

3. In afwijking van het tweede lid worden verzekerden die in het buitenland wonen niet ingedeeld bij het criterium regio.

4. De geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in het eerste lid, bedraagt voor verzekerden van 18 jaar of ouder waarop het tweede lid niet van toepassing is:

a. voor seizoenarbeiders: € 242,65;
b. voor in het buitenland woonachtige verzekerden die geen seizoenarbeider zijn: € 260,77;
c. voor overige verzekerden: € 356,18.

Artikel 9

1. Het Zorginstituut wijst bij samenloop van klassen van een vereveningscriterium alleen de hoogste klasse van dat criterium die voor de betreffende verzekerde van toepassing is toe.

2. In afwijking van het eerste lid wijst het Zorginstituut bij samenloop van klassen bij het vereveningscriterium PPA en OKH alleen de laagste klasse van dat criterium die voor de betreffende verzekerde van toepassing is toe.

3. In afwijking van het eerste lid wijst het Zorginstituut alle toepasselijke klassen toe van de volgende vereveningscriteria:
   a. FKG's, voor zover de in bijlage 6, tabel 6.1, opgenomen restricties die toewijzing niet verhinderen;
   b. DKG's, waarbij een klasse meerdere malen kan worden toegewezen; en
   c. FKG's psychische aandoeningen, voor zover de in bijlage 6, tabel 6.2, opgenomen restricties die toewijzing niet verhinderen.

4. Het Zorginstituut deelt bij het vereveningscriterium FKG's een verzekerde niet in op basis van de verstrekking van een geneesmiddel die in een van de vier aan het vereveningsjaar voorafgaande kalenderjaren is opgehouden een verstrekking van een duur intramuraal geneesmiddel te zijn.

5. Voor de indeling van een verzekerde bij het vereveningscriterium AVI geldt dat:
   a. het Zorginstituut een verzekerde van 18 tot en met 64 jaar die in meerdere klassen van het vereveningscriterium AVI is in te delen, in afwijking van het eerste lid, indeelt op basis van de volgorde in de volgende trechtering:
      1. duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA);
      2. arbeidsongeschikten;
      3. bijstandsgerechtigden;
      4. studenten van 18 tot en met 34 jaar en hoogopgeleiden van 18 tot en met 44 jaar;
      5. werklozen en loontrekkers;
      6. zelfstandigen;
      7. alle verzekerden die niet zijn ingedeeld onder 1 tot en met 6, zij vormen samen met de verzekerden onder 5 de referentiegroep;
   b. het Zorginstituut een verzekerde van 0 tot en met 17 jaar indeelt op basis van de AVI-indeling van de volwassenen op hetzelfde adres. Indien er meerdere volwassenen op hetzelfde adres wonen, deelt het Zorginstituut de verzekerde, bedoeld in de vorige zin, in de relevante AVI-klasse in die het eerst voorkomt in de trechtering van onderdeel a. Bij die indeling worden alleen volwassenen betrokken die jonger zijn dan 65 jaar;
   c. het Zorginstituut een verzekerde van 65 tot en met 69 jaar indeelt op basis van de AVI-indeling in het voorafgaande vereveningsjaar.

6. Het Zorginstituut deelt verzekerden van 18 jaar of ouder blijvend, met of zonder behandeling in een Wlz-instelling of in de extramurale Wlz bij het vereveningscriterium MVV in de klasse 'Geen MVV' in en bij het vereveningscriterium MHK in de klasse 'Geen MHK'.

7. Het Zorginstituut stelt als bijlage bij de beleidsregels, bedoeld in artikel 32, vijfde lid, van de wet, referentiebestanden vast voor de gehanteerde vereveningscriteria ter onderbouwing van de indeling van verzekerden in de klassen van het desbetreffende vereveningscriterium.

HOOFDSTUK 3. REGELS TEN BEHOEVE VAN DE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE (EX POST) TEN BEHOEVE VAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 10

1. Een verzekerde die slechts gedurende een deel van het vereveningsjaar bij een zorgverzekeraar verzekerd was, telt voor het vaststellen van de vereveningsbijdrage voor die zorgverzekeraar mee in een mate die bepaald wordt door het aantal dagen dat hij in dat jaar bij die zorgverzekeraar verzekerd was te delen door het aantal dagen in dat jaar.

2. Indien een verzekerde gedurende een aantal dagen van het vereveningsjaar bij meer dan één zorgverzekeraar verzekerd was, telt hij voor het vaststellen van de vereveningsbijdrage over die

periode mee in een mate die bepaald wordt door het getal 1 te delen door het aantal zorgverzekeraars waarbij hij in die periode verzekerd was.

Artikel 11

1. Nadat het Zorginstituut de gerealiseerde kosten op de in de artikelen 12 tot en met 15 beschreven wijze heeft toegedeeld, herberekent het Zorginstituut voor de clusters 'variabele zorgkosten' en 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' de relevante deelbedragen met gebruik van de referentiebestanden, bedoeld in artikel 9, zevende lid.

2. Het Zorginstituut gaat bij de herberekening, bedoeld in het eerste lid, uit van de gerealiseerde kosten voor elk van beide clusters en van gerealiseerde aantallen verzekerden per klasse van ieder vereveningscriterium. Voor de herberekening van de vereveningsbijdrage voor het cluster 'variabele zorgkosten' past het Zorginstituut de gewichten in de tabellen van bijlage 2 toe. Voor de herberekening van de vereveningsbijdrage voor het cluster 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' past het Zorginstituut de gewichten in de tabellen van bijlage 4 toe.

3. De gerealiseerde aantallen verzekerden per klasse van ieder vereveningscriterium worden voor de hiernavolgende criteria aan de hand van realisatiecijfers over de volgende jaren berekend:
   a. leeftijd en geslacht: 2027;
   b. FKG's: 2026;
   c. DKG's: 2026;
   d. AVI: 2027;
   e. regio: 2027;
   f. SES: 2026 en 2027;
   g. MHK: 2024, 2025 en 2026;
   h. GGZ-regio: 2027;
   i. FKG's psychische aandoeningen: 2026;
   j. DKG's psychische aandoeningen: 2024, 2025 en 2026;
   k. PPA: 2026 en 2027;
   l. GGZ-MHK: 2022, 2023, 2024, 2025 en 2026;
   m. FDG: 2026;
   n. MVV: 2024, 2025 en 2026;
   o. HSM: 2024;
   p. IBZ: 2026 en 2027;
   q. OKH: 2024, 2025 en 2026;
   r. HHK: 2024, 2025 en 2026;
   s. SEI: 2026 en 2027.

4. In afwijking van het tweede lid herberekent het Zorginstituut het gewicht van de in bijlage 7, tabel 7.1 en tabel 7.2, genoemde aanpassingsklassen zodanig dat het voor de in die tabel bij de betreffende aanpassingsklasse genoemde betrokken klassen gesommeerde verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in de relevante tabel in bijlage 2 of 4 en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in die tabel, teniet wordt gedaan. Het Zorginstituut rondt de herberekende gewichten af op twee decimalen.

Artikel 12

1. Het Zorginstituut merkt kosten als bedoeld in artikel 3.13 van het Besluit zorgverzekering, voor prestaties van grensoverschrijdende zorg:
   a. die zodanig zijn gespecificeerd dat uit de specificatie blijkt dat zij gelden als kosten van geneeskundige zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters die plegen te bieden die gericht is op het herstel van een psychische aandoening alsmede het daarmee gepaard gaande verblijf gedurende een onafgebroken periode van niet meer dan 1.095 dagen, aan als kosten van het cluster 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg'; en
   b. waarvan de specificatie niet voldoet aan onderdeel a aan als kosten van het cluster 'variabele zorgkosten'.

2. Het Zorginstituut merkt kosten voor prestaties van grensoverschrijdende zorg die gemaakt zijn met toepassing van internationale regelingen inzake sociale zekerheid, aan als kosten van het cluster 'variabele zorgkosten'.

Artikel 13

1. Met uitzondering van betalingen uit hoofde van een verplicht of vrijwillig eigen risico, deelt het

Zorginstituut zorgkosten die voor rekening komen van de verzekerden niet toe aan een cluster van prestaties.

2. Het Zorginstituut deelt renteheffingskosten niet toe aan een cluster van prestaties.

Artikel 14

Het Zorginstituut merkt de kosten van bij een experiment als bedoeld in artikel 58 van de Wet marktordening gezondheidszorg betrokken prestaties voor een door hem per instelling vast te stellen percentage aan als kosten van het cluster 'variabele zorgkosten'.

Artikel 15

1. Het Zorginstituut merkt de kosten van bij een experiment als bedoeld in artikel 58 van de Wet marktordening gezondheidszorg betrokken prestaties voor 100 procent minus het op basis van artikel 14 resulterend percentage, aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.

2. Het Zorginstituut merkt de kosten van een verstrekking van een geneesmiddel die in het vereveningsjaar of de vier daaraan voorafgaande kalenderjaren is opgehouden een verstrekking van een duur intramuraal geneesmiddel te zijn, aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.

3. Het Zorginstituut merkt de kosten ter zake van prestaties voor impactvolle transformaties en voor doorbraakmiddelen, die de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg heeft beschreven, en waarvan de plausibiliteit is gebleken, aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.

4. Het Zorginstituut calculeert 100 procent na op het verschil tussen de kosten van het cluster 'vaste zorgkosten', vastgesteld ingevolge het eerste, tweede en derde lid enerzijds, en het herberekende deelbedrag vaste zorgkosten na toepassing van artikel 3.15, tweede lid van het Besluit zorgverzekering anderzijds.

Artikel 16

1. Het Zorginstituut past als volgt hogekostencompensatie toe op het herberekende deelbedrag variabele zorgkosten, bedoeld in artikel 3.12, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering:
   a. 75% van de variabele zorgkosten van de verzekerde, voor zover deze kosten tussen € 450.761,– en € 1.301.500,– liggen, wordt berekend;
   b. 90% van de variabele zorgkosten van de verzekerde, voor zover deze kosten boven € 1.301.500,– liggen, wordt berekend;
   c. vervolgens worden de uitkomsten uit onderdeel a en b per zorgverzekeraar gesommeerd;
   d. daarna wordt het percentage berekend dat voortvloeit uit de verhouding tussen de som van de uitkomsten van onderdeel c van alle zorgverzekeraars samen en de herberekende deelbedragen variabele kosten van alle zorgverzekeraars samen, en dit percentage wordt toegepast op het corresponderende herberekende deelbedrag van een zorgverzekeraar;
   e. ten slotte wordt het herberekende deelbedrag per zorgverzekeraar nogmaals herberekend door hierbij het resultaat van onderdeel c op te tellen en vervolgens te verminderen met het resultaat van onderdeel d.

2. Het Zorginstituut kan bij een voorlopige vaststelling als bedoeld in artikel 3.20, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering, de toepassing van hogekostencompensatie achterwege laten. Het Zorginstituut past dan in afwijking van artikel 11, tweede lid, voor de herberekening van de vereveningsbijdrage voor het cluster 'variabele zorgkosten' de gewichten in de tabellen van bijlage 1 toe.

Artikel 17

1. Het Zorginstituut past als volgt hogekostencompensatie toe op het herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, bedoeld in artikel 3.12, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering:
   a. de drempelwaarde wordt bepaald, zodanig dat 1,5% van de verzekerden met kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg kosten gelijk aan of boven deze drempelwaarde heeft;
   b. 90% van de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van de verzekerde, voor zover deze kosten de drempelwaarde overschrijden, wordt berekend;
   c. vervolgens worden de uitkomsten uit onderdeel b per zorgverzekeraar gesommeerd;
   d. daarna wordt het percentage berekend dat voortvloeit uit de verhouding tussen de som van de

uitkomsten van onderdeel c van alle zorgverzekeraars samen en de herberekende deelbedragen kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van alle zorgverzekeraars samen, en dit percentage wordt toegepast op het corresponderende herberekende deelbedrag van een zorgverzekeraar;

e. ten slotte wordt het herberekende deelbedrag per zorgverzekeraar nogmaals herberekend door hierbij het resultaat van onderdeel c op te tellen en vervolgens te verminderen met het resultaat van onderdeel d.

2. Het Zorginstituut kan bij een voorlopige vaststelling als bedoeld in artikel 3.20, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering, de toepassing van hogekostencompensatie achterwege laten. Het Zorginstituut past dan in afwijking van artikel 11, tweede lid, voor de herberekening van de vereveningsbijdrage voor het cluster 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' de gewichten in de tabellen van bijlage 3 toe.

Artikel 17a

1. Het Zorginstituut past de bandbreedteregeling, bedoeld in artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering, toe.

2. Het bedrag en het percentage, bedoeld in artikel 3.16, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, zijn: € 10 en 90 procent.

Artikel 18

1. De opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in artikel 3.19, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, wordt berekend overeenkomstig artikel 7, met dien verstande, dat wordt uitgegaan van het gerealiseerde aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moest worden betaald.

2. De opbrengst van het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 3.19, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, wordt berekend overeenkomstig artikel 8, met dien verstande, dat wordt uitgegaan van het gerealiseerde aantal verzekerden van 18 jaar of ouder verminderd met het gerealiseerde aantal verzekerden als bedoeld in artikel 24 van de wet.

Artikel 19

De artikelen 5, tweede en derde lid, 6 en 9 zijn van overeenkomstige toepassing bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage ten behoeve van een zorgverzekeraar met dien verstande dat bij toepassing van hogekostencompensatie een verzekerde die in het buitenland woont, in afwijking van bijlage 2, tabellen 2.2, 2.3, 2.9 en 2.11, en bijlage 4, tabellen 4.2 en 4.3, wordt ingedeeld in de klassen 'Geen FKG', 'Geen DKG', 'Geen FDG', 'Geen HSM', 'Geen FKG psychische aandoeningen' en 'Geen DKG psychische aandoeningen' en in afwijking van bijlage 2, tabel 2.13, niet wordt ingedeeld bij het criterium OKH, en een verzekerde jonger dan 15 jaar of ouder dan 54 jaar, in afwijking van bijlage 2, tabel 2.12, wordt ingedeeld in de klasse 'Geen IBZ'.

HOOFDSTUK 4. AANVULLINGEN OP DE VEREVENINGSBIJDRAGE AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 20

Het in artikel 3.22, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering bedoelde bedrag per verzekerde bedraagt € 41.

HOOFDSTUK 5. BETALING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE AAN EEN ZORGVERZEKERAAR DOOR HET ZORGINSTITUUT

Artikel 21

De betaling van de bijdrage geschiedt overeenkomstig door het Zorginstituut te stellen beleidsregels, waarin een betaalschema is opgenomen dat rekening houdt met declaratiepatronen van zorgaanbieders.

HOOFDSTUK 6. SLOTBEPALINGEN

Artikel 22

Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst en werkt terug tot en met 30 september 2026.

Artikel 23

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling risicoverevening 2027.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
S.T.M. Hermans

BIJLAGE 1. NORMBEDRAGEN VEREVENINGSMODEL VARIABELE ZORGKOSTEN (BEHORENDE BIJ ARTIKEL 5 VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2027)

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

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

		Variabele zorgkosten
Mannen	0 jaar, geboren in het vereveningsjaar	14.573,65
	0 jaar, geboren in het voorafgaande jaar	4.270,63
	1–4 jaar	3.317,72
	5–9 jaar	2.994,60
	10–14 jaar	2.928,49
	15–17 jaar	3.053,97
	18–24 jaar	2.766,52
	25–29 jaar	2.794,87
	30–34 jaar	2.793,77
	35–39 jaar	2.864,47
	40–44 jaar	2.885,52
	45–49 jaar	2.984,99
	50–54 jaar	3.160,26
	55–59 jaar	3.395,06
	60–64 jaar	3.641,69
	65–69 jaar	3.942,22
	70–74 jaar	4.413,12
	75–79 jaar	4.822,33
	80–84 jaar	5.170,49
	85–89 jaar	5.773,99
	90+ jaar	6.627,32
Vrouwen en onbepaald geslacht	0 jaar, geboren in het vereveningsjaar	13.195,78
	0 jaar, geboren in het voorafgaande jaar	3.921,02
	1–4 jaar	3.008,80
	5–9 jaar	2.942,46
	10–14 jaar	2.968,24
	15–17 jaar	3.187,76
	18–24 jaar	2.916,77
	25–29 jaar	2.983,42
	30–34 jaar	3.010,75
	35–39 jaar	3.052,64
	40–44 jaar	3.116,97
	45–49 jaar	3.203,34
	50–54 jaar	3.280,71
	55–59 jaar	3.337,35
	60–64 jaar	3.444,34
	65–69 jaar	3.655,33
	70–74 jaar	4.058,09
	75–79 jaar	4.326,29
	80–84 jaar	4.805,21
	85–89 jaar	5.443,31
	90+ jaar	6.082,21

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

	Variabele zorgkosten
Geen FKG	–559,12
COPD/astma: Medicatie	296,40
Diabetes: Insuline	1.839,11
Diabetes: Orale medicatie	698,29
CVRM: Medicatie Licht	46,37

	Variabele zorgkosten
CVRM: Medicatie Zwaar	528,25
Schildklieraandoeningen	–47,11
Glaucoom	256,67
Depressie	195,42
Psychose	341,56
Epilepsie	699,27
Chronische antistolling	923,04
Transplantaties	3.739,07
Ziekte van Parkinson	3.317,76
Hartaandoeningen: overig	2.052,51
Chronische pijn exclusief opioïden	1.269,08
Neuropatische pijn	1.934,01
Diabetes type II zonder hypertensie	681,23
Diabetes type II met hypertensie	1.086,77
Diabetes type I zonder hypertensie	685,02
Diabetes type I met hypertensie	2.059,84
Cystic fibrosis/pancreasenzymen	1.908,28
Groeistoornissen o.b.v. add-on	1.606,85
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: overig	5.579,68
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: multiple sclerose	873,97
HIV/AIDS	140,84
Psoriasis en Eczeem	579,58
Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	715,94
Reuma	480,34
Auto-immuunziekten o.b.v. add-on	3.285,77
Nieraandoeningen o.b.v. add-on	9.320,78
Acromegalie	11.081,78
Immunoglobuline	36.962,08
Immunoglobuline o.b.v. add-on	15.687,73
Astma	595,57
COPD/Zware astma	2.085,50
COPD/Zware astma o.b.v. add-on	9.382,57
Hormoongevoelige tumoren	908,43
Kanker	561,45
Longkanker o.b.v. add-on	23.428,82
Hematologische maligniteit o.b.v. add-on	6.675,30
Carcinoom o.b.v. add-on	8.082,57
Overige kanker o.b.v. add-on	14.936,34
Pulmonale arteriële hypertensie	21.083,53
Maculadegeneratie o.b.v. add-on	2.618,81
Hypercholesterolemie	1.209,32
Hartaandoeningen: anti-aritmica	1.436,59
Verslaving exclusief nicotine	2.098,39
Cystic fibrosis: CFTR-Modulatoren	66.822,92
Benigne prostaathyperplasie	324,55
Chronische migraine	2.323,09
Extreem hoge kosten cluster 1	91.081,76
Extreem hoge kosten cluster 2	135.208,79
Extreem hoge kosten cluster 3	384.153,04
Extreem hoge kosten cluster 4	549.577,19

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

	Variabele zorgkosten
Geen DKG	–518,82
1	364,28
2	911,38
3	1.543,77
4	2.154,79

	Variabele zorgkosten
5	2.687,22
6	2.971,44
7	4.155,87
8	4.310,24
9	5.423,40
10	5.229,92
11	5.262,86
12	6.582,60
13	6.820,80
14	10.503,16
15	8.252,70
16	7.547,58
17	10.641,85
18	12.144,06
19	10.121,03
20	6.564,55
21	12.330,91
22	12.791,80
23	12.180,43
24	10.841,02
25	16.496,08
26	16.602,81
27	19.594,27
28	24.474,56
29	32.852,17
30	9.746,15
31	69.518,34
32	45.656,68

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

		Variabele zorgkosten
	70+ jaar	0,00
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	0–17 jaar	250,75
	18–34 jaar	1.822,07
	35–44 jaar	993,80
	45–54 jaar	748,20
	55–64 jaar	593,20
	65–69 jaar	512,09
Arbeidsongeschikten excl. IVA	0–17 jaar	270,91
	18–34 jaar	343,35
	35–44 jaar	448,88
	45–54 jaar	481,27
	55–64 jaar	336,58
	65–69 jaar	421,54
Bijstandsgerechtigden	0–17 jaar	275,74
	18–34 jaar	334,92
	35–44 jaar	283,91
	45–54 jaar	248,82
	55–64 jaar	260,85
	65–69 jaar	238,40
Studenten en hoogopgeleiden	0–17 jaar	-166,85
	18–34 jaar	–72,13
Hoogopgeleiden	35–44 jaar	–130,48
Zelfstandigen	0–17 jaar	–22,95
	18–34 jaar	–64,00
	35–44 jaar	–116,67
	45–54 jaar	–201,47
	55–64 jaar	–328,28

		Variabele zorgkosten
	65–69 jaar	38,87
Referentiegroep	0–17 jaar	37,43
	18–34 jaar	15,91
	35–44 jaar	8,81
	45–54 jaar	–46,80
	55–64 jaar	–52,29
	65–69 jaar	–113,69

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

	Variabele zorgkosten
1	67,98
2	42,13
3	36,69
4	20,29
5	1,48
6	–35,76
7	–19,52
8	–27,63
9	–35,55
10	–49,77

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

		Variabele zorgkosten
1 (zeer laag)	0–17 jaar	40,86
	18–69 jaar	21,56
	70+ jaar	–153,02
2 (laag)	0–17 jaar	12,12
	18–69 jaar	23,68
	70+ jaar	–72,28
3 (midden)	0–17 jaar	–22,88
	18–69 jaar	1,59
	70+ jaar	53,53
4 (hoog)	0–17 jaar	–12,55
	18–69 jaar	–31,83
	70+ jaar	96,80

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

		Variabele zorgkosten
	0–17 jaar	0,00
Wlz-instelling met behandeling, blijvend	18–69 jaar	45,33
	70–79 jaar	–1.711,40
	80+ jaar	–3.489,43
Wlz-instelling zonder behandeling of extramurale Wlz, blijvend	18–69 jaar	2.089,15
	70–79 jaar	2.742,62
	80+ jaar	920,40
Wlz-instelling met behandeling, instromend	18–69 jaar	23.007,35
	70–79 jaar	16.748,09
	80+ jaar	11.642,89
Wlz-instelling zonder behandeling of extramurale Wlz, instromend	18–69 jaar	5.678,91
	70–79 jaar	5.328,02
	80+ jaar	3.404,03
Eenpersoonshuishouden	18–69 jaar	53,64
	70–79 jaar	247,15
	80+ jaar	269,27
Overig	18–69 jaar	–37,78

		Variabele zorgkosten
	70–79 jaar	–201,31
	80+ jaar	–293,04

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

	Variabele zorgkosten
Geen MHK	–680,98
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent	187,14
2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 15 procent	2.339,82
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent	3.718,27
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 7 procent	6.035,37
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 4 procent	10.234,60
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 2 procent	16.661,54
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 1 procent	25.317,55
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 0,5 procent	47.856,98

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

	Variabele zorgkosten
Geen FDG	–44,18
1	597,05
2	1.910,05
3	5.823,91
4	4.905,13

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

	Variabele zorgkosten
Geen MVV	–177,83
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 3,5 procent	1.630,32
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 3 procent	1.856,41
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 2,5 procent	3.042,06
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 2 procent	5.186,62
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 1,5 procent	8.108,95
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 1 procent	12.160,78
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 0,5 procent	16.363,32
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 0,25 procent	28.204,78
Kosten V&V voorafgaand jaar in top 0,25%; 0 – 17 jaar	84.174,94

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

	Variabele zorgkosten
Geen HSM	–138,31
Ten minste 1 keer in positieve somatische morbiditeitsklasse in vereveningsjaar 3 jaar eerder	149,95

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

	Variabele zorgkosten
Geen IBZ	–97,78
Zwanger in het vereveningsjaar, maar niet bevallen in het vereveningsjaar	3.010,61
Bevallen in het vereveningsjaar, start zwangerschap in het daaraan voorafgaande kalenderjaar	7.543,93
Bevallen in het vereveningsjaar, start zwangerschap in het vereveningsjaar	9.332,21

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

		Variabele zorgkosten
(Deels) niet verzekerd in het aan het vereveningsjaar voorafgaande jaar	5–44 jaar	110,43
	45+ jaar	1.361,31
(Deels) niet verzekerd in het tweede en/of derde aan het vereveningsjaar voorafgaande jaar	5–44 jaar	64,48

		Variabele zorgkosten
	45+ jaar	338,48
Volledig verzekerd in de drie aan het vereveningsjaar voorafgaande jaren en/of 0 t/m 4 jaar	0–44 jaar	–5,32
	45+ jaar	–10,05

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

	Variabele zorgkosten
Geen HHK	–157,44
Gesommeerde hulpmiddelenkosten 3 voorafgaande jaren in top 9 procent	677,17
Gesommeerde hulpmiddelenkosten 3 voorafgaande jaren in top 3 procent	2.419,55
Gesommeerde hulpmiddelenkosten 3 voorafgaande jaren in top 1 procent	4.163,62
Gesommeerde hulpmiddelenkosten 3 voorafgaande jaren in top 0,5 procent	7.037,58
Gesommeerde hulpmiddelenkosten 3 voorafgaande jaren in top 0,2 procent	9.159,15
Gesommeerde hulpmiddelenkosten 3 voorafgaande jaren in top 0,1 procent	14.006,78

Tabel 1.15. Gewichten voor het vereveningscriterium SEI (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
In Nederland woonachtige verzekerde	–4,48
Seizoenarbeider	–125,24
Overige in het buitenland woonachtige verzekerde	658,94

BIJLAGE 2. NORMBEDRAGEN VEREVENINGSMODEL VARIABELE ZORGKOSTEN BIJ TOEPASSING VAN HOGEKOSTENCOMPENSATIE (BEHORENDE BIJ ARTIKEL 11, TWEEDE LID, VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2027)

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

Tabel 2.1. Gewichten voor het vereveningscriterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)[1]

		Variabele zorgkosten
Mannen	0 jaar, geboren in het vereveningsjaar	14.469,20
	0 jaar, geboren in het voorafgaande jaar	4.248,38
	1–4 jaar	3.320,97
	5-9 jaar	2.986,51
	10-14 jaar	2.925,51
	15-17 jaar	3.047,36
	18-24 jaar	2.763,90
	25-29 jaar	2.793,81
	30-34 jaar	2.793,32
	35-39 jaar	2.864,78
	40-44 jaar	2.884,67
	45-49 jaar	2.984,51
	50-54 jaar	3.160,11
	55-59 jaar	3.396,12
	60-64 jaar	3.643,50
	65–69 jaar	3.945,54
	70-74 jaar	4.417,12
	75-79 jaar	4.828,21
	80-84 jaar	5.175,10
	85-89 jaar	5.780,93
	90+ jaar	6.634,44
Vrouwen en onbepaald geslacht	0 jaar, geboren in het vereveningsjaar	13.051,99
	0 jaar, geboren in het voorafgaande jaar	3.915,40
	1–4 jaar	3.010,62
	5-9 jaar	2.944,89
	10-14 jaar	2.963,36
	15-17 jaar	3.189,63
	18-24 jaar	2.916,47
	25-29 jaar	2.982,29
	30-34 jaar	3.010,29
	35-39 jaar	3.053,27
	40-44 jaar	3.117,63
	45-49 jaar	3.204,73
	50-54 jaar	3.281,12
	55-59 jaar	3.338,71
	60-64 jaar	3.445,14
	65–69 jaar	3.658,89
	70-74 jaar	4.061,77
	75-79 jaar	4.331,27
	80-84 jaar	4.808,90
	85-89 jaar	5.448,29
	90+ jaar	6.088,88

[1] Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 2.2. Gewichten voor het vereveningscriterium FKG's (in euro's per verzekerde)[1]

	Variabele zorgkosten
Geen FKG	–555,92
COPD/astma: Medicatie	298,78

	Variabele zorgkosten
Diabetes: Insuline	1.836,62
Diabetes: Orale medicatie	699,47
CVRM: Medicatie Licht	46,34
CVRM: Medicatie Zwaar	526,75
Schildklieraandoeningen	–44,02
Glaucoom	259,50
Depressie	198,67
Psychose	343,68
Epilepsie	697,59
Chronische antistolling	923,27
Transplantaties	3.617,86
Ziekte van Parkinson	3.319,84
Hartaandoeningen: overig	2.052,32
Chronische pijn exclusief opioïden	1.272,01
Neuropatische pijn	1.954,28
Diabetes type II zonder hypertensie	682,13
Diabetes type II met hypertensie	1.086,72
Diabetes type I zonder hypertensie	709,72
Diabetes type I met hypertensie	2.068,65
Cystic fibrosis/pancreasenzymen	1.891,88
Groeistoornissen o.b.v. add-on	1.687,15
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: overig	5.605,69
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: multiple sclerose	827,59
HIV/AIDS	133,85
Psoriasis en Eczeem	582,50
Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	725,63
Reuma	484,22
Auto-immuunziekten o.b.v. add-on	3.280,23
Nieraandoeningen o.b.v. add-on	9.360,75
Acromegalie	11.100,38
Immunoglobuline	35.989,91
Immunoglobuline o.b.v. add-on	15.595,41
Astma	593,77
COPD/Zware astma	2.077,31
COPD/Zware astma o.b.v. add-on	9.349,39
Hormoongevoelige tumoren	891,17
Kanker	566,28
Longkanker o.b.v. add-on	23.450,75
Hematologische maligniteit o.b.v. add-on	6.507,65
Carcinoom o.b.v. add-on	8.048,98
Overige kanker o.b.v. add-on	14.719,82
Pulmonale arteriële hypertensie	21.149,01
Maculadegeneratie o.b.v. add-on	2.617,70
Hypercholesterolemie	1.204,41
Hartaandoeningen: anti-aritmica	1.438,50
Verslaving exclusief nicotine	2.105,18
Cystic fibrosis: CFTR-modulatoren	67.442,28
Benigne prostaathyperplasie	326,04
Chronische migraine	2.319,11
Extreem hoge kosten cluster 1	91.009,06
Extreem hoge kosten cluster 2	128.956,60
Extreem hoge kosten cluster 3	320.450,35
Extreem hoge kosten cluster 4	388.607,79

[1] Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 2.3. Gewichten voor het vereveningscriterium DKG's (in euro's per verzekerde)[1]

	Variabele zorgkosten
Geen DKG	–519,04
1	365,21
2	913,81
3	1.547,10
4	2.154,53
5	2.700,13
6	2.997,05
7	4.173,37
8	4.319,03
9	5.424,92
10	5.223,29
11	5.266,99
12	6.464,41
13	6.824,80
14	10.547,52
15	8.004,31
16	7.632,55
17	10.621,44
18	8.213,93
19	10.149,48
20	6.591,82
21	12.309,10
22	12.784,62
23	11.762,73
24	10.739,36
25	16.547,73
26	16.439,82
27	19.925,96
28	23.008,17
29	32.932,79
30	9.499,17
31	69.615,29
32	45.671,90

[1] Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 2.4. Gewichten voor het vereveningscriterium AVI (in euro's per verzekerde)[1]

		Variabele zorgkosten
	70+ jaar	0,00
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	0–17 jaar	259,90
	18–34 jaar	1.702,58
	35–44 jaar	1.012,42
	45–54 jaar	750,63
	55–64 jaar	603,08
	65–69 jaar	518,75
Arbeidsongeschikten excl. IVA	0–17 jaar	273,29
	18–34 jaar	327,29
	35–44 jaar	455,28
	45–54 jaar	479,99
	55–64 jaar	336,43
	65–69 jaar	424,13
Bijstandsgerechtigden	0–17 jaar	278,36
	18–34 jaar	330,35
	35–44 jaar	278,98
	45–54 jaar	249,65
	55–64 jaar	262,06
	65–69 jaar	240,47
Studenten en hoogopgeleiden	0–17 jaar	–163,90

		Variabele zorgkosten
	18–34 jaar	–70,95
Hoogopgeleiden	35–44 jaar	–130,22
Zelfstandigen	0–17 jaar	–13,82
	18–34 jaar	–63,18
	35–44 jaar	–115,55
	45–54 jaar	–201,47
	55–64 jaar	–327,28
	65–69 jaar	39,75
Referentiegroep	0–17 jaar	34,10
	18–34 jaar	16,35
	35–44 jaar	8,00
	45–54 jaar	–46,80
	55–64 jaar	–52,94
	65–69 jaar	–114,73

[1] Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 2.5. Gewichten voor het vereveningscriterium regio (in euro's per verzekerde)[1]

	Variabele zorgkosten
1	66,34
2	40,06
3	36,85
4	20,90
5	0,93
6	–34,93
7	–17,85
8	–28,61
9	–34,63
10	–48,74

[1] Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 2.6. Gewichten voor het vereveningscriterium SES (in euro's per verzekerde)[1]

		Variabele zorgkosten
1 (zeer laag)	0–17 jaar	43,81
	18–69 jaar	22,09
	70+ jaar	–153,73
2 (laag)	0–17 jaar	16,88
	18–69 jaar	23,93
	70+ jaar	–73,19
3 (midden)	0–17 jaar	–27,61
	18–69 jaar	1,83
	70+ jaar	53,71
4 (hoog)	0–17 jaar	–12,97
	18–69 jaar	–32,59
	70+ jaar	97,71

[1] Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 2.7. Gewichten voor het vereveningscriterium PPA (in euro's per verzekerde)[1]

		Variabele zorgkosten
	0–17 jaar	0,00
Wlz-instelling met behandeling, blijvend	18–69 jaar	52,19
	70–79 jaar	–1.714,92
	80+ jaar	–3.494,08
Wlz-instelling zonder behandeling of extramurale Wlz, blijvend	18–69 jaar	2.077,04

		Variabele zorgkosten
	70–79 jaar	2.758,50
	80+ jaar	924,88
Wlz-instelling met behandeling, instromend	18–69 jaar	23.029,85
	70–79 jaar	16.759,16
	80+ jaar	11.656,25
Wlz-instelling zonder behandeling of extramurale Wlz, instromend	18–69 jaar	5.694,68
	70–79 jaar	5.354,26
	80+ jaar	3.415,79
Eenpersoonshuishouden	18–69 jaar	53,66
	70–79 jaar	247,00
	80+ jaar	269,73
Overig	18–69 jaar	–37,74
	70–79 jaar	–201,66
	80+ jaar	–294,26

[1] Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 2.8. Gewichten voor het vereveningscriterium MHK (in euro's per verzekerde)[1]

	Variabele zorgkosten
Geen MHK	–682,13
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent	186,93
2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 15 procent	2.349,80
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent	3.726,46
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 7 procent	6.053,83
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 4 procent	10.261,18
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 2 procent	16.707,60
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 1 procent	25.455,94
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 0,5 procent	47.481,46

[1] Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 2.9. Gewichten voor het vereveningscriterium FDG (in euro's per verzekerde)[1]

	Variabele zorgkosten
Geen FDG	–44,72
1	609,96
2	1.929,39
3	5.824,78
4	4.681,70

[1] Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 2.10. Gewichten voor het vereveningscriterium MVV (in euro's per verzekerde)[1]

	Variabele zorgkosten
Geen MVV	–177,97
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 3,5 procent	1.628,37
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 3 procent	1.855,11
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 2,5 procent	3.047,58
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 2 procent	5.212,11
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 1,5 procent	8.154,19
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 1 procent	12.101,04
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 0,5 procent	16.420,78
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 0,25 procent	28.247,66
Kosten V&V voorafgaand jaar in top 0,25%; 0 – 17 jaar	83.053,55

[1] Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 2.11. Gewichten voor het vereveningscriterium HSM (in euro's per verzekerde)[1]

	Variabele zorgkosten
Geen HSM	–138,33
Ten minste 1 keer in positieve somatische morbiditeitsklasse in vereveningsjaar 3 jaar eerder	149,97

[1] Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 2.12. Gewichten voor het vereveningscriterium IBZ (in euro's per verzekerde)[1]

	Variabele zorgkosten
Geen IBZ	–97,89
Zwanger in het vereveningsjaar, maar niet bevallen in het vereveningsjaar	3.013,41
Bevallen in het vereveningsjaar, start zwangerschap in het daaraan voorafgaande kalenderjaar	7.553,02
Bevallen in het vereveningsjaar, start zwangerschap in het vereveningsjaar	9.343,41

[1] Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 2.13. Gewichten voor het vereveningscriterium OKH (in euro's per verzekerde)[1]

		Variabele zorgkosten
(Deels) niet verzekerd in het aan het vereveningsjaar voorafgaande jaar	5–44 jaar	111,54
	45+ jaar	1.362,50
(Deels) niet verzekerd in het tweede en/of derde aan het vereveningsjaar voorafgaande jaar	5–44 jaar	65,66
	45+ jaar	338,78
Volledig verzekerd in de drie aan het vereveningsjaar voorafgaande jaren en/of 0 t/m 4 jaar	0-44 jaar	–5,39
	45+ jaar	–10,06

[1] Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 2.14. Gewichten voor het vereveningscriterium HHK (in euro's per verzekerde)[1]

	Variabele zorgkosten
Geen HHK	–156,87
Gesommeerde hulpmiddelenkosten 3 voorafgaande jaren in top 9 procent	676,99
Gesommeerde hulpmiddelenkosten 3 voorafgaande jaren in top 3 procent	2.406,87
Gesommeerde hulpmiddelenkosten 3 voorafgaande jaren in top 1 procent	4.156,15
Gesommeerde hulpmiddelenkosten 3 voorafgaande jaren in top 0,5 procent	7.022,02
Gesommeerde hulpmiddelenkosten 3 voorafgaande jaren in top 0,2 procent	9.178,00
Gesommeerde hulpmiddelenkosten 3 voorafgaande jaren in top 0,1 procent	13.778,51

[1] Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 2.15. Gewichten voor het vereveningscriterium SEI (in euro's per verzekerde)[1]

	Variabele zorgkosten
In Nederland woonachtige verzekerde	–4,46
Seizoenarbeider	–126,41
Overige in het buitenland woonachtige verzekerde	657,02

[1] Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

BIJLAGE 3. NORMBEDRAGEN VEREVENINGSMODEL GENEESKUNDIGE GGZ(BEHORENDE BIJ ARTIKEL 5 VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2027)

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

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

		Kosten van geneeskundige GGZ
Mannen	18–24 jaar	491,70
	25–29 jaar	483,19
	30–34 jaar	459,41
	35–39 jaar	441,26
	40–44 jaar	426,94
	45–49 jaar	384,97
	50–54 jaar	384,97
	55–59 jaar	376,52
	60–64 jaar	376,52
	65–69 jaar	376,52
	70–74 jaar	376,42
	75–79 jaar	376,42
	80–84 jaar	370,55
	85–89 jaar	370,55
	90+ jaar	370,55
Vrouwen en onbepaald geslacht	18–24 jaar	655,90
	25–29 jaar	566,59
	30–34 jaar	511,98
	35–39 jaar	482,10
	40–44 jaar	438,81
	45–49 jaar	422,21
	50–54 jaar	384,97
	55–59 jaar	376,52
	60–64 jaar	376,52
	65–69 jaar	376,52
	70–74 jaar	376,42
	75–79 jaar	376,42
	80–84 jaar	370,55
	85–89 jaar	370,55
	90+ jaar	370,55

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

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen FKG psychische aandoeningen	–44,62
ADHD	35,45
Verslaving exclusief nicotine	–44,62
Angststoornissen (benzodiazepinen)	1.244,45
Chronische stemmingsstoornissen	270,66
Bipolaire stoornissen regulier	735,80
Bipolaire stoornissen complex	3.105,18
Psychose	2.042,82
Chronische stemmingsstoornissen complex	2.055,33
Psychose depot	5.061,00

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

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen DKG psychische aandoeningen	–247,23
1	1.480,17

	Kosten van geneeskundige GGZ
2	1.576,27
3	3.462,25
4	5.880,93
5	7.074,68
6	7.899,03
7	12.466,96
8	18.926,68
9	18.149,42
10	28.691,42
11	42.659,87
12	61.855,15
13	55.583,70
14	88.599,77
15	31.044,81
16	103.278,23

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

		Kosten van geneeskundige GGZ
	70+ jaar	0,00
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	18–34 jaar	750,73
	35–44 jaar	206,87
	45–54 jaar	–8,45
	55–64 jaar	0,00
	65–69 jaar	0,00
Arbeidsongeschikten excl. IVA	18–34 jaar	464,47
	35–44 jaar	407,91
	45–54 jaar	97,48
	55–64 jaar	0,00
	65–69 jaar	0,00
Bijstandsgerechtigden	18–34 jaar	979,43
	35–44 jaar	197,82
	45–54 jaar	33,46
	55–64 jaar	0,00
	65–69 jaar	0,00
Studenten en hoogopgeleiden	18–34 jaar	–74,33
Hoogopgeleiden	35–44 jaar	–39,12
Zelfstandigen	18–34 jaar	–82,89
	35–44 jaar	–50,42
	45–54 jaar	–8,45
	55–64 jaar	0,00
	65–69 jaar	0,00
Referentiegroep	18–34 jaar	–20,99
	35–44 jaar	–30,32
	45–54 jaar	–8,45
	55–64 jaar	0,00
	65–69 jaar	0,00

Tabel 3.5. Gewichten voor het vereveningscriterium GGZ-regio (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ
1	51,93
2	11,74
3	–4,99
4	–8,39
5	–8,39
6	–8,39
7	–8,39
8	–8,39

	Kosten van geneeskundige GGZ
9	–8,39
10	–8,39

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

		Kosten van geneeskundige GGZ
1 (zeer laag)	18–69 jaar	–3,07
	70+ jaar	0,00
2 (laag)	18–69 jaar	–3,07
	70+ jaar	0,00
3 (midden)	18–69 jaar	–3,07
	70+ jaar	0,00
4 (hoog)	18–69 jaar	7,17
	70+ jaar	0,00

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

		Kosten van geneeskundige GGZ
Wlz-instelling met behandeling, blijvend	18–69 jaar	–18,07
	70–79 jaar	–21,04
	80+ jaar	–15,17
Wlz-instelling zonder behandeling of extramurale Wlz, blijvend	18–69 jaar	–18,07
	70–79 jaar	–21,04
	80+ jaar	–15,17
Wlz-instelling met behandeling, instromend	18–69 jaar	7.895,91
	70–79 jaar	2.581,30
	80+ jaar	663,25
Wlz-instelling zonder behandeling of extramurale Wlz, instromend	18–69 jaar	3.577,67
	70–79 jaar	611,25
	80+ jaar	195,65
Eenpersoonshuishouden	18–69 jaar	81,40
	70–79 jaar	18,41
	80+ jaar	–15,17
Overig	18–69 jaar	–18,07
	70–79 jaar	–21,04
	80+ jaar	–15,17

Tabel 3.8. Gewichten voor het vereveningscriterium GGZ-MHK (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen GGZ-MHK	–55,15
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 98,5 procent met kosten GGZ >10 euro	32,19
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 10 promille[1]	1.034,83
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille[1]	2.880,99
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille[1]	5.264,36
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 1 promille[1]	9.879,26
5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille	16.421,45
5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille	28.154,11

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

Tabel 3.9. Gewichten voor het vereveningscriterium SEI (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ
In Nederland woonachtige verzekerde	0,63
Seizoenarbeider	–94,43

	Kosten van geneeskundige GGZ
Overige in het buitenland woonachtige verzekerde	–12,37

BIJLAGE 4. NORMBEDRAGEN VEREVENINGSMODEL GENEESKUNDIGE GGZ BIJ TOEPASSING VAN HOGEKOSTENCOMPENSATIE(BEHORENDE BIJ ARTIKEL 11, TWEEDE LID, VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2027)

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

Tabel 4.1. Gewichten voor het vereveningscriterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)[1]

		Kosten van geneeskundige GGZ
Mannen	18–24 jaar	491,22
	25–29 jaar	477,79
	30–34 jaar	461,81
	35–39 jaar	446,44
	40–44 jaar	432,76
	45–49 jaar	391,85
	50–54 jaar	381,21
	55–59 jaar	368,52
	60–64 jaar	368,52
	65–69 jaar	368,52
	70–74 jaar	365,36
	75–79 jaar	365,36
	80–84 jaar	362,13
	85–89 jaar	362,13
	90+ jaar	362,13
Vrouwen en onbepaald geslacht	18–24 jaar	661,58
	25–29 jaar	583,60
	30–34 jaar	532,81
	35–39 jaar	499,48
	40–44 jaar	451,12
	45–49 jaar	432,74
	50–54 jaar	389,41
	55–59 jaar	368,52
	60–64 jaar	368,52
	65–69 jaar	368,52
	70–74 jaar	365,36
	75–79 jaar	365,36
	80–84 jaar	362,13
	85–89 jaar	362,13
	90+ jaar	362,13

[1] Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 4.2. Gewichten voor het vereveningscriterium FKG's psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)[1]

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen FKG psychische aandoeningen	–44,11
ADHD	90,97
Verslaving exclusief nicotine	40,85
Angststoornissen (benzodiazepinen)	1.108,65
Chronische stemmingsstoornissen	308,39
Bipolaire stoornissen regulier	716,02
Bipolaire stoornissen complex	2.788,74
Psychose	1.789,87
Chronische stemmingsstoornissen complex	2.039,00
Psychose depot	4.162,56

[1] Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 4.3. Gewichten voor het vereveningscriterium DKG's psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)[1]

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen DKG psychische aandoeningen	–243,31
1	1.646,61
2	1.750,17
3	3.726,50
4	6.188,72
5	7.737,99
6	8.493,27
7	11.860,47
8	16.076,08
9	15.550,93
10	20.969,74
11	28.662,31
12	35.164,04
13	29.937,21
14	44.803,34
15	15.322,25
16	49.010,58

[1] Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 4.4. Gewichten voor het vereveningscriterium AVI (in euro's per verzekerde)[1]

		Kosten van geneeskundige GGZ
	70+ jaar	0,00
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	18–34 jaar	425,88
	35–44 jaar	164,71
	45–54 jaar	–12,70
	55–64 jaar	0,00
	65–69 jaar	0,00
Arbeidsongeschikten excl. IVA	18–34 jaar	367,11
	35–44 jaar	396,18
	45–54 jaar	141,55
	55–64 jaar	0,00
	65–69 jaar	0,00
Bijstandsgerechtigden	18–34 jaar	843,25
	35–44 jaar	202,30
	45–54 jaar	56,92
	55–64 jaar	0,00
	65–69 jaar	0,00
Studenten en hoogopgeleiden	18–34 jaar	–62,32
Hoogopgeleiden	35–44 jaar	–35,61
Zelfstandigen	18–34 jaar	–93,30
	35–44 jaar	–64,25
	45–54 jaar	–12,70
	55–64 jaar	0,00
	65–69 jaar	0,00
Referentiegroep	18–34 jaar	–15,49
	35–44 jaar	–29,36
	45–54 jaar	–12,70
	55–64 jaar	0,00
	65–69 jaar	0,00

[1] Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 4.5. Gewichten voor het vereveningscriterium GGZ-regio (in euro's per verzekerde)[1]

	Kosten van geneeskundige GGZ
1	34,88
2	16,88

	Kosten van geneeskundige GGZ
3	–2,40
4	–7,04
5	–7,04
6	–7,04
7	–7,04
8	–7,04
9	–7,04
10	–7,04

[1] Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 4.6. Gewichten voor het vereveningscriterium SES (in euro's per verzekerde)[1]

		Kosten van geneeskundige GGZ
1 (zeer laag)	18–69 jaar	0,00
	70+ jaar	0,00
2 (laag)	18–69 jaar	0,00
	70+ jaar	0,00
3 (midden)	18–69 jaar	0,00
	70+ jaar	0,00
4 (hoog)	18–69 jaar	0,00
	70+ jaar	0,00

[1] Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 4.7. Gewichten voor het vereveningscriterium PPA (in euro's per verzekerde)[1]

		Kosten van geneeskundige GGZ
Wlz-instelling met behandeling, blijvend	18–69 jaar	–18,34
	70–79 jaar	–15,19
	80+ jaar	–11,96
Wlz-instelling zonder behandeling of extramurale Wlz, blijvend	18–69 jaar	–18,34
	70–79 jaar	–15,19
	80+ jaar	–11,96
Wlz-instelling met behandeling, instromend	18–69 jaar	4.922,27
	70–79 jaar	1.982,39
	80+ jaar	495,30
Wlz-instelling zonder behandeling of extramurale Wlz, instromend	18–69 jaar	2.796,47
	70–79 jaar	498,57
	80+ jaar	169,70
Eenpersoonshuishouden	18–69 jaar	90,62
	70–79 jaar	10,72
	80+ jaar	–11,96
Overig	18–69 jaar	–18,34
	70–79 jaar	–15,19
	80+ jaar	–11,96

[1] Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 4.8. Gewichten voor het vereveningscriterium GGZ-MHK (in euro's per verzekerde)[1]

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen GGZ-MHK	–55,71
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 98,5 procent met kosten GGZ >10 euro	63,22
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 10 promille[2]	1.214,53
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille[2]	3.215,82
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille[2]	5.207,18
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 1 promille[2]	6.715,91

	Kosten van geneeskundige GGZ
5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille	14.852,27
5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille	20.756,01

1 Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.
2 Voor verzekerden jonger dan 24 jaar: ten minste 1 van de 5 voorafgaande jaren.

Tabel 4.9. Gewichten voor het vereveningscriterium SEI (in euro's per verzekerde)[1]

	Kosten van geneeskundige GGZ
In Nederland woonachtige verzekerde	0,76
Seizoenarbeider	–103,95
Overige in het buitenland woonachtige verzekerde	–20,46

1 Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

BIJLAGE 5. NORMBEDRAGEN VEREVENINGSMODEL VOOR DE EIGEN BETALINGEN TEN GEVOLGE VAN HET VERPLICHT EIGEN RISICOALLEEN VERZEKERDEN VAN 18 JAAR OF OUDER ZONDER FKG, FKG PSYCHISCHE AANDOENINGEN, DKG, DKG PSYCHISCHE AANDOENINGEN, FDG, MVV, HHK, EN NIET INGEDEELD BIJ MHK-KLASSE '2 VOORAFGAANDE JAREN VARIABELE ZORGKOSTEN IN TOP 15 PROCENT' OF HOGER OF GGZ-MHK-KLASSE 'TEN MINSTE 2 VAN DE 5 VOORAFGAANDE JAREN KOSTEN GGZ IN TOP 10 PROMILLE' OF HOGER (BEHORENDE BIJ ARTIKEL 8, TWEEDE LID, VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2027)

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

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

		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Mannen	18–24 jaar	123,40
	25–29 jaar	122,94
	30–34 jaar	124,21
	35–39 jaar	126,67
	40–44 jaar	128,47
	45–49 jaar	133,21
	50–54 jaar	142,11
	55–59 jaar	155,16
	60–64 jaar	167,49
	65–69 jaar	180,68
	70–74 jaar	196,16
	75–79 jaar	207,71
	80–84 jaar	214,87
	85–89 jaar	205,33
	90+ jaar	184,16
Vrouwen en onbepaald geslacht	18–24 jaar	172,51
	25–29 jaar	180,29
	30–34 jaar	188,05
	35–39 jaar	179,76
	40–44 jaar	173,70
	45–49 jaar	177,63
	50–54 jaar	185,52
	55–59 jaar	184,90
	60–64 jaar	187,94
	65–69 jaar	197,69
	70–74 jaar	209,20
	75–79 jaar	215,36
	80–84 jaar	214,35
	85–89 jaar	195,78
	90+ jaar	146,29

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

		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
	70+ jaar	0,00
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	18–34 jaar	46,31
	35–44 jaar	47,67
	45–54 jaar	41,64
	55–64 jaar	33,64
	65–69 jaar	19,63
Arbeidsongeschikten excl. IVA	18–34 jaar	38,09
	35–44 jaar	38,80
	45–54 jaar	38,84

		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
	55–64 jaar	28,44
	65–69 jaar	19,83
Bijstandsgerechtigden	18–34 jaar	30,39
	35–44 jaar	32,78
	45–54 jaar	27,07
	55–64 jaar	8,31
	65–69 jaar	–10,83
Studenten en hoogopgeleiden	18–34 jaar	–3,61
Hoogopgeleiden	35–44 jaar	–4,86
Zelfstandigen	18–34 jaar	–3,10
	35–44 jaar	–5,51
	45–54 jaar	–5,66
	55–64 jaar	–5,72
	65–69 jaar	–1,30
Referentiegroep	18–34 jaar	0,52
	35–44 jaar	–0,50
	45–54 jaar	–1,72
	55–64 jaar	–1,21
	65–69 jaar	–1,03

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

	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
1	0,00
2	0,14
3	0,54
4	0,18
5	–0,33
6	–0,47
7	–1,12
8	–0,25
9	0,08
10	1,19

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

	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Geen MHK	–23,66
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent	76,78

Tabel 5.5. Gewichten voor het vereveningscriterium SEI (in euro's per verzekerde)

	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
In Nederland woonachtige verzekerde	1,47
Seizoenarbeider	–112,06
Overige in het buitenland woonachtige verzekerde	–93,94

BIJLAGE 6. RESTRICTIES BIJ SAMENLOOP VAN MEERDERE INDELINGEN (BEHORENDE BIJ ARTIKEL 9, DERDE LID, VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2027)

De bijlage betreft restricties die gelden bij samenloop van meerdere indelingen bij vereveningscriteria waarbij meervoudige indeling mogelijk is (artikel 9, derde lid).

Tabel 6.1 Restricties bij samenloop van meerdere indelingen in een FKG

Bij samenloop met klasse ...,	wordt een verzekerde niet ingedeeld bij klasse(n) ...
Diabetes type I met hypertensie	Diabetes type I zonder hypertensie; Diabetes type II met hypertensie; Diabetes type II zonder hypertensie; Diabetes: Insuline; Diabetes: Orale medicatie; CVRM: Medicatie Zwaar; CVRM: Medicatie Licht.
Diabetes type I zonder hypertensie	Diabetes type II met hypertensie; Diabetes type II zonder hypertensie; Diabetes: Insuline; Diabetes: Orale medicatie.
Diabetes type II met hypertensie	Diabetes type II zonder hypertensie; Diabetes: Insuline; Diabetes: Orale medicatie; CVRM: Medicatie Zwaar; CVRM: Medicatie Licht.
Diabetes type II zonder hypertensie	Diabetes: Insuline; Diabetes: Orale medicatie.
Diabetes: Insuline	Diabetes: Orale medicatie.
Verslaving exclusief nicotine	Psychose; Depressie.
Psychose	Depressie.
Neuropathische pijn	Chronische pijn exclusief opioïden.
COPD/Zware astma o.b.v. add-on	COPD/Zware astma; Astma; COPD/astma: Medicatie.
COPD/Zware astma	Astma; COPD/astma: Medicatie.
Astma	COPD/astma: Medicatie.
Auto-immuunziekten o.b.v. add-on	Reuma; Psoriasis en Eczeem; Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa.
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: multiple sclerose	Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: overig.
Longkanker o.b.v. add-on	Hormoongevoelige tumoren; Kanker.
Carcinoom o.b.v. add-on	Hormoongevoelige tumoren; Kanker.
Hematologische maligniteit o.b.v. add-on	Hormoongevoelige tumoren; Kanker.
Overige kanker o.b.v. add-on	Hormoongevoelige tumoren; Kanker.
Hormoongevoelige tumoren	Kanker.
Pulmonale arteriële hypertensie	Chronische antistolling; Astma; COPD/Zware astma; CVRM: Medicatie Zwaar; CVRM: Medicatie Licht.
Hartaandoeningen: overig	Hartaandoeningen: anti-aritmica; Chronische antistolling; CVRM: Medicatie Zwaar; CVRM: Medicatie Licht.
Hartaandoeningen: anti-aritmica	Chronische antistolling; CVRM: Medicatie Zwaar; CVRM: Medicatie Licht.
Chronische antistolling	CVRM: Medicatie Zwaar; CVRM: Medicatie Licht.
Hypercholesterolemie	CVRM: Medicatie Zwaar; CVRM: Medicatie Licht.
CVRM: Medicatie Zwaar	CVRM: Medicatie Licht.
Chronische pijn exclusief opioïden	Psychose.
Schildklieraandoeningen	Groeistoornissen o.b.v. add-on.

Bij samenloop met klasse ...,	wordt een verzekerde niet ingedeeld bij klasse(n) ...
Cystic fibrosis: CFTR-modulatoren	Cystic fibrosis/pancreasenzymen.
Immunoglobuline o.b.v. add-on	Immunoglobuline.
Extreem hoge kosten cluster 4	Extreem hoge kosten cluster 3; Extreem hoge kosten cluster 2; Extreem hoge kosten cluster 1.
Extreem hoge kosten cluster 3	Extreem hoge kosten cluster 2; Extreem hoge kosten cluster 1.
Extreem hoge kosten cluster 2	Extreem hoge kosten cluster 1.

Tabel 6.2 Restricties bij samenloop van meerdere indelingen in een FKG psychische aandoeningen

Bij samenloop met klasse ...,	wordt een verzekerde niet ingedeeld bij klasse(n) ...
Psychose depot	Chronische stemmingsstoornissen complex; Psychose; Bipolaire stoornissen complex; Bipolaire stoornissen regulier; Chronische stemmingsstoornissen.
Chronische stemmingsstoornissen complex	Psychose; Bipolaire stoornissen complex; Bipolaire stoornissen regulier; Chronische stemmingsstoornissen.
Psychose	Bipolaire stoornissen complex; Bipolaire stoornissen regulier; Chronische stemmingsstoornissen.
Bipolaire stoornissen complex	Bipolaire stoornissen regulier; Chronische stemmingsstoornissen.
Bipolaire stoornissen regulier	Chronische stemmingsstoornissen.

BIJLAGE 7. HERBEREKENING VAN GEWICHTEN (BEHORENDE BIJ ARTIKEL 11, VIERDE LID, VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2027)

De bijlage betreft de herberekening van gewichten ('criteriumneutraliteit') voor de deelbedragen variabele zorgkosten en kosten van geneeskundige GGZ (artikel 11, vierde lid).

Tabel 7.1 Herberekening gewichten variabele zorgkosten

Kenmerk	Tabel	Aanpassingsklasse(n)	Betrokken klasse(n)
FKG's	2.2	Geen FKG.	Groeistoornissen o.b.v. add-on; Auto-immuunziekten o.b.v. add-on; Nieraandoeningen o.b.v. add-on; Immunoglobuline o.b.v. add-on; COPD/Zware astma o.b.v. add-on; Longkanker o.b.v. add-on; Hematologische maligniteit o.b.v. add-on; Carcinoom o.b.v. add-on; Overige kanker o.b.v. add-on; Maculadegeneratie o.b.v. add-on; Extreem hoge kosten cluster 1; Extreem hoge kosten cluster 2; Extreem hoge kosten cluster 3; Extreem hoge kosten cluster 4.
DKG's	2.3	Geen DKG	Alle klassen.
OKH	2.13	Per leeftijdsklasse: Volledig verzekerd in de drie aan het vereveningsjaar voorafgaande jaren en/of 0 t/m 4 jaar	Alle klassen van 0-44 jaar en 5–44 jaar respectievelijk 45+ jaar.

Tabel 7.2 Herberekening gewichten kosten van geneeskundige GGZ

Kenmerk	Tabel	Aanpassingsklasse(n)	Betrokken klasse(n)
DKG's psychische aandoeningen	4.3	Geen DKG psychische aandoeningen.	Alle klassen.
GGZ-MHK	4.8	Geen GGZ-MHK.	Alle klassen.

TOELICHTING

I. Algemeen

1. Inleiding

Een zorgverzekeraar dient iedere verzekeringsplichtige die een zorgverzekering bij hem wenst af te sluiten, te accepteren. Dat is in de Zorgverzekeringswet (Zvw) geregeld. Die wet bepaalt ook dat de premie die de zorgverzekeraar voor een dergelijke zorgverzekering vraagt niet mag worden afgestemd op het gezondheidsrisico of op andere kenmerken van de verzekerde. Zonder nadere maatregelen is het gevolg van de acceptatieplicht en het verbod van premiedifferentiatie dat zorgverzekeraars met relatief veel ongezonde verzekerden in de verzekerdenportefeuille in het nadeel zijn ten opzichte van zorgverzekeraars met een relatief gezonde populatie, omdat zij gegeven hun populatie welhaast gedwongen zijn een hogere premie te vragen dan hun concurrent met een gezondere populatie. Deze ongelijkheid, die ontstaat door verschil in het risicoprofiel van de verzekerdenportefeuille, ondermijnt het gelijke speelveld waarop de concurrentie tussen zorgverzekeraars zich moet afspelen. Om dit te voorkomen is in paragraaf 4.2 van de Zvw bepaald dat zorgverzekeraars jaarlijks van Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) een 'vereveningsbijdrage' ontvangen, ten laste van het Zorgverzekeringsfonds (Zvf).
Deze bijdrage wordt gebaseerd op een inschatting vooraf (ex ante) van de zorgkosten van een zorgverzekeraar aan de hand van een aantal objectieve kenmerken van de verzekerden van die zorgverzekeraar. Deze systematiek beoogt zorgverzekeraars te compenseren voor kostenverschillen als gevolg van niet-beïnvloedbare verschillen in risicoprofielen in hun verzekerdenportefeuilles, zodat zij op dit punt in een gelijke uitgangspositie worden gebracht en daardoor eerlijk met elkaar kunnen concurreren. Weet de zorgverzekeraar welk bedrag hij in het komende jaar aan vereveningsbijdrage zal krijgen, dan zal hij vervolgens de nominale premie kunnen vaststellen die hij over dat jaar voor zijn zorgverzekering vraagt. De vereveningsbijdrage wordt na afloop van het vereveningsjaar (ex post) door het Zorginstituut definitief vastgesteld. Daarbij wordt rekening gehouden met de werkelijke situatie van de verzekerdenportefeuille bij de zorgverzekeraar in het vereveningsjaar (zijn werkelijke verzekerdenaantallen en de kenmerken van zijn verzekerden). De werkelijke verzekerdenaantallen en de kenmerken van zijn verzekerden kunnen in meer of mindere mate afwijken van hetgeen het Zorginstituut bij de toekenning (ex ante) in aanmerking genomen heeft.
Hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) bevat de belangrijkste nadere regels over de vereveningsbijdragen: er wordt bepaald welke vereveningscriteria bij de berekening van die bijdragen worden gebruikt, en hoe de bijdragen op hoofdlijnen ex ante en ex post worden berekend. De gedetailleerde uitwerking van deze regels is voor het vereveningsjaar 2027 vervolgens te vinden in deze regeling. Deze regeling bevat de regels die gelden voor de toekenning (ex ante) en vaststelling (ex post) van de vereveningsbijdrage over 2027. Zo wordt bepaald welke middelen beschikbaar zijn voor de toekenning (ex ante) over het jaar 2027 en hoe deze middelen over zorgverzekeraars worden verdeeld. Het vaststellen van de totale hoogte van de beschikbare middelen is gebaseerd op artikel 32, vierde lid, onderdeel a, Zvw.
De omvang van de beschikbare middelen is afgeleid uit het macro-prestatiebedrag. In deze regeling worden zowel het bedrag van de beschikbare middelen 2027, als het macro-prestatiebedrag 2027 vastgesteld. Het macro-prestatiebedrag wordt voor het vereveningsjaar 2027 ingevolge artikel 3.1, eerste lid, Bzv, verdeeld in drie macro-deelbedragen:

- het macro-deelbedrag variabele zorgkosten;
- het macro-deelbedrag vaste zorgkosten;
- het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (geneeskundige ggz).

De verdeling van de macro-deelbedragen variabele zorgkosten en kosten van geneeskundige ggz vindt plaats op basis van de vereveningscriteria, genoemd in artikel 3.4, eerste lid, onderscheidenlijk artikel 3.6, eerste lid, Bzv. Deze regeling bevat de nadere invulling van de vereveningscriteria met de indeling in klassen met bijbehorende gewichten. De bijdrage aan zorgverzekeraars wordt op grond van artikel 3.22 Bzv aangevuld met een uitkering voor de uitvoeringskosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

2. Inhoudelijke wijzigingen

2.1 Belangrijkste wijzigingen

De belangrijkste wijzigingen in de risicoverevening over 2027 die zijn vastgelegd in deze regeling zijn:

- Aanpassing van het vereveningscriterium FKG's (farmaceutische kostengroepen) in het model voor variabele zorgkosten als gevolg van onderhoud aan dit criterium. Hierbij wordt een FKG toegevoegd ('Immunoglobuline') en wordt de FKG voor kanker o.b.v. add-on opgesplitst in vier afzonderlijke FKG-klassen: 'Longkanker o.b.v. add-on', 'Hematologische maligniteit o.b.v. add-on',

'Carcinoom o.b.v. add-on' en 'Overige kanker o.b.v. add-on'.
- Aanpassing van het vereveningscriterium DKG's (diagnosekostengroepen) in het model voor variabele zorgkosten als gevolg van onderhoud aan dit criterium. Hierbij zijn onder andere de diagnoses die tot indeling leiden geactualiseerd. Dit onderhoud heeft geleid tot zes extra DKG-klassen.
- Aanpassing van het vereveningscriterium AVI (aard van het inkomen) als gevolg van onderzoek naar mogelijke vereenvoudigingen in het vereveningsmodel. Hierbij worden de klassen voor hoogopgeleiden en studenten samengevoegd.
- Aanpassing van het vereveningscriterium SES (sociaaleconomische status) als gevolg van onderzoek naar mogelijke vereenvoudigingen in het vereveningsmodel. Hierbij worden verzekerden in een Wlz-instelling of in de extramurale Wlz niet meer per definitie in de SES-klasse '1 (zeer laag)' ingedeeld. Hetzelfde geldt voor verzekerden in de klassen '14' tot en met '16' van het vereveningscriterium DKG's psychische aandoeningen.
- Het vereveningscriterium GGZ-MHK (meerjarig hoge kosten in de GGZ) is gebaseerd op vijf historische kostenjaren. Voor vereveningsjaar 2027 worden geen kosten van het tweede en derde jaar intramurale ggz van een verzekerde meer uitgezonderd. Voor vereveningsjaar 2026 gold nog wel een uitzondering voor het eerste van de vijf historische kostenjaren.
- De hogekostencompensatie bij het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige ggz is voor vereveningsjaar 2027 van toepassing op de 1,5% ggz-patiënten met de hoogste kosten. Dit was 0,5% voor vereveningsjaar 2026. Deze verruiming van de hogekostencompensatie is een tijdelijke maatregel voor vereveningsjaar 2027 om de toegankelijkheid van complexe ggz te vergroten.
- Verzekerden met een FKG psychische aandoeningen, een DKG psychische aandoeningen en/of ingedeeld in GGZ-MHK-klasse 'Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 10 promille' of hoger worden met ingang van vereveningsjaar 2027 ingedeeld bij de forfaitaire groep bij het bepalen van de opbrengst van het verplicht eigen risico.

2.2 Proces vormgeving vereveningsmodel en bepaling gewichten

Bepaling uitgangsmodel

Voor de vaststelling van het ex ante vereveningsmodel brengt de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) jaarlijks een advies uit. De WOR is een technische werkgroep, met als belangrijkste taken het adviseren over de opzet van een jaarlijks onderzoeksprogramma voor de risicoverevening en het adviseren over de technische verbetermogelijkheden van het (ex ante) risicovereveningsmodel, op basis van onderzoeken die zijn uitgevoerd in het kader van het onderzoeksprogramma risicoverevening. In de WOR nemen deskundigen van zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Zorginstituut, onderzoeksbureaus en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerie van VWS) deel.

Bepaling gewichten (normbedragen)

Ten behoeve van de bepaling van de normbedragen wordt een aantal stappen doorlopen. Eerst wordt een onderzoeksbestand samengesteld met historische (basis)gegevens, verschillende kenmerken van verzekerden, en hun zorgkosten onder het te verzekeren basispakket van de Zvw op individuniveau. Het betreft (elk jaar) gegevens over het laatste jaar waarvan (vrijwel) alle declaraties zijn afgerond. Voor het vereveningsjaar 2027 wordt daarom gebruikgemaakt van kostengegevens over 2024 en verzekerdenkenmerken over 2019 tot en met 2024. Vervolgens worden, indien nodig, deze zorgkosten representatief gemaakt voor de situatie van het komende vereveningsjaar. Bij het representatief maken van de kosten worden de gevolgen van wijzigingen in bekostiging, aanpassingen in het te verzekeren basispakket van de Zvw en andere beleidsmaatregelen verwerkt. Daarna worden de achtergrondkenmerken van de verzekerdenpopulatie representatief gemaakt en de zorgkosten opgehoogd voor de raming voor het komende vereveningsjaar. Vervolgens worden drie econometrische modellen geschat voor de variabele zorgkosten (kosten van somatische zorg), de kosten van geneeskundige ggz, en de eigen betalingen ten gevolge van het verplicht eigen risico. Dit resulteert in de normbedragen voor de klassen van de vereveningscriteria.

Besluitvorming en vervolg

De voorgenomen wijzigingen van de risicoverevening over het vereveningsjaar 2027 zijn diverse keren besproken in het Beslisoverleg risicoverevening (BOR) waarin het Ministerie van VWS, ZN en het Zorginstituut zijn vertegenwoordigd. Ook zijn de voorgenomen wijzigingen van de risicoverevening over het vereveningsjaar 2027 meermalen in directeurenoverleggen besproken. De Tweede Kamer is geïnformeerd[1]. Het Zorginstituut heeft overeenkomstig artikel 32, vijfde lid, Zvw, zijn beleidsregels

[1] Kamerstuk II 2025/2026, 29 689, nr. 1355 en Kamerstuk II 2026/2027, 29 689, nr. 1361.

voor het vereveningsjaar 2027 vastgesteld, waarbij is geanticipeerd op de te verwachten wijzigingen van hoofdstuk 3 van het Bzv, en van deze regeling.

2.3 Onderzoeksgegevens

Basisgegevens

De ex ante vereveningsmodellen voor somatische zorg, de geneeskundige ggz en de kosten onder het verplicht eigen risico zijn gebaseerd op kostengegevens over 2024 en verzekerdenkenmerken over 2019 tot en met 2024. Deze gegevens zijn gecontroleerd en beoordeeld. Daaruit blijkt dat de kwaliteit en volledigheid van de onderzoeksbestanden goed is te noemen. De gegevens over ziektekosten en verzekerdenkenmerken geven een goed beeld van de Zvw-populatie in 2024, zowel qua kosten als qua demografische kenmerken.

Bewerkingen onderzoeksgegevens

De ex ante vereveningsmodellen voor 2027 zijn gebaseerd op de schadegegevens (declaraties) over 2024 en verzekerdenkenmerken over 2019 tot en met 2024. De schadegegevens zijn representatief gemaakt voor het te verwachten schadebeeld in 2027 door correcties uit te voeren voor de pakket- en beleidsmaatregelen die in 2025, 2026 en 2027 zijn of worden genomen.

Gegevensbewerking somatische zorg

De ziekenhuiskosten in het onderzoeksbestand zijn afkomstig uit het QZ-informatiesysteem van Vektis. Er zijn tarieven van enkele zorgproductgroepen aangepast vanwege wijzigingen in de tarieven van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Vanwege lumpsummen en omzetplafonds zijn de kosten representatief gemaakt door de gedeclareerde bedragen te vervangen door de mediaanbedragen.

Bij de verzekerdenkenmerken en kosten van overige prestaties is sprake van 100 procent dekking. Deze gegevens zijn gebaseerd op de database BASIC 2024 van Vektis. Vergelijking met gegevens van het Zorginstituut laat zien dat BASIC 2024 een goed beeld geeft van de zorgkosten en demografische kenmerken van de Zvw-populatie.

Gegevensbewerking geneeskundige ggz

De kostengegevens met betrekking tot de geneeskundige ggz zijn gebaseerd op een databestand van het Zorginstituut met gegevens over declaraties onder het zorgprestatiemodel (ZPM) over 2024. Hierbij zijn de kosten berekend door de declaraties met behulp van de ZPM-prestatiecode te koppelen aan de maximumtarieven van de NZa.
Dit is het tweede jaar dat voor de kenmerkindeling in het onderzoek (mede) gebruikgemaakt kan worden van ZPM-gegevens. Dit zorgt ervoor dat er minder conversie nodig is en dat de gebruikte data beter aansluiten bij de werkelijkheid. In het vereveningsjaar 2027 worden bij GGZ-MHK voor het eerst de kosten van het tweede en derde jaar intramurale geestelijke gezondheidszorg van een verzekerde volledig meegenomen, onafhankelijk van het jaar waarin deze kosten gemaakt zijn. Onder het ZPM zijn deze namelijk niet afzonderlijk te onderscheiden. Bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage 2027 wordt GGZ-MHK gebaseerd op ggz-kosten in de jaren 2022 tot en met 2026. Dit zijn allemaal ZPM-jaren.

2.4 Vormgeving variabele zorgkosten

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de variabele zorgkosten kent voor het vereveningsjaar 2027 op basis van artikel 3.4, eerste lid, Bzv, de volgende vereveningscriteria: ‘leeftijd en geslacht’, ‘farmaceutische kostengroepen’ (FKG’s), ‘diagnosekostengroepen’ (DKG’s), ‘aard van het inkomen’ (AVI), het ‘regiocriterium somatisch’ (regio), ‘sociaal economische status’ (SES), ‘personen per adres’ (PPA), ‘meerjarig hoge kosten’ (MHK), ‘fysiotherapiediagnosegroepen’ (FDG), ‘meerjarig hoge kosten verpleging en verzorging’ (MVV), ‘historische somatische morbiditeit’ (HSM), ‘indicatie bevallingen en zwangerschappen’ (IBZ), ‘historische hulpmiddelenkosten’ (HHK), ‘ontbrekende kostenhistorie’ (OKH) en ‘seizoenarbeiders’ (SEI).
Op advies van de WOR worden voor het vereveningsjaar 2027 de vereveningscriteria FKG’s, DKG’s en AVI aangepast. Het vereveningscriterium SES blijft uit dezelfde klassen bestaan als in 2026. Wel vervalt de regel dat verzekerden in de Wlz en verzekerden in de klassen ‘14’ tot en met ‘16’ van het vereveningscriterium DKG’s psychische aandoeningen in SES-klasse ‘1 (zeer laag)’ worden ingedeeld. Net als voor de afgelopen vereveningsjaren zijn de gewichten behorende bij de klassen van de vereveningscriteria voor de variabele zorgkosten voor het vereveningsjaar 2027 berekend met toepassing van de techniek van voorwaardelijke regressie (constrained regression). De toegepaste voorwaardelijke regressie bestaat uit dezelfde restrictie als de afgelopen vereveningsjaren. De

restrictie zorgt ervoor dat zowel het gemiddelde vereveningsresultaat voor de groep verzekerden met meerjarige farmaciekosten (verzekerden die in de drie voorafgaande jaren ten minste een keer hoge farmaciekosten in de top 25% hebben gehad) als het gemiddelde vereveningsresultaat voor de groep verzekerden zonder meerjarige farmaciekosten op 0 euro uitkomt.
Er wordt bij het deelbedrag variabele zorgkosten hogekostencompensatie toegepast. Artikel 3.12b, Bzv, maakt een dergelijke regeling mogelijk. De regeling voor de hogekostencompensatie houdt verband met de toenemende beschikbaarheid van extreem dure behandelingen. De ex ante risicoverevening kan hiervoor niet altijd een adequate compensatie bieden, waardoor het speelveld tussen zorgverzekeraars ongelijk kan zijn. Daar liggen verscheidene redenen aan ten grondslag, bijvoorbeeld dat de patiëntenpopulatie te klein is om er een apart vereveningscriterium voor te maken, dat bepaalde extreem dure geneesmiddelen slechts één keer aan de patiënt worden toegediend, of dat het een aantal jaar duurt tot er voldoende gegevens zijn om een nieuwe behandeling op te kunnen nemen in het model. Om zorgverzekeraars beter te compenseren voor deze groep verzekerden wordt ook voor het vereveningsjaar 2027 hogekostencompensatie voor de variabele kosten toegepast, welke bestaat uit twee drempels waarvan de eerste drempel € 450.761 bedraagt waarboven (tot aan de tweede drempel) sprake is van 75% compensatie en de tweede drempel € 1.301.500 bedraagt, waarboven sprake is van 90% compensatie.

2.5 Vormgeving geneeskundige ggz

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de geneeskundige ggz kent voor het vereveningsjaar 2027 op basis van artikel 3.6, eerste lid, van het Bzv, de volgende vereveningscriteria: 'leeftijd en geslacht', FKG's psychische aandoeningen, DKG's psychische aandoeningen, AVI, het 'regiocriterium GGZ' (GGZ-regio), SES, PPA, 'meerjarig hoge kosten in de GGZ' (GGZ-MHK) en SEI.
Er wordt bij het deelbedrag kosten van geneeskundige ggz ook voor het vereveningsjaar 2027 hogekostencompensatie toegepast. Artikel 3.12a, Bzv, maakt een dergelijke regeling mogelijk. Het goed vooraf voorspellen van zeer hoge ggz-kosten is lastig. Dat heeft een aantal oorzaken. Slechts een klein deel van de verzekerden maakt gebruik van de ggz. De ggz heeft verder in vergelijking met de somatische zorg een onvoorspelbaar karakter. De patiënten maken na afronding van een ggz-traject een tijdlang geen gebruik van die zorg en melden zich daarna in een aantal gevallen weer bij de aanbieders van ggz. Het moment waarop de betrokken patiënten weer aanvangen met een ggz-traject is onvoorspelbaar. De compensatie vanuit de risicoverevening op basis van de ex ante systematiek is voor de groep van verzekerden met zeer hoge ggz-kosten niet voldoende[2].

De bandbreedteregeling voor de kosten van geneeskundige ggz geldt op grond van artikel 17a ook voor de vereveningsbijdrage over het jaar 2027.

3. Fraudetoets

Jaarlijks wordt een ministeriële regeling opgesteld, waarin de risicovereveningsmodellen voor het komende jaar in detail worden vastgelegd. Met onderhavige regeling gebeurt dat voor het vereveningsjaar 2027. De verschillen met eerdere jaren zijn technisch van aard en leiden daarom niet tot additionele frauderisico's.

4. Gevolgen voor de regeldruk

Deze regeling heeft geen gevolgen voor de regeldruk van de burger en het bedrijfsleven. Het concept voor deze regeling is ter advisering aan het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) aangeboden. Het ATR heeft het dossier niet geselecteerd voor een formeel advies, omdat het geen gevolgen voor de regeldruk heeft.

II. Artikelsgewijs

Artikel 1

Artikel 1 bevat de begripsomschrijving van de verstrekking van een duur intramuraal geneesmiddel. Een dergelijke verstrekking is een verstrekking van een geneesmiddel die krachtens artikel 2.4, tweede lid, Bzv, respectievelijk krachtens artikel 2.4a, eerste lid, Bzv, is uitgezonderd van de prestatie geneeskundige zorg. De niet uitgezonderde verstrekkingen van intramurale geneesmiddelen maken onderdeel uit van de prestatie geneeskundige zorg. Het betreft hier medisch specialistische zorg die doorgaans in ziekenhuizen wordt geleverd[3].

[2] Zie Stb. 2019, 371, p. 4 en 5.
[3] Zie Stb. 2018, 131, p. 3.

Op grond van artikel 2.4, tweede lid, Bzv, kunnen bij ministeriële regeling vormen van zorg worden uitgezonderd van de prestatie geneeskundige zorg. Per 1 juli 2018 is in artikel 2.4a Bzv deze uitzondering voor de verstrekking van dure intramurale geneesmiddelen nadrukkelijk geregeld. Daarin is expliciet opgenomen dat een geneesmiddel binnen een maand na registratie voor een nieuwe indicatie bij ministeriële regeling kan worden uitgezonderd van de aanspraak geneeskundige zorg (artikel 2.4a, eerste lid, Bzv). De uitzondering voor de verstrekking kan alle indicaties of één of meer specifieke indicaties betreffen. De motivering van de uitzondering berust op het uitzonderlijk hoge kostenbeslag (sluismiddelen).

Artikel 2

De hoogte van het macro-prestatiebedrag volgt uit de kostenramingen voor de zorg die valt onder het te verzekeren basispakket voor de zorgverzekering. Dit bedrag is exclusief de voor de desbetreffende zorg te innen eigen bijdragen, maar inclusief de te innen bedragen aan verplicht of vrijwillig eigen risico. De basis voor het macro-prestatiebedrag wordt gevormd door de geraamde Zvw-gefinancierde uitgaven 2027. De ramingen zijn opgenomen in de memorie van toelichting bij de begroting van het Ministerie van VWS voor 2027[4]. Bij de onderverdeling van het macro-prestatiebedrag in deelbedragen is in principe aangesloten bij de sectorindeling in de begroting, zij het met enkele uitzonderingen en bijzonderheden (zie hierna). Het verschil tussen de beschikbare middelen uit het Zvf en het macro-prestatiebedrag hangt samen met het gegeven dat zorgverzekeraars de kosten van prestaties niet uitsluitend uit de hen ingevolge deze regeling toe te kennen middelen dekken, maar tevens uit opbrengsten van de nominale premie en van het verplicht eigen risico.
Bij de bepaling van de wijze waarop de middelen behoren te worden verdeeld over zorgverzekeraars wordt uitgegaan van het macro-prestatiebedrag. De gewichten die gekoppeld zijn aan de vereveningscriteria, kunnen daardoor uitsluitend aan de hand van het macro-prestatiebedrag worden vastgesteld en zijn dus volledig onafhankelijk van de nominale rekenpremie, die voor 2027 is bepaald op (afgerond) € 1.964 per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald. Bij de vaststelling van dit bedrag is rekening gehouden met het feit dat zorgverzekeraars ook nog inkomsten krijgen via hun verzekerden als gevolg van het verplichte eigen risico voor 2027 van € 400 per verzekerde van 18 jaar en ouder.
In het eerste lid van dit artikel wordt de hoogte van het macro-prestatiebedrag vastgesteld. De beschikbare middelen, bedoeld in artikel 4 van deze regeling, kunnen uit het macro-prestatiebedrag worden afgeleid door daarop de geraamde opbrengsten van de nominale rekenpremie en de geraamde financieringsverschuiving als gevolg van het verplicht eigen risico in mindering te brengen.
Het macro-prestatiebedrag wordt voor het vereveningsjaar 2027 ingevolge artikel 3.1, eerste lid, Bzv, onderverdeeld in drie onderscheiden macro-deelbedragen. De verschillende nominale bijstellingen en groeiruimten binnen het Uitgavenplafond Zorg zijn toegedeeld aan de verschillende (deel)prestaties, en er hebben op enkele specifieke punten overhevelingen tussen (deel)prestaties plaatsgevonden. Zo telt bijvoorbeeld ziekenvervoer tussen ziekenhuizen als ambulancevervoer mee.
Aan de onderscheiden macro-deelbedragen zijn componenten toegevoegd voor kosten in verband met de financiering van grensoverschrijdende zorg. Deze kosten hangen zowel samen met Nederlandse ingezetenen die in het buitenland zorg afnemen (bijvoorbeeld bij ziekte tijdens tijdelijk verblijf, of zorg in het buitenland met toestemming van de zorgverzekeraar) als met ingezetenen van andere landen die onder de Zvw vallen, omdat zij bijvoorbeeld in Nederlandse loondienst zijn.
De kosten voor de beschikbaarheidsbijdragen vallen buiten het macro-prestatiebedrag, omdat deze kosten niet ten laste van zorgverzekeraars komen. De geraamde kosten hiervoor tellen daarom niet mee in de deelbedragen.

Artikel 3

De bedragen die geraamd worden als opbrengst van de nominale rekenpremie en van het verplicht eigen risico worden in dit artikel genoemd. De opbrengst per zorgverzekeraar wordt in mindering gebracht op het normatieve bedrag, bedoeld in artikel 3.9 en – in de vaststellingsfase – artikel 3.18, Bzv. De berekening van deze opbrengsten per zorgverzekeraar ten behoeve van de toekenning van de vereveningsbijdrage is opgenomen in de artikelen 7 en 8 (artikel 3.10, Bzv). Voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage gebeurt dit in artikel 18 (artikel 3.19, Bzv).

Artikel 4

In dit artikel wordt geregeld welke middelen voor bijdragen aan zorgverzekeraars ter dekking van de kosten van prestaties in het kader van de Zvw in het jaar 2027 ten laste van het Zvf beschikbaar zijn. Het Zorginstituut verdeelt deze middelen over zorgverzekeraars op basis van de in het Bzv uiteengezette systematiek, met inachtneming van voorliggende regeling. De grondslag hiervoor is opgenomen

[4] Kamerstukken II 2026/2027, 37 020 XVI, nr. 2, p. 167 t/m 264.

in artikel 32, vierde lid, onderdeel a, Zvw. Het genoemde bedrag van € 36.539,9 miljoen is gebaseerd op de in de memorie van toelichting bij de begroting van het Ministerie van VWS voor 2027 opgenomen gegevens. Het macro-prestatiebedrag (€ 69.129,7 miljoen) verminderd met de opbrengst van de nominale rekenpremie (€ 28.941,5 miljoen) en de opbrengst van het verplicht eigen risico (€ 3.648,2 miljoen) levert een bedrag op van € 36.539,9 miljoen.

Artikel 5

In het eerste lid wordt geregeld dat de gewichten van de klassen van vereveningscriteria die het Zorginstituut bij de toekenning van de vereveningsbijdrage hanteert bij de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar in bijlagen 1 en 3 bij deze regeling zijn opgenomen. Deze gewichten zijn gebaseerd op statistische analyse van het verband tussen de kosten per verzekerde en relevante verzekerdenkenmerken. Uit de bijlagen 1 en 3 blijkt voorts welke klassen van verzekerden worden gehanteerd bij de toepassing van de onderscheiden vereveningscriteria.
Het Zorginstituut bepaalt het normatieve bedrag per zorgverzekeraar voor de variabele zorgkosten aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen van verzekerden en de normbedragen (gewichten) naar leeftijd en geslacht, en aan de hand van de optelling van de toe- en afslagen op grond van FKG's, DKG's, AVI, regio, SES, PPA, MHK, FDG, MVV, HSM, IBZ, HHK, OKH en SEI. Het Zorginstituut bepaalt het normatieve bedrag per zorgverzekeraar voor de kosten van geneeskundige ggz aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen van verzekerden en de normbedragen naar leeftijd en geslacht, en aan de hand van de optelling van de toe- en afslagen op grond van de FKG's psychische aandoeningen, DKG's psychische aandoeningen, AVI, GGZ-regio, SES, PPA, GGZ-MHK en SEI.
De ex ante gewichten per klasse van de vereveningscriteria worden voor de macro-deelbedragen variabele zorgkosten en kosten van geneeskundige ggz dusdanig vastgesteld dat alle beschikbare middelen per macro-deelbedrag via de kenmerken leeftijd en geslacht worden verdeeld.
Vervolgens vindt er verevening plaats tussen de verzekerden uit de verschillende klassen van de overige in het vereveningsmodel opgenomen vereveningscriteria. De verdeling van het macro-deelbedrag vaste zorgkosten wordt ingevolge artikel 3.5, Bzv, gebaseerd op de geraamde aantallen verzekerden van de zorgverzekeraars in het jaar 2027. Hier is derhalve, anders dan bij de verdeling van de kosten uit de overige clusters, geen sprake van verevening op basis van verzekerdenkenmerken.
In de toelichting bij het Bzv en in de toelichtingen bij de wijzigingen van dat besluit op het gebied van de risicoverevening voor de sinds 2006 toegevoegde vereveningscriteria, is al in algemene zin ingegaan op de gehanteerde vereveningscriteria. In aanvulling daarop kan over de vereveningscriteria nog het volgende worden opgemerkt:

- Leeftijd en geslacht worden in samenhang bezien, omdat het kostenpatroon naar leeftijd tussen mannen en vrouwen verschilt. Bij dit criterium wordt gewerkt met vijfjaarsklassen. Om beter aan te sluiten bij de leeftijdsgrens van premiebetaling (18 jaar) zijn de leeftijdsgrenzen in het interval 15–24 jaar onderverdeeld in 15–17 en 18–24 jaar in plaats van 15–19 en 20–24 jaar. Het leeftijdsinterval 0–4 jaar is gesplitst in een klasse nuljarigen geboren in het vereveningsjaar, een klasse nuljarigen geboren in het voorafgaande jaar en een klasse 1–4 jaar. Voor verzekerden met onbepaald geslacht gelden dezelfde gewichten als voor vrouwen.
- Met ingang van het vereveningsjaar 2027 wordt voor verzekerden die in Nederland wonen gewerkt met 54 FKG's. In het onderzoeksjaar 2025–2026 heeft groot onderhoud aan de FKG's plaatsgevonden. Dit heeft onder meer geleid tot een nieuwe FKG, namelijk FKG 'Immunoglobuline'. Ook is de FKG 'Kanker o.b.v. add-on' opgesplitst in vier FKG's: 'Longkanker o.b.v. add-on', 'Hematologische maligniteit o.b.v. add-on', 'Carcinoom o.b.v. add-on' en 'Overige kanker o.b.v. add-on'. Ook is voor een aantal FKG's de drempel voor indeling in die FKG aangepast. Daarnaast heeft er jaarlijks regulier onderhoud aan de hoogste FKG's, de zogenaamde extreem hoge kostenclusters (EHK's), plaatsgevonden. Verzekerden worden, op grond van artikel 9, derde lid, in alle toepasselijke FKG's ingedeeld. Dat artikellid bevat vervolgens een aantal uitzonderingen op die hoofdregel met uitsluiting van bepaalde combinaties. Naast de 54 FKG's wordt een klasse onderscheiden van verzekerden die in geen enkele FKG zijn ingedeeld. Dit is de FKG-klasse 'Geen FKG'.
- Voor het vereveningsmodel voor de geneeskundige ggz wordt gebruikgemaakt van negen FKG's psychische aandoeningen. Daarnaast is er een klasse (genaamd 'Geen FKG psychische aandoeningen') van verzekerden die in geen enkele FKG psychische aandoeningen zijn ingedeeld. Op basis van het groot onderhoud dat in onderzoeksjaar 2025–2026 heeft plaatsgevonden is de drempel voor indeling in de FKG 'Chronische stemmingsstoornissen' verlaagd. Een verzekerde wordt, op grond van artikel 9, derde lid, in alle toepasselijke FKG's psychische aandoeningen ingedeeld. Dat artikellid bevat vervolgens een aantal uitzonderingen op die hoofdregel met uitsluiting van bepaalde combinaties.
- In het onderzoeksjaar 2025–2026 heeft ook groot onderhoud plaatsgevonden aan de DKG's. Dit onderhoud heeft onder andere geleid tot zes extra DKG's. Geselecteerde diagnose-behandelcombinaties (betreffende behandelingen van chronische aandoeningen) worden ingedeeld in 32 DKG's op basis van meerkosten. Een verzekerde kan meerdere malen worden ingedeeld bij een DKG. Daarnaast kan een verzekerde ook in meerdere DKG's worden ingedeeld.

Dit is geregeld in artikel 9, derde lid. Naast de 32 DKG's is er een klasse (genaamd 'Geen DKG') voor verzekerden die in geen van de 32 DKG's zijn ingedeeld.

- In het onderzoeksjaar 2025–2026 heeft er onderzoek plaatsgevonden naar mogelijke vereenvoudigingen van het vereveningsmodel. Dit heeft geleid tot het samenvoegen van twee AVI-klassen, namelijk 'Studenten' en 'Hoogopgeleiden'. Deze aanpassing zorgt voor minder complexiteit zonder dat de verevenende werking (noemenswaardig) afneemt. In het vereveningsjaar 2027 worden bij het vereveningscriterium AVI bij de verzekerden van 0 tot en met 69 jaar zes klassen onderscheiden. Het gaat om: 'Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)', 'Arbeidsongeschikten excl. IVA', 'Bijstandsgerechtigden', 'Studenten en hoogopgeleiden', 'Zelfstandigen' en een referentiegroep, die alle verzekerden omvat die niet zijn ingedeeld bij de vijf daarvoor genoemde groepen. Bij verzekerden van 0–17 jaar vindt de indeling in AVI-klassen plaats op basis van de laagste AVI van de volwassenen op hetzelfde adres. Voorheen werd hierbij een minimum voor het leeftijdsverschil met de volwassene gehanteerd. Die eis komt vanaf vereveningsjaar 2027 te vervallen. Bij verzekerden van 65–69 jaar wordt gekeken naar hun AVI-indeling in het voorgaande jaar (tot en met vereveningsjaar 2026 werd teruggekeken naar hun AVI-indeling toen zij 64 jaar waren). De verzekerden van 70 jaar en ouder zijn ondergebracht in een aparte klasse. Binnen de klassen 'IVA', 'Arbeidsongeschikten excl. IVA', 'Bijstandsgerechtigden', 'Zelfstandigen' en 'Referentiegroep' voor 0–69 jarigen wordt een nader onderscheid gemaakt op basis van de leeftijd van de verzekerde. Dat gebeurt ook bij de klasse 'Studenten en hoogopgeleiden', alleen worden daar drie leeftijdsgroepen onderscheiden in plaats van zes. In de leeftijdsgroep 35–44 jaar worden daarbij geen studenten maar alleen hoogopgeleiden ingedeeld. In artikel 9, vijfde lid, wordt aangegeven hoe om te gaan met samenloop van verschillende klassen binnen AVI.
- Door het vereveningscriterium MHK kunnen structurele (voorspelbare) hoge kosten in het ex ante model voor de somatische zorg substantieel beter verevend worden. Sinds 2026 worden, naast de kosten van verpleging en verzorging en zwangerschapskosten (kosten van verloskundige zorg, kraamzorg, integrale geboortezorg en verblijf gezonde zuigelingen bij tweedelijnsverloskunde), ook kosten van hulpmiddelengebruik uitgesloten bij de indeling van verzekerden in dit criterium. Tabel 1.8 van bijlage 1 bevat de klassen voor het vereveningscriterium MHK. Een verzekerde van wie de variabele zorgkosten de afgelopen drie jaar steeds tot de hoogste 10 procent behoren, wordt, afhankelijk van het percentiel waartoe de som van deze kosten in de verschillende jaren behoort, ingedeeld in één van de zes hoogste klassen. Hierin is de top 0,5 procent de hoogste kostenklasse met het hoogste normbedrag en de top 10 procent de laagste kostenklasse met het laagste normbedrag. Een verzekerde wordt met inachtneming van het bovenstaande op grond van artikel 9, eerste lid, ingedeeld in de hoogste voor deze verzekerde van toepassing zijnde klasse. Een verzekerde van wie de variabele zorgkosten de afgelopen twee jaar tot de hoogste 15 procent hebben behoord, en die niet is ingedeeld in een van de zes eerdergenoemde klassen, wordt ingedeeld in de klasse, '2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 15 procent'. De overige verzekerden van wie de variabele zorgkosten in ten minste één van de drie voorafgaande jaren tot de hoogste 30 procent hebben behoord, en die niet zijn ingedeeld in een van de hiervoor genoemde klassen, worden ingedeeld in de klasse 'Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent'. De verzekerden die in geen van de drie voorafgaande jaren variabele zorgkosten in de top 30 procent hebben, worden ingedeeld in de klasse 'Geen MHK'. Op grond van artikel 9, zesde lid, worden verzekerden van 18 jaar of ouder, die blijvend in een Wlz-instelling wonen of extramurale Wlz-zorg gebruiken, ingedeeld in de klasse 'Geen MHK'. Het vereveningscriterium MHK maakt ook deel uit van het model voor het verplicht eigen risico. Dit criterium onderscheidt (analoog aan de overeenkomstige klasse binnen het vereveningscriterium MHK in het model voor de variabele zorgkosten) verzekerden die in geen van de drie voorafgaande jaren variabele zorgkosten in de top 30 procent hebben van de overige verzekerden.
- Het vereveningscriterium PPA wordt gebruikt in de modellen voor de variabele zorgkosten en voor de kosten van geneeskundige ggz. Dit criterium komt tegemoet aan de constatering dat alleenstaanden relatief meer gebruik maken van de zorg dan personen die deel uit maken van een huishouden bestaande uit twee of meer personen. Daarnaast worden verzekerden die in een Wlz-instelling wonen en/of met extramurale Wlz-zorg onderscheiden. Binnen deze klassen wordt onderscheid gemaakt naar enerzijds verzekerden in een Wlz-instelling met behandeling en anderzijds verzekerden in een Wlz-instelling zonder behandeling of met extramurale Wlz-zorg. Binnen deze klassen wordt nader onderscheid gemaakt tussen verzekerden die in januari ook al Wlz-zorg gebruikten ('blijvend') en verzekerden waar dit niet het geval is ('instromend'). Voor alle PPA-klassen worden drie leeftijdsgroepen onderscheiden; 18–69, 70–79 en 80+. Verder is er een aparte klasse voor de leeftijdsgroep 0-17. In geval van samenloop wordt een verzekerde op basis van artikel 9, tweede lid, bij PPA ingedeeld in de laagste voor deze verzekerde van toepassing zijnde klasse.
- Het vereveningscriterium SES deelt verzekerden in klassen in op basis van inkomen en leeftijd. Het criterium gaat uit van het totaal huishoudinkomen. Vanaf vereveningsjaar 2027 worden verzekerden die in een Wlz-instelling wonen en/of extramurale Wlz-zorg ontvangen, en verzekerden die zijn ingedeeld in de DKG's psychische aandoeningen '14' t/m '16' niet langer automatisch ingedeeld in SES-klasse '1 (zeer laag)'.

- Het vereveningscriterium regio, dat wordt gebruikt in het vereveningsmodel voor de variabele zorgkosten, beoogt verschillen met betrekking tot sociaaleconomische omstandigheden en resterende gezondheidsverschillen te meten. Hierbij worden de kenmerken percentage niet-westerse immigranten, percentage westerse immigranten en percentage met een laag inkomen gebruikt. De postcodes worden vervolgens in tien gelijke regioclusters ingedeeld.
- In het vereveningsmodel voor de kosten van geneeskundige ggz wordt een apart regiocriterium toegepast: GGZ-regio. Sinds het vereveningsjaar 2022 sluit de methodiek voor dit regiocriterium aan bij die van het model voor de variabele zorgkosten. Hierbij worden de volgende kenmerken meegenomen: percentage verzekerden jonger dan 18 jaar, locaties van intramurale ggz-instellingen, locaties van forensische zorginstellingen, gemiddelde WOZ-waarde van woningen, aantal geregistreerde misdrijven per 1.000 inwoners en afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis (exclusief polikliniek).
- Door het vereveningscriterium DKG's psychische aandoeningen worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor verzekerden die vanwege hun chronische psychiatrische problematiek hoge voorspelbare kosten hebben in de geneeskundige ggz. Er worden naast de klasse 'Geen DKG psychische aandoeningen' 16 klassen onderscheiden. Op basis van artikel 9, eerste lid, wordt uitgegaan van enkelvoudige DKG's. Dat betekent dat een verzekerde die meer dan één relevante behandeling heeft, uiteindelijk in één DKG (de zwaarste) wordt ingedeeld. Vanaf het vereveningsjaar 2026 is de eis van aaneengesloten verblijfsdagen als voorwaarde voor indeling in DKG's psychische aandoeningen klasse 15 vervallen.
- Door het vereveningscriterium GGZ-MHK worden structurele (voorspelbare) hoge kosten in het ex ante model voor de geneeskundige ggz substantieel beter verevend. Een verzekerde die in de laatste vijf jaren elk jaar (zeer) hoge ggz-kosten heeft, wordt ingedeeld in één van de klassen, '5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille' of '5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille'. Een verzekerde die niet in elk van de afgelopen vijf jaren kosten in de top 5 promille heeft, maar die wel ten minste twee keer (zeer) hoge ggz-kosten heeft, wordt ingedeeld in één van de vier klassen waarbij in de laatste vijf jaar ten minste in twee jaar sprake van (zeer) hoge ggz-kosten is geweest. Voor verzekerden jonger dan 24 jaar geldt, gezien hun korte geschiedenis, dat slechts ten minste één keer in die vijf voorafgaande jaren sprake moet zijn van (zeer) hoge ggz-kosten om in een van deze klassen te worden ingedeeld. Voldoet een verzekerde ook hier niet aan, dan kan die verzekerde nog ingedeeld worden in de klasse 'Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 98,5 procent met kosten GGZ >10 euro', indien hij/zij in de drie voorgaande jaren ten minste één keer ggz-kosten boven de genoemde drempel heeft. Een verzekerde die in de drie voorafgaande jaren geen ggz-kosten heeft of niet boven de genoemde drempel uitkomt, komt in de klasse 'Geen GGZ-MHK' terecht.
- Binnen het vereveningscriterium FDG kan een verzekerde op basis van diagnose-informatie van fysiotherapie in vier klassen worden ingedeeld. De vier groepen vormen een clustering van diagnoses die duiden op een chronische aandoening. De clustering is gebaseerd op meerkosten. Een verzekerde die niet in een van deze vier klassen wordt ingedeeld, komt in de klasse 'Geen FDG'.
- Het vereveningscriterium MVV onderscheidt, naast de klasse 'Geen MVV' voor verzekerden die niet in een van de overige klassen worden ingedeeld, negen klassen. Acht klassen zijn gebaseerd op de som van de kosten van verpleging en verzorging van een verzekerde in de afgelopen drie jaar. Afhankelijk van het percentiel waartoe de som van de kosten behoort, wordt een verzekerde in een van deze acht klassen ingedeeld. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar is er een aparte klasse voor hoge kosten van verpleging en verzorging in het afgelopen jaar (intensieve kindzorg). Verzekerden van 18 jaar en ouder die blijvend in een Wlz-instelling wonen of extramurale Wlz-zorg gebruiken, worden ingevolge artikel 9, zesde lid, binnen MVV ingedeeld in de klasse 'Geen MVV'.
- Met ingang van vereveningsjaar 2022 is het vereveningscriterium HSM toegevoegd aan het model voor de variabele zorgkosten. Dit leidt tot meer passende compensatie voor gezonde verzekerden en heeft een positief effect op de compensatie voor chronisch zieken. Bij HSM worden de verzekerden die in het vereveningsjaar drie jaar eerder ten minste een keer in een positieve somatische morbiditeitsklasse vallen onderscheiden van de overige verzekerden. Vanwege de registratieproblemen bij de hulpmiddelen worden de HKG's (uit 2024) niet meegenomen bij de indeling van verzekerden in HSM[5].
- In vereveningsjaar 2022 is het vereveningscriterium SEI toegevoegd aan het model voor de variabele zorgkosten, aan het model voor de kosten van geneeskundige ggz en aan het model voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico. Binnen dit vereveningscriterium worden seizoenarbeiders onderscheiden van de overige verzekerden die in het buitenland wonen. Verzekerden worden hierbij als seizoenarbeider aangemerkt als zij in het buitenland wonen, 18 tot en met 64 jaar zijn, in het vereveningsjaar niet het gehele jaar verzekerd zijn, en in het kalenderjaar

[5] Voor vereveningsjaar 2027 is HSM gebaseerd op de morbiditeitscriteria in 2024 exclusief de criteria HKG's en HSM en exclusief het vereveningscriterium IBZ dat in 2023 is geïntroduceerd. Dit betekent dat verzekerden die in 2024 niet in alle afslagklassen vielen van de toen geldende criteria FKG's, DKG's, MHK, FDG en MVV, worden onderscheiden van de overige verzekerden.

daarvoor niet of niet het gehele jaar verzekerd zijn. Met ingang van het vereveningsjaar 2025 is dit vereveningscriterium uitgebreid met een klasse voor de verzekerden die in Nederland wonen. Vanaf 2026 wordt een verzekerde als in het buitenland woonachtig beschouwd als deze niet als ingezetene is ingeschreven in de BRP.

- Het vereveningscriterium IBZ bestaat, naast de klasse 'Geen IBZ', uit drie klassen voor verzekerden die zwanger zijn en/of bevallen in het vereveningsjaar. Er is een klasse voor verzekerden die zwanger zijn in het vereveningsjaar, maar die niet in dat jaar bevallen. Ook zijn er twee klassen voor verzekerden die bevallen in het vereveningsjaar. Deze worden van elkaar onderscheiden op basis van het jaar waarin de zwangerschap is begonnen (in het voorafgaande jaar of in het vereveningsjaar zelf). Dit wordt bepaald aan de hand van het bestaan van kosten (boven een drempel) van eerste- en tweedelijnsverloskunde en van kraamzorg in beide jaren.
- Vanaf vereveningsjaar 2025 wordt het vereveningscriterium hulpmiddelenkostengroepen (HKG's) vanwege registratieproblemen niet meer gebruikt. Om het effect van het weglaten van dit vereveningscriterium op te vangen is onderzoek uitgevoerd naar een tijdelijke oplossing. Dit heeft geleid tot de introductie van het vereveningscriterium HHK vanaf vereveningsjaar 2026. Hierbij wordt een verzekerde ingedeeld op basis van zijn (gesommeerde) hulpmiddelenkosten in de drie aan het vereveningsjaar voorafgaande kalenderjaren.
- Eerder onderzoek heeft aangetoond dat de groep verzekerden met ontbrekende kostenhistorie gemiddeld genomen verlieslatend is en scheef verdeeld is over de zorgverzekeraars. Daarom is in onderzoeksjaar 2024-2025 onderzoek gedaan naar de mogelijkheden om hieraan tegemoet te komen. Dit heeft geleid tot OKH als nieuw vereveningscriterium met ingang van vereveningsjaar 2026. Voor enkele zorgverzekeraars met een atypische populatie is het toevoegen van dit vereveningscriterium een aanzienlijke verbetering. Dit draagt bij aan het gelijke speelveld en voorkomt prikkels tot risicoselectie. Er is een (mogelijk) nadeel van instabiliteit als gevolg van de diversiteit en wijzigende samenstelling van deze groep verzekerden. De voordelen zijn groter dan de nadelen. Daarom wordt het vereveningscriterium OKH vanaf vereveningsjaar 2026 toegepast in het model voor de variabele zorgkosten. Binnen OKH worden verzekerden die (deels) niet Zvw-verzekerd waren in het aan het vereveningsjaar voorafgaande kalenderjaar onderscheiden van verzekerden die in dat kalenderjaar wel het hele jaar verzekerd waren, maar (deels) niet in de twee daaraan voorafgaande kalenderjaren en van verzekerden die gedurende deze drie kalenderjaren onafgebroken verzekerd waren.

De gewichten (normbedragen) die gehanteerd worden bij de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar zijn gebaseerd op statistische analyses van het verband tussen kosten per verzekerde en relevante verzekerdenkenmerken. Hierbij wordt de samenhang tussen de verschillende criteria meegenomen. Bijvoorbeeld in het gewicht van leeftijdsklassen, FKG's en DKG's is verdisconteerd dat verzekerden met een of meer FKG's en/of DKG's in het algemeen ouder zijn dan verzekerden zonder FKG en DKG.
In het tweede lid is vastgelegd dat het Zorginstituut bij de indeling van verzekerden bij de klassen van het vereveningscriterium MHK de kosten van wijkverpleging, verloskundige zorg, kraamzorg en hulpmiddelengebruik niet betrekt.
In het derde lid is vastgelegd dat het Zorginstituut bij de indeling van verzekerden in HSM de indeling uit het verleden in de vereveningscriteria HKG's, HSM en IBZ buiten beschouwing laat. Voor de HKG's heeft dit te maken met de gebleken registratieproblematiek bij de hulpmiddelen. Het gebruik van HSM en IBZ bij de indeling van verzekerden in HSM is nooit onderzocht. Deze vereveningscriteria worden daarom ook buiten beschouwing gelaten.

Artikel 6

De gewichten die gehanteerd worden bij de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar zijn gebaseerd op statistische analyses van het verband tussen kosten per verzekerde en relevante verzekerdenkenmerken. Voor verzekerden die in het buitenland wonen zijn echter minder verzekerdenkenmerken bekend dan voor verzekerden die in Nederland wonen. Het is voor deze verzekerden niet mogelijk om uit de buitenlandse nota's af te leiden of er sprake is van een FKG, een DKG, een FDG, een FKG psychische aandoeningen of een DKG psychische aandoeningen. Deze verzekerden worden ingedeeld in de afslagklassen van deze vereveningscriteria (zoals 'Geen FKG', 'Geen DKG' en 'Geen FDG'). Dit geldt ook voor de indeling in het vereveningscriterium HSM. Tot en met vereveningsjaar 2024 werd hierbij voor deze verzekerden een ander (minder negatief) gewicht toegepast dan voor andere verzekerden. Hiermee werd rekening gehouden met de gemiddelde gezondheid van de totale groep verzekerden die in het buitenland wonen. Met de introductie van het vereveningscriterium SEI is dit overbodig geworden. Bij de bepaling van de gewichten van SEI wordt namelijk voor verzekerden die in het buitenland wonen rekening gehouden met de te ontvangen bijdrage op basis van de overige vereveningscriteria. Verzekerden die in het buitenland wonen worden nog steeds ingedeeld in de afslagklassen van de genoemde vereveningscriteria. Dit is geregeld in het eerste lid van dit artikel. Hierbij wordt echter vanaf vereveningsjaar 2025 hetzelfde gewicht toegepast als voor verzekerden die in Nederland wonen. Indeling van verzekerden die in het buitenland wonen in

het vereveningscriterium OKH kan leiden tot overcompensatie voor verzekerden die in het buitenland wonen met ontbrekende kostenhistorie ten koste van verzekerden die in het buitenland wonen zonder ontbrekende kostenhistorie. Daarom worden verzekerden die in het buitenland wonen niet ingedeeld bij OKH. Dit is geregeld in het tweede lid.
In het derde lid wordt geregeld dat verzekerden jonger dan 15 jaar of ouder dan 54 jaar, ongeacht eventuele kosten voor verloskundige zorg of kraamzorg, worden ingedeeld in de klasse 'Geen IBZ'. Gebleken is dat zij soms ook kosten maken voor verloskundige zorg of kraamzorg en dat het vaak niet waarschijnlijk is dat sprake is van een zwangerschap of bevalling. Het gaat dan bijvoorbeeld om kosten van verblijf van gezonde zuigelingen. Met de indeling in 'Geen IBZ' wordt beoogd dat die verzekerden niet onbedoeld als zwanger of bevallen worden aangemerkt.

Artikel 7

In dit artikel wordt aangegeven hoe het Zorginstituut de opbrengst raamt van de nominale rekenpremie ten behoeve van de toekenning van de vereveningsbijdrage. Het bedrag wordt in mindering gebracht op het normatieve bedrag per zorgverzekeraar. De nominale rekenpremie per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald, wordt jaarlijks bepaald en in het eerste lid genoemd. Zorgverzekeringen van verzekerden jonger dan achttien jaar, die niet premieplichtig zijn, worden om die reden in de berekening buiten beschouwing gelaten. Dit geldt ook voor de zorgverzekeringen van verzekerden waarvoor de Staatssecretaris van Justitie en Veiligheid in het kader van de uitvoering van een rechterlijke uitspraak verantwoordelijk is voor de verstrekking van geneeskundige zorg (artikel 24 Zvw). Daarbij valt te denken aan gedetineerden en TBS'ers. Het Zorginstituut houdt bij de raming rekening met het feit dat gedetineerden vaak maar een gedeelte van het jaar en dus niet het hele jaar gedetineerd zijn.

Artikel 8

In dit artikel wordt aangegeven hoe het Zorginstituut de opbrengst van het verplicht eigen risico ten behoeve van de toekenning van de vereveningsbijdrage berekent. Het bedrag van de opbrengst uit het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op het normatieve bedrag van de zorgverzekeraar. Bij de bepaling van de opbrengst van het verplicht eigen risico wordt alleen rekening gehouden met de zorgverzekeringen van verzekerden voor wie dit risico geldt. Dit zijn alleen de verzekerden van achttien jaar en ouder. Evenals in artikel 7 worden de zorgverzekeringen van de verzekerden waarop artikel 24 Zvw van toepassing is (gedetineerden en TBS'ers) buiten beschouwing gelaten. De te verwachten opbrengst van het verplicht eigen risico voor een zorgverzekeraar is afhankelijk van de samenstelling van zijn verzekerdenportefeuille. Zo zullen naar verwachting zorgverzekeraars met een jonge, gezonde populatie een relatief lagere opbrengst aan eigen betalingen onder het verplicht eigen risico innen, dan zorgverzekeraars met een oude, ongezondere populatie. Op het moment dat hiermee in de risicoverevening geen rekening zou worden gehouden, treedt verstoring van het gelijke speelveld op. Bij zorgverzekeraars met een jonge, gezonde populatie wordt in dat geval een gemiddeld te hoge opbrengst aan verplicht eigen risico in mindering gebracht op het normatieve bedrag van de zorgverzekeraar. Bij zorgverzekeraars met een oude, ongezondere populatie geldt het omgekeerde; er wordt een te lage opbrengst in mindering gebracht op het normatieve bedrag van de zorgverzekeraar. Deze overweging heeft geleid tot differentiatie in de normering van de bedragen die zorgverzekeraars van hun verzekerden naar verwachting ontvangen in het kader van het verplicht eigen risico. De normering is samengesteld uit een tweetal bedragen: opbrengsten verplicht eigen risico voor verzekerden van achttien jaar of ouder met en zonder chronische aandoeningen (zoals geïdentificeerd met de vereveningsmodellen voor de variabele zorgkosten en voor de kosten van geneeskundige ggz). Dit noemen we respectievelijk de forfaitaire- en de niet-forfaitaire groep.
Verzekerden zijn onderdeel van de niet-forfaitaire groep als zij bij alle in tabel 1 genoemde vereveningscriteria vallen in (een van) de genoemde klasse(n). De omvang van de opbrengst verplicht eigen risico bij deze verzekerden wordt bepaald aan de hand van een normatief model.
Het Zorginstituut gaat hierbij uit van verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, AVI, regio, MHK en SEI. De klassen met bijbehorende gewichten zijn opgenomen in bijlage 5. Verzekerden die in het buitenland wonen worden, op grond van het derde lid, niet ingedeeld bij het vereveningscriterium regio.
De verzekerden die bij een of meer van de in tabel 1 genoemde vereveningscriteria niet ingedeeld worden in (een van) de genoemde klasse(n), vormen de forfaitaire groep. Bij deze verzekerden wordt in de eerste plaats uitgegaan van een forfaitaire eigen betaling van € 354,71. Dit is het gemiddelde verwachte bedrag aan eigen betalingen voor deze totale groep verzekerden. Op dit bedrag wordt nog een correctie doorgevoerd, net zoals dat voor de verzekerden zonder een chronische aandoening gebeurt via het vereveningscriterium SEI. Het bedrag voor seizoenarbeiders wordt daarmee € 242,65, het bedrag voor verzekerden die in het buitenland wonen die geen seizoenarbeider zijn € 260,77 en het bedrag voor overige verzekerden (die in Nederland wonen) € 356,18. Dit is vastgelegd in het vierde lid.

Tabel 1: Relevante klassen voor het bepalen van de niet-forfaitaire groep

Vereveningscriterium	Relevante klasse(n)
FKG's	– Geen FKG
FKG's psychische aandoeningen	– Geen FKG psychische aandoeningen
DKG's	– Geen DKG
DKG's psychische aandoeningen	– Geen DKG psychische aandoeningen
FDG	– Geen FDG
MVV	– Geen MVV
HHK	– Geen HHK
MHK	– Geen MHK – Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent
GGZ-MHK	– Geen GGZ-MHK – Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 98,5 procent met kosten GGZ >10 euro

Artikel 9

Als een verzekerde in meerdere klassen van een vereveningscriterium ingedeeld kan worden, dan is het uitgangspunt dat het Zorginstituut deze verzekerde in slechts één klasse van dat criterium indeelt, en wel de hoogste. Hiermee wordt de hoogste klasse bedoeld in de rangordening van de klassen van het betreffende criterium. Dit is geregeld in het eerste lid.
In het tweede lid is geregeld dat het Zorginstituut een verzekerde, in afwijking van het eerste lid, bij de vereveningscriteria PPA en OKH juist in de laagste van toepassing zijnde klasse indeelt.
In het derde lid is geregeld dat het Zorginstituut een verzekerde, in afwijking van het eerste lid, bij de vereveningscriteria FKG's, DKG's en FKG's psychische aandoeningen wel in alle van toepassing zijnde klassen indeelt, waarbij bij de DKG's een klasse meerdere malen kan worden toegewezen. Voor de FKG's en de FKG's psychische aandoeningen gelden er uitzonderingen. Deze zijn in bijlage 6 opgenomen.
Zoals geregeld in artikel 15, tweede lid, worden de kosten van een verstrekking van een geneesmiddel die in 2023, 2024, 2025, 2026 of 2027 is opgehouden een verstrekking van een duur intramuraal geneesmiddel te zijn (het pakket is ingestroomd) door het Zorginstituut in 2027 aangemerkt als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'. Een zorgverzekeraar krijgt de kosten van die verstrekkingen over het vereveningsjaar 2027 dus (exact) vergoed via de vaste zorgkosten. Het Zorginstituut calculeert namelijk op grond van artikel 15, vierde lid, de vaste zorgkosten 100 procent na. Om te voorkomen dat deze kosten nogmaals (deels) worden vergoed, wordt in het vierde lid geregeld dat de verstrekkingen (in 2026) van geneesmiddelen die in 2023, 2024, 2025 of 2026 zijn opgehouden een verstrekking van een duur intramuraal geneesmiddel te zijn (het pakket zijn ingestroomd), niet betrokken worden bij het bepalen of een verzekerde ingedeeld moet worden in een FKG (in 2027). Het voorgaande is ook het uitgangspunt wanneer een verstrekking van een duur intramuraal geneesmiddel tegelijkertijd voorwaardelijk is toegelaten tot het pakket. De vereveningsbijdrage wordt voorafgaand aan het vereveningsjaar toegekend. Indien niet tijdig duidelijk is dat een dergelijke verstrekking van een geneesmiddel gedurende het aan het vereveningsjaar voorafgaande kalenderjaar zal ophouden een verstrekking van een duur intramuraal geneesmiddel te zijn, kan zich een situatie voordoen waarbij al besloten is deze verstrekking wel bij de indeling van verzekerden in een FKG te betrekken. Omwille van de rechtszekerheid voor zorgverzekeraars wordt die indeling niet (achteraf) teruggedraaid.
Bij het vereveningscriterium AVI wordt een verzekerde, in overeenstemming met het algemene principe, slechts in één klasse ingedeeld, maar hierbij geldt wel een specifieke volgorde. Deze is opgenomen in het vijfde lid. Die specifieke volgorde wijkt af van de in het eerste lid opgenomen volgorde, op grond waarvan een verzekerde bij samenloop van klassen alleen in de hoogste (in de rangordening) toepasselijke klasse van het vereveningscriterium wordt ingedeeld. In het vijfde lid is daarnaast geregeld dat het Zorginstituut een verzekerde van 0–17 jaar indeelt op basis van de AVI-indeling van de volwassenen op hetzelfde adres en een verzekerde van 65–69 jaar op basis van de AVI-indeling in het voorgaande jaar. Bij de indeling van verzekerden van 0–17 jaar worden alleen volwassenen betrokken die jonger dan 65 jaar zijn. De eis dat er een leeftijdsverschil van ten minste 15 jaar moet zijn met de oudste verzekerde van 0–17 jaar op hetzelfde adres vervalt met ingang van vereveningsjaar 2027. Als er geen volwassene op hetzelfde adres aanwezig is die aan deze voorwaarden voldoet, wordt de verzekerde van 0–17 jaar ingedeeld in de referentiegroep.
Op grond van het zesde lid worden verzekerden, blijvend in een Wlz-instelling of met extramurale Wlz-zorg, die 18 jaar of ouder zijn bij het vereveningscriterium MVV in de klasse 'Geen MVV' en bij het vereveningscriterium MHK in de klasse 'Geen MHK' ingedeeld.
In het zevende lid is een grondslag gecreëerd voor het Zorginstituut om als onderdeel van zijn beleidsregels de benodigde referentiebestanden op te stellen. In deze referentiebestanden is op detailniveau vastgelegd wanneer een verzekerde in een klasse van een vereveningscriterium wordt ingedeeld. Voor de FKG's is bijvoorbeeld vastgelegd welke geneesmiddelen, en in welke mate, moeten

zijn gebruikt om tot indeling in een FKG over te gaan.

Artikel 10

Door bijvoorbeeld geboorte, overlijden, emigratie of immigratie kan het voorkomen dat een verzekerde slechts een gedeelte van het jaar een zorgverzekering had. Om te voorkomen dat de zorgverzekeraar ook een vereveningsbijdrage ontvangt over het gedeelte van het jaar dat de betreffende persoon geen verzekerde was, wordt deze bijdrage gerelateerd aan de verzekerde periode (eerste lid). Het tweede lid bevat de regel dat een zorgverzekeraar voor een verzekerde die in een periode bij meerdere zorgverzekeraars was ingeschreven, over die periode een vereveningsbijdrage krijgt die gedeeld wordt door het aantal zorgverzekeraars waarbij de verzekerde in die periode was ingeschreven. Dit geschiedt om te voorkomen dat zorgverzekeraars onbedoeld voordeel ontlenen aan dubbele inschrijvingen. Deze regel sluit aan bij de in artikel 961 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek opgenomen regel, dat ingeval een verzekerde voor eenzelfde schade bij meerdere zorgverzekeraars is ingeschreven, de door de verzekerde aangesproken zorgverzekeraar de andere zorgverzekeraars kan aanspreken om de schade naar evenredigheid te dragen. Het eerste en tweede lid kunnen ook tegelijkertijd van toepassing zijn (één van de zorgverzekeringen van een dubbel verzekerde eindigt gedurende een vereveningsjaar).

Artikel 11

In de artikelen 12 tot en met 15 van deze regeling wordt bepaald aan welke clusters van prestaties bepaalde kostensoorten dienen te worden toegerekend. Pas nadat dat gebeurd is, kan het Zorginstituut de gerealiseerde kosten per cluster van prestaties bepalen. Het eerste lid expliciteert dit nog eens voor die clusters van prestaties, waarvoor vereveningscriteria gelden en derhalve de bijdragen dienen te worden herberekend. Dat wil zeggen voor alle clusters met uitzondering van het cluster 'vaste zorgkosten'. In artikel 3.11, tweede lid, Bzv is geregeld dat het Zorginstituut na het vereveningsjaar de gerealiseerde kosten per cluster van prestaties herberekent en in het vierde lid van dat artikel staat dat het Zorginstituut de ex ante geraamde kosten per cluster van prestaties corrigeert voor het werkelijke aantal verzekerden en hun werkelijke verzekerdenkenmerken in het vereveningsjaar. Vervolgens berekent het Zorginstituut, uitgaande van deze kosten en het gerealiseerde aantal verzekerden per klasse van ieder vereveningscriterium, voor iedere zorgverzekeraar en voor ieder cluster van prestaties een 'tussendeelbedrag' (art. 3.12, eerste lid, Bzv).
In het eerste lid is daarnaast geregeld dat het Zorginstituut de referentiebestanden (artikel 9, zevende lid) ook gebruikt bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage.
Het tweede en derde lid bepalen aan de hand van welke gegevens het Zorginstituut de bijdragen herberekent. Ten eerste zijn dit de over het vereveningsjaar gerealiseerde kosten per cluster van prestaties. Daarnaast zijn dit de gerealiseerde aantallen verzekerden per klasse van ieder relevant vereveningscriterium. In het derde lid is wat dit betreft per criterium aangegeven uit welk jaar de gegevens betrokken dienen te worden. Het vereveningscriterium HSM is hierbij een bijzonder geval. Dit is gebaseerd op realisatiecijfers over de morbiditeitscriteria van vereveningsjaar 2024 (die op hun beurt weer zijn gebaseerd op de jaren daarvoor). In het tweede lid is ook geregeld welke gewichten bij de herberekening worden toegepast. Bij het model voor de variabele zorgkosten zijn dit de gewichten uit bijlage 2, waarbij rekening is gehouden met de toepassing van hogekostencompensatie. De toe te passen gewichten voor de herberekening van de bijdragen voor de variabele zorgkosten wijken dus af van de bij de ex ante toekenning gehanteerde gewichten (uit bijlage 1). Bij het model voor de kosten van geneeskundige ggz worden de gewichten uit bijlage 4 gebruikt, waarbij rekening is gehouden met de toepassing van hogekostencompensatie. Ook hier wijken de toe te passen gewichten dus af van de bij de ex ante toekenning gehanteerde gewichten (uit bijlage 3).
Bij de (ex ante) toekenning zijn deze realisaties nog niet bekend, en gaat het Zorginstituut uit van ramingen met betrekking tot aantallen verzekerden per zorgverzekeraar, onderverdeeld naar de verschillende criteria. Dit sluit aan bij het concept dat voorspelbare vervolgkosten dienen te worden gecompenseerd. Bij grote onzekerheid rondom de raming van de aantallen verzekerden in de klassen van een vereveningscriterium kan 'criteriumneutraliteit' worden ingezet. Bij toepassing van criteriumneutraliteit worden een of meer gewichten van het betreffende vereveningscriterium bij de vaststelling aangepast zodat het effect (het verschil in aantallen vermenigvuldigd met het voor de betreffende klasse geldende gewicht) van een (landelijk) verschil tussen raming en realisatie van de verzekerdenaantallen voor het vereveningscriterium of een aantal klassen van dat vereveningscriterium teniet wordt gedaan. Het vierde lid regelt in combinatie met de tabellen 7.1 en 7.2 in bijlage 7 de criteriumneutraliteit voor de variabele zorgkosten en de kosten van geneeskundige ggz. In de tabellen zijn de klassen (aanpassingsklassen) weergegeven, waarvan de gewichten worden aangepast. In de tabellen 7.1 en 7.2 wordt per aanpassingsklasse aangegeven voor welke daarbij vermelde betrokken klasse(n) het effect van het verschil tussen raming en realisatie door het Zorginstituut teniet moet worden gedaan.
Omdat bij toepassing van criteriumneutraliteit rekening wordt gehouden met de werkelijke verzekerdenaantallen en de risicoverevening in beginsel een ex ante systeem is, wordt dit instrument zo

beperkt mogelijk en alleen in uitzonderlijke gevallen ingezet. Dit uitgangspunt kan ook betekenen dat de 'neutraliteit' niet voor het volledige criterium wordt toegepast, maar alleen voor de klassen waarvoor onzekerheid bestaat. In het vierde lid is tot slot geregeld dat het Zorginstituut alle herberekende gewichten afrondt op twee decimalen.

Artikel 12

In dit artikel is aangegeven hoe kosten van prestaties van grensoverschrijdende zorg in het risicovereveningssysteem moeten worden verwerkt. Deze kosten worden of vergoed via de zorgverzekeraars (lid 1) of via het CAK (lid 2). Het CAK brengt de voor een verzekerde vergoede kosten in rekening bij diens zorgverzekeraar. Declaraties die rechtstreeks bij de zorgverzekeraars worden ingediend zijn meestal zodanig gespecificeerd dat daaruit blijkt dat het gaat om kosten voor medisch-specialistische zorg of voor geneeskundige ggz, beide al dan niet inclusief verblijf. Het Zorginstituut deelt deze kosten toe aan kosten van de betreffende clusters van prestaties. Is er wel een specificatie maar blijkt daaruit niet dat de kosten gemaakt zijn voor de eerdergenoemde medisch-specialistische zorg of geneeskundige ggz, dan worden die op grond van het eerste lid volledig aangemerkt als 'variabele zorgkosten'.
Het tweede lid heeft betrekking op de kosten voor prestaties van grensoverschrijdende zorg die door verzekerden zijn gemaakt met toepassing van internationale regelingen inzake sociale zekerheid, zoals een bepaling van de Europese verordening voor sociale zekerheid dan wel bilaterale verdragen of multilaterale verdragen, zoals het Verdrag betreffende de sociale zekerheid van Rijnvarenden.
Hieronder vallen de kosten van zorg die slechts vergoed wordt na toestemming van de zorgverzekeraar (de zogenaamde toestemmingsgevallen), kosten van verzekerden die tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor vakantie) en kosten van verzekerden die in het buitenland wonen. De kosten buitenland die via het CAK worden afgehandeld worden per 2022 niet meer op kasbasis, maar op transactiebasis verwerkt door het Zorginstituut in de risicoverevening.
Op basis van eerdere schadecijfers blijkt dat de zogenaamde kosten buitenland als bedoeld in het tweede lid, voor het overgrote deel onder de kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp vallen en slechts zeer beperkt onder de kosten van geneeskundige ggz. De kosten worden daarom op grond van het tweede lid volledig toegewezen aan het cluster 'variabele zorgkosten'.

Artikel 13

Binnen het Zvw-stelsel komt in een aantal situaties een deel van de zorgkosten voor eigen rekening van de verzekerden. De kosten die via eigen betalingen voor rekening van de verzekerde komen, worden niet betrokken bij de risicoverevening. Een uitzondering wordt in het eerste lid echter gemaakt voor de eigen betalingen van verzekerden in geval van een verplicht of vrijwillig eigen risico. In de risicoverevening moeten deze kosten wel betrokken worden in de vaststelling van de gewichten voor de clusters 'variabele zorgkosten' en 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg'. Op deze wijze wordt initieel bij de herberekening van de normatieve bedragen ten behoeve van de zorgverzekeraar rekening gehouden met de zorgkosten, exclusief de eigen betalingen die niet het gevolg zijn van het verplicht of vrijwillig eigen risico.
Omdat niet exact te bepalen is voor welke kostensoorten een verzekerde nu daadwerkelijk eigen betalingen heeft gedaan onder het verplicht eigen risico wordt de genormeerde opbrengst van het verplicht eigen risico ingevolge artikel 3.19, eerste lid, Bzv, in mindering gebracht op het totaal van de normatieve bedragen van de hierboven genoemde clusters. Dit resulteert – na aftrek van de berekende opbrengst van de nominale rekenpremie ingevolge artikel 3.19, eerste lid, Bzv – in de vastgestelde vereveningsbijdrage.
Bij de bepaling van de uiteindelijke vereveningsbijdrage wordt op die wijze normatief rekening gehouden met een financieringsverschuiving van zorgverzekeraar naar verzekerde voor kosten die onder het verplicht eigen risico vallen. Bij een vrijwillig eigen risico krijgt de verzekerde een premiereductie. Deze inkomstenderving voor de zorgverzekeraar wordt gecompenseerd doordat de betalingen uit hoofde van het vrijwillig eigen risico bij de zorgkosten worden meegerekend; voor de bepaling van de vereveningsbijdrage hoeft er dan ook geen normatief bedrag in mindering te worden gebracht.
De renteheffingstarieven, dit zijn de tarieven die zorginstellingen in rekening mogen brengen bij zorgverzekeraars boven op de reguliere tarieven in het geval de zorgverzekeraar niet overgaat tot bevoorschotting van zorg gefinancierd op basis van dbc-zorgproducten, worden, om de prikkel tot bevoorschotting te maximeren, buiten de risicoverevening gehouden. Dit is in het tweede lid geregeld.

Artikel 14

De basis voor de toedeling van de kosten van instellingen naar de diverse deelbedragen, zoals deze wordt weergegeven in dit artikel en in artikel 15, is gelegen in de artikelen 3.14 en 3.15, Bzv. In dit artikel vindt de toedeling plaats van deze kosten naar het cluster 'variabele zorgkosten'. De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) biedt ingevolge artikel 58 van die wet, mogelijkheden voor experimenten waarbij ook voor dbc-zorgproducten die niet behoren tot het zogenoemde vrije segment toch sprake kan zijn van vrije prijsvorming. Dit artikel en artikel 15 geven aan dat de vast/variabel-

verhouding, die voor de kosten van deze experimenten geldt, door het Zorginstituut wordt vastgesteld.

Artikel 15

Het eerste lid gaat in op de toedeling van kosten van prestaties, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wmg. Het percentage van de kosten hiervan dat aan het cluster 'vaste zorgkosten' wordt toegedeeld, is gelijk aan 100 procent minus het percentage van deze kosten dat het Zorginstituut aan het cluster 'variabele zorgkosten' heeft toegedeeld op grond van artikel 14.
Zorgverzekeraars zijn risicodragend voor vrijwel alle geneesmiddelen binnen de Zvw. Er geldt op grond van het tweede lid een uitzondering op de risicodragendheid voor de verstrekking van een geneesmiddel die voorheen als de verstrekking van een duur intramuraal geneesmiddel gold (ex-sluismiddel). De uitzondering op de risicodragendheid is beperkt tot de risicoloze periode voor die verstrekking. Op het moment dat er waarborgen zijn voor gepast gebruik en sprake is van een succesvolle prijsonderhandeling, kan de Minister van VWS besluiten de uitzondering voor de verstrekking te laten vervallen. Het vervallen van de uitzondering betekent dat de verstrekking deel gaat uitmaken van het te verzekeren basispakket van de Zvw. De verstrekking is daarmee opgehouden een verstrekking van een duur intramuraal geneesmiddel als bedoeld in artikel 1 van deze regeling te zijn.
De verstrekking van een geneesmiddel is vanaf het moment van het vervallen van de uitzondering van de prestatie geneeskundige zorg, tot en met 31 december van het vierde kalenderjaar daaropvolgend risicoloos. Het Zorginstituut merkt op grond van het tweede lid voor het vereveningsjaar 2027 de kosten van de verstrekkingen van geneesmiddelen, waarvoor geldt dat de uitzondering van de prestatie geneeskundige zorg in 2023, 2024, 2025, 2026 of 2027 is vervallen, aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.
De kosten voor impactvolle transformaties en/of doorbraakmiddelen die aan bepaalde voorwaarden voldoen, worden op grond van het derde lid als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' aangemerkt. In de eerste plaats moeten de kosten prestaties voor impactvolle transformaties of prestaties voor doorbraakmiddelen betreffen die de NZa op grond van de Wmg heeft beschreven. De NZa beschrijft die prestaties in het kader van de uitvoering van het Integraal Zorgakkoord (IZA)[6] en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA)[7]. Zie voor een nadere toelichting op de beschrijving van die prestaties Kamerstukken II 2022/2023, 31 765, nr. 792, p.4 en Kamerstukken II 2025/2026, 31 765, nr. 981.
In de tweede plaats moet de plausibiliteit van de kosten voor impactvolle transformaties en/of doorbraakmiddelen zijn gebleken. De NZa kan op grond van artikel 27 Wmg regels stellen omtrent de controle door de zorgverzekeraars op de plausibiliteit van hun kosten voor impactvolle transformaties en/of doorbraakmiddelen. De NZa toetst die plausibiliteit als onderdeel van haar rechtmatigheidstoezicht op de zorgverzekeraars. De NZa verwerkt haar conclusies over de plausibiliteit in haar bestuurlijk oordeel over de jaarstaat van de zorgverzekeraar. Het Zorginstituut gebruikt dat bestuurlijk oordeel voor de rechtmatige vaststelling van de vereveningsbijdrage voor de zorgverzekeraar.
Het Zorginstituut past op grond van het vierde lid op de kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' volledige nacalculatie toe. Hiermee lopen zorgverzekeraars in het geheel geen risico over kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'. De basis voor deze nacalculatie is te vinden in artikel 3.15, derde lid, Bzv. De combinatie van het tweede respectievelijk derde lid en het vierde lid leidt tot de uitzondering op de risicodragendheid. De verstrekking van een geneesmiddel na haar risicoloze periode wordt daarbij automatisch volledig risicodragend voor de zorgverzekeraars omdat de kosten daarvan niet langer behoren tot de kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.

Artikel 16

Dit artikel regelt de hogekostencompensatie voor de variabele zorgkosten voor het vereveningsjaar 2027. De grondslag voor die compensatie is neergelegd in artikel 3.12b, Bzv. In dit artikel is vastgelegd hoe het Zorginstituut hogekostencompensatie toepast. Vanaf vereveningsjaar 2026 worden er twee drempelwaarden gebruikt. De variabele zorgkosten boven de eerste maar onder de tweede drempelwaarde worden voor 75% gecompenseerd, die boven de tweede drempelwaarde voor 90%.
De drempelwaarden worden jaarlijks geïndexeerd met de gemiddelde gewogen kostenontwikkeling voor de somatische Zvw-zorg. Met de indexatie wordt voorkomen dat de kostenontwikkeling ervoor zorgt dat steeds meer verzekerden met hun kosten boven de drempelwaarden uitkomen. Voor 2027 zijn de drempelwaarden vastgesteld op € 450.761 en € 1.301.500. Deze bedragen liggen 4,12% hoger dan in 2026 (€ 432.924 en € 1.250.000).
In onderstaande tabel wordt de werking van de hogekostencompensatie verder toegelicht. Op de

[6] 'Integraal Zorgakkoord Samen Werken aan gezonde zorg', bijlage bij Kamerstuk II 2021/2022, 31 765, nr. 655.
[7] 'Aanbieding Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA)', Kamerstukken II 2024/2025, 31 765, nr. 943.

laatste regel is bijvoorbeeld een verzekerde opgenomen die 1,5 miljoen euro aan kosten heeft. Deze verzekerde komt daarmee boven de hoogste drempelwaarde van 1.301.500 euro. De 198.500 euro boven de hoogste drempelwaarde wordt voor 90% gecompenseerd. Dit is 178.650 euro. Het bedrag tussen de twee drempelwaarden van 850.739 euro (1.301.500 – 450.761) wordt voor 75% gecompenseerd. Dit is 638.054,25 euro. In totaal ontvangt de zorgverzekeraar dus 816.704,25 euro voor deze verzekerde.

Variabele zorgkosten van de verzekerde	Bedrag tussen beide drempels (A)	Bedrag boven hoogste drempel (B)	Compensatie (C) = 75% x A + 90% x B
€ 100.000	€ 0	€ 0	€ 0
€ 600.000	€ 149.239	€ 0	€ 111.929,25
€ 1.500.000	€ 850.739	€ 198.500	€ 816.704,25

Gesommeerd over alle verzekerden bij een zorgverzekeraar leidt dit tot een vergoeding voor de betreffende zorgverzekeraar. Het totaal benodigde bedrag voor de hogekostencompensatie is de optelsom van deze bedragen over alle zorgverzekeraars.
Bij de toepassing van hogekostencompensatie wordt geen bedrag toegevoegd aan het aan zorgverzekeraars uit te keren bedrag. Dat betekent dat het benodigde bedrag door zorgverzekeraars moet worden ingebracht. Dit gebeurt naar rato van de herberekende deelbedragen.
Ten slotte wordt het herberekende deelbedrag voor een zorgverzekeraar nogmaals herberekend door het bedrag aan vergoeding vanuit de hogekostencompensatie hierbij op te tellen en de inbreng ervan af te trekken.
In het tweede lid is vastgelegd dat het Zorginstituut bij een voorlopige vaststelling, als bedoeld in artikel 3.20, eerste lid, Bzv, de toepassing van hogekostencompensatie achterwege kan laten. In dat geval past het Zorginstituut op grond van het tweede lid en in afwijking van artikel 11, tweede lid, niet de gewichten uit bijlage 2, maar de gewichten uit bijlage 1 toe.

Artikel 17

In vereveningsjaar 2027 wordt hogekostencompensatie voor de geneeskundige ggz toegepast. De grondslag voor die compensatie is neergelegd in artikel 3.12a, Bzv. Dat artikel is ingevoegd in het Bzv bij besluit van 10 oktober 2019 houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de vereveningsbijdrage over het jaar 2020 (Stb. 2019, 371). In dit artikel is vastgelegd hoe het Zorginstituut hogekostencompensatie toepast. Allereerst wordt een drempelwaarde bepaald, zodanig dat 1,5% van de ggz-patiënten kosten gelijk aan of boven deze drempelwaarde heeft. Voor vereveningsjaar 2026 was dat nog 0,5%. De verruiming naar 1,5% is een tijdelijke maatregel om de toegankelijkheid van complexe ggz te vergroten.
Voor de betreffende verzekerden wordt 90% van de kosten boven de drempelwaarde gecompenseerd. Gesommeerd over alle verzekerden bij een zorgverzekeraar leidt dit tot een vergoeding voor de betreffende zorgverzekeraar. Het totaal benodigde bedrag voor de hogekostencompensatie is de optelsom van deze bedragen over alle zorgverzekeraars.
Bij de toepassing van hogekostencompensatie wordt geen bedrag toegevoegd aan het aan zorgverzekeraars uit te keren bedrag. Dat betekent dat het benodigde bedrag door zorgverzekeraars moet worden ingebracht. Dit gebeurt naar rato van de herberekende deelbedragen.
Ten slotte wordt het herberekende deelbedrag voor een zorgverzekeraar nogmaals herberekend door het bedrag aan vergoeding vanuit de hogekostencompensatie hierbij op te tellen en de inbreng ervan af te trekken.
In het tweede lid is vastgelegd dat het Zorginstituut bij een voorlopige vaststelling, als bedoeld in artikel 3.20, eerste lid, Bzv, de toepassing van hogekostencompensatie achterwege kan laten. In dat geval past het Zorginstituut op grond van het tweede lid en in afwijking van artikel 11, tweede lid, niet de gewichten uit bijlage 4, maar de gewichten uit bijlage 3 toe.

Artikel 17a

In artikel 3.16, Bzv, is vastgelegd dat bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat het Zorginstituut een bandbreedteregeling toepast voor de kosten van geneeskundige ggz. Bij ministeriële regeling kunnen ook het bedrag van de bandbreedte en het percentage waarmee de buiten de bandbreedte liggende meer- of minderkosten worden verminderd, worden vastgesteld.
Artikel 17a regelt de toepassing van deze bandbreedteregeling voor vereveningsjaar 2027. Per 2022 is de bekostiging van de geneeskundige ggz veranderd met de invoering van het ZPM. Dit brengt nog steeds onzekerheden met zich mee. Daarom heeft het kabinet besloten om, net als in 2026, ook in 2027 een (dezelfde) tijdelijke bandbreedte te hanteren.

Artikel 18

In dit artikel gaat het om de herberekening van het normatieve bedrag ten behoeve van de vaststelling

van de vereveningsbijdrage. De berekeningswijze die hiervoor wordt gehanteerd, komt overeen met die genoemd in artikel 7 (opbrengst van de nominale rekenpremie) respectievelijk artikel 8 (opbrengst van het verplicht eigen risico). Alleen wordt nu gerekend met werkelijke in plaats van geraamde aantallen zorgverzekeringen. De berekende opbrengst van de nominale rekenpremie en het verplicht eigen risico wordt op basis van artikel 3.19, eerste lid, Bzv, in mindering gebracht op het in artikel 3.18, Bzv bedoelde normatieve bedrag per zorgverzekeraar.

Artikel 19

In dit artikel is vastgelegd dat verschillende regels die gelden bij de toekenning van de vereveningsbijdrage ook gelden bij de vaststelling. Het gaat daarbij om regels omtrent:

- de buiten beschouwing te laten informatie bij de vereveningscriteria MHK en HSM (artikel 5, tweede en derde lid); en
- indeling in klassen van de in het buitenland wonende verzekerden en verzekerden jonger dan 15 jaar of ouder dan 54 jaar (artikel 6).

In dit artikel is verder vastgelegd dat de regels omtrent de indeling in de klassen van de vereveningscriteria bij de toekenning van de vereveningsbijdragen aan zorgverzekeraars, zoals neergelegd in artikel 9, ook van toepassing zijn bij de vaststelling van de vereveningsbijdragen.

Artikel 20

Verzekerden jonger dan achttien jaar zijn op grond van artikel 16, tweede lid, onderdeel a, Zvw, geen nominale premie verschuldigd. Zorgverzekeraars hebben voor verzekerden jonger dan achttien jaar naast zorgkosten, ook beheerskosten (administratie en zorginkoop), waarvoor ze uit het Zvf compensatie ontvangen. De vergoeding uit het Zvf is voor het vereveningsjaar 2027, net als voor de afgelopen vereveningsjaren, op € 41 per verzekerde jonger dan achttien jaar vastgesteld.

Artikel 21

In de beleidsregels van het Zorginstituut is opgenomen op grond van welke data de uitbetaling van de vereveningsbijdrage aan de zorgverzekeraars plaatsvindt. Er wordt rekening gehouden met het declaratiepatroon van zorgaanbieders, waarbij verschillen in de snelheid waarmee bijvoorbeeld farmaciekosten of dbc-zorgproducten gedeclareerd worden, meegenomen worden. Als gevolg van de risicoverevening kan de betaling op enig moment ook negatief zijn. Dat wil zeggen dat in dat geval een zorgverzekeraar op genoemde datum in het betaalschema een betaling aan het Zorginstituut dient te doen.

Artikel 22

Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van de uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst. Deze regeling werkt gezien artikel 32, vierde lid, onderdeel a, Zvw terug tot en met 30 september 2026. Deze regeling richt zich op de zorgverzekeraars en het Zorginstituut. Er wordt afgezien van de minimale invoeringstermijn van twee maanden en van de vaste verandermomenten omdat daarmee aanmerkelijk ongewenste private en publieke nadelen worden voorkomen. Aanwijzing 4.17 van de Aanwijzingen voor de regelgeving voorziet in die afwijkingsmogelijkheid.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
S.T.M. Hermans