

Nota van 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 (hierna: 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 zorgverzekeringsportefeuille in het nadeel zijn ten opzichte van zorgverzekeraars met een relatief gezonde populatie, omdat zij gegeven hun populatie 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 deze ongelijkheid te verminderen is in paragraaf 4.2 Zvw bepaald dat zorgverzekeraars jaarlijks van Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) een 'vereveningsbijdrage' ontvangen, ten laste van het Zorgverzekeringsfonds (hierna: Zvf). Het Besluit zorgverzekering (hierna: Bzv) bevat de belangrijkste regels over de vereveningsbijdragen: het besluit bevat de criteria die bij de berekening van die vereveningsbijdrage worden gebruikt, en hoe de bijdragen op hoofdlijnen ex ante en ex post worden berekend, waaronder de bandbreedteregeling voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg bij de ex post berekening. De Regeling risicoverevening bevat vervolgens de uitwerking van de vereveningscriteria. Het Zorginstituut stelt beleidsregels op, die worden goedgekeurd door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het Zorginstituut bepaalt op grond van deze regelgeving de bijdrage per verzekeraar en voert het beleid uit.

Dit besluit wijzigt het Bzv in verband met aanpassingen in de risicoverevening voor de vereveningsjaren 2025, 2026 en 2027.

De (te verwachten) vereveningsbijdrage vormt een belangrijk gegeven voor de vaststelling door de zorgverzekeraar van de premie voor de basisverzekering. De premie moet voorafgaand aan het volgende jaar worden vastgesteld. Het is daarom belangrijk dat de vereveningsbijdragen vooraf bekend zijn. De wijzigingen waarvoor dit besluit een grondslag regelt, zijn voor de vereveningsjaren 2025 en 2026 daarom al toegepast door het Zorginstituut op basis van de conceptregelingen die gepubliceerd zijn in de Staatscourant (*Stcrt.* 2024, 31526 respectievelijk *Stcrt.* 2025, 32634). De definitieve regelingen treden kort na dit besluit in werking.

In dit besluit wordt geregeld dat een vereveningscriterium niet meer wordt toegepast. Ook wordt het gebruik van twee nieuwe vereveningscriteria geregeld. Daarnaast worden wijzigingen aangebracht in de berekening van de vereveningsbijdrage voor in het buitenland woonachtige verzekerden. Met dit besluit wordt ook geregeld dat de bandbreedteregeling voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) voortaan bij ministeriële regeling kan worden toegepast.

Tot op heden werd de toepassing in een vereveningsjaar van de bandbreedteregeling voor de ggz in het Bzv vastgelegd. Omdat pas in de zomer voorafgaand aan het vereveningsjaar een besluit wordt genomen over de toepassing van deze bandbreedteregeling, heeft dit tot gevolg gehad dat de Regeling risicoverevening voor de betreffende vereveningsjaren voor de wettelijke datum van 1 oktober van het voorafgaande jaar alleen in concept in de Staatscourant kon worden gepubliceerd. De Regeling risicoverevening kan vervolgens pas definitief worden gemaakt als de benodigde grondslag in het Bzv is gewijzigd. Om deze situatie naar de toekomst te voorkomen, is besloten de toepassing van deze bandbreedteregeling voortaan bij ministeriële regeling vast te leggen. In paragraaf 3 wordt dit nader toegelicht.

Voor de vereveningsjaren 2025 en 2026 wordt deze bandbreedteregeling al toegepast. De reden is dat de onzekerheden naar aanleiding van de invoering van de nieuwe bekostigingswijze in de geestelijke gezondheidszorg in deze vereveningsjaren nog niet kleiner lijken dan in 2024. Het gaat om een tijdelijke

maatregel voor 2025 en 2026. De toepassing van deze bandbreedteregeling in 2025 en 2026 wordt in de Regeling risicoverevening voor de betreffende jaren opgenomen.

Deze toelichting vangt aan met een algemene beschouwing over de vereveningsbijdrage en de totstandkoming van dit besluit. Vervolgens wordt ingegaan op de wijzigingen die met dit besluit in het Bzv worden aangebracht.

2. Risicoverevening algemeen, overlegproces en tijdlijn tot en met voordracht

Algemeen

De zorgverzekeraars ontvangen met de vereveningsbijdrage compensatie voor de uitvoering van een dienst van algemeen economisch belang. Zij zijn onder de voorwaarden en beperkingen van de Zvw belast met zo'n dienst. De belangrijkste voorwaarden en beperkingen van de Zvw zijn de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie, het verplicht aan te bieden basispakket en de regeling van het verplicht en het vrijwillig eigen risico. De vereveningsbijdrage over een vereveningsjaar voor een zorgverzekeraar is het verschil tussen zijn normatieve bedrag en de berekende opbrengst van de nominale rekenpremie en de genormeerde opbrengst van het verplicht eigen risico.

Voor iedere zorgverzekeraar berekent het Zorginstituut een normatief bedrag. Dit is de som van drie deelbedragen: variabele zorgkosten, kosten van geneeskundige ggz en vaste zorgkosten (artikel 3.18 Bzv). De deelbedragen voor variabele zorgkosten en voor kosten van geneeskundige ggz van een zorgverzekeraar worden bepaald op basis van de indeling van de verzekerden van de zorgverzekeraar in de klassen van de toepasselijke vereveningscriteria.

Het Zorginstituut is het bestuursorgaan dat de vereveningsbijdrage op grond van artikel 32 Zvw toekent en vervolgens op grond van artikel 34 Zvw vaststelt. Het Zorginstituut dient op grond van artikel 32, vijfde lid, Zvw voor 15 oktober van het jaar voorafgaande aan het betrokken vereveningsjaar zijn beleidsregels voor de vereveningsbijdrage over dat jaar vast te stellen. De toekenning moet op grond van artikel 32, zesde lid, Zvw voor 1 november van het jaar voorafgaande aan het betrokken vereveningsjaar plaatsvinden. De (definitieve) vaststelling van de vereveningsbijdrage moet uiterlijk op 1 april van het vierde jaar volgend op het betrokken vereveningsjaar gedaan worden op grond van artikel 34, eerste lid, Zvw. Het Zorginstituut vordert op grond van artikel 34, vijfde lid, Zvw bij een hogere toegekende dan vastgestelde vereveningsbijdrage dat verschil terug van de zorgverzekeraar. Bij een hogere vastgestelde dan toegekende vereveningsbijdrage betaalt het Zorginstituut dat verschil aan de zorgverzekeraar.

Overlegproces wijzigingen risicoverevening

In de onderzoeksjaren 2023-2024 (voor vereveningsjaar 2025) en 2024-2025 (voor vereveningsjaar 2026) hebben, net als elk jaar, onderzoeken plaatsgevonden naar mogelijke verbeteringen in de risicoverevening. De onderzoeken hebben geleid tot wijzigingen die per jaar in combinatie met elkaar zijn doorgerekend in de zogenaamde Overall Toets (hierna: OT). De OT wordt begeleid door de Werkgroep beleid risicoverevening (WBR) waaraan o.a. het Ministerie van VWS, het Zorginstituut en Zorgverzekeraars Nederland (hierna: ZN) deelnemen. De onderzoeken en de OT zijn na afronding technisch besproken in de Werkgroep ontwikkeling risicoverevening (WOR) waaraan het Ministerie van VWS, het Zorginstituut, ZN, betrokken onderzoeksbureaus, individuele verzekeraars en het Ministerie van Financiën deelnemen. De voorgenomen wijzigingen van de risicoverevening zijn 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 de vereveningsjaren 2025 en 2026 meermalen in directeurenoverleggen besproken. De betrokkenheid van het Zorginstituut in dit proces beperkt zich niet tot de inhoud. Het Zorginstituut beoordeelt hierbij ook of de aangepaste systematiek uitvoerbaar is. Een aparte uitvoeringstoets op dit besluit is hierdoor niet nodig. Dit proces heeft geleid tot de risicovereveningssystematiek voor 2025 en 2026, zoals opgenomen in dit besluit.

Het voorgaande geldt ook voor onderzoeksjaar 2025-2026 (voor vereveningsjaar 2027), met dien verstande dat dit een nog lopend onderzoeksjaar betreft.

3. Wijzigingen in het Besluit zorgverzekering

Verwijdering vereveningscriterium HKG's

Op grond van artikel 32, tweede en derde lid, Zvw bevat het Bzv de criteria op grond waarvan de hoogte van de vereveningsbijdrage wordt vastgesteld. In dit besluit wordt geregeld dat het vereveningscriterium HKG's (hulpmiddelenkostengroepen) met ingang van vereveningsjaar 2025 niet meer wordt toegepast bij de verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten (artikel 3.4, eerste lid, Bzv). Door het vervallen van de HKG's worden verzekerden woonachtig in het buitenland niet meer ingedeeld in de klasse 'Geen HKG' (artikel 3.8 Bzv).

Aanpassing gewichten in het buitenland woonachtige verzekerden

Verzekerden woonachtig in het buitenland worden op grond van artikel 3.8, eerste lid van het Bzv ingedeeld in de afslagklassen van de vereveningscriteria FKG's (farmaceutische kostengroepen), DKG's (diagnosekostengroepen), FDG (fysiotherapiediagnosegroepen), FKG's psychische aandoeningen en DKG's psychische aandoeningen (zoals 'Geen FKG', 'Geen DKG', 'Geen FDG'). 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 woonachtig in het buitenland. Met de introductie van het vereveningscriterium SEI (seizoenarbeiders) is dit overbodig geworden. Bij de bepaling van de gewichten van SEI wordt namelijk voor in het buitenland woonachtige verzekerden rekening gehouden met de te ontvangen bijdrage op basis van de overige vereveningscriteria. Verzekerden woonachtig in het buitenland worden nog steeds in de genoemde afslagklassen ingedeeld, maar voor hen geldt vanaf vereveningsjaar 2025 hetzelfde gewicht als voor in Nederland woonachtige verzekerden. Artikel 3.8, tweede lid, Bzv dat het mogelijk maakte om afwijkende gewichten vast te stellen, vervalt daarom.

Toevoeging vereveningscriteria HHK en OKH

Op grond van artikel 32, tweede en derde lid, van de Zvw, bevat het Bzv de criteria op grond waarvan de hoogte van de vereveningsbijdrage wordt vastgesteld. Op grond van artikel 32, vierde lid, onderdeel b, van de Zvw, kan de minister bij ministeriële regeling bepalen dat eenmalig rekening wordt gehouden met een aanvullend vereveningscriterium. Het gebruik van zo'n vereveningscriterium voor de vereveningsbijdrage over latere vereveningsjaren vergt een regeling in hoofdstuk 3 van het Bzv.

In dit besluit wordt voor twee vereveningscriteria een grondslag opgenomen in het Bzv. De Regeling risicoverevening 2026 bevat de volgende eenmalig aanvullende vereveningscriteria: historische hulpmiddelenkosten (HHK) en ontbrekende kostenhistorie (OKH). Met dit besluit worden deze criteria vanaf 2027 structureel opgenomen in artikel 3.4, eerste lid, Bzv.

Bandbreedteregeling geneeskundige ggz

In de vereveningsjaren 2022, 2023 en 2024 is een bandbreedte toegepast in het model voor de kosten van geneeskundige ggz vanwege de nieuwe bekostigingswijze in het kader van het Zorgprestatiemodel. De bandbreedte geldt zowel voor positieve als negatieve afwijkingen (symmetrisch ten opzichte van het gemiddelde marktresultaat). Daardoor heeft deze geen noemenswaardig effect op het landelijk verdeelde bedrag. De werking van de bandbreedteregeling is reeds toegelicht in het Besluit van 14 juli 2021 tot wijziging van het Bzv (*Stb.* 2021, 377). Met voorliggend besluit wordt het mogelijk gemaakt deze bandbreedteregeling voor de geneeskundige ggz ook in vereveningsjaar 2025 of de vereveningsjaren daarna toe te passen. Het besluit over toepassing van de bandbreedteregeling wordt jaarlijks voorafgaand aan het vereveningsjaar genomen en vastgelegd in de Regeling risicoverevening voor het betreffende vereveningsjaar. Als de bandbreedteregeling wordt toegepast, worden de hoogte van de bandbreedte en het percentage waarmee de buiten de bandbreedte liggende meer- of minderkosten worden verminderd, vastgelegd in deze ministeriële regeling. Voor de vereveningsjaren 2025 en 2026 is al besloten dat de bandbreedteregeling wordt toegepast. Voor die jaren is geconstateerd dat de onzekerheden voor het

model als gevolg van de invoering van de nieuwe bekostigingswijze niet kleiner zijn dan voor 2024. Jaarlijks wordt de noodzaak van toepassing van de bandbreedteregeling opnieuw overwogen. Omdat de toepassing van de bandbreedteregeling niet langer aanpassing vraagt van het Besluit zorgverzekering, is het niet langer noodzakelijk om een concept-regeling te publiceren, voordat de regeling kan worden vastgesteld. Daarmee wordt een terugkerende lacune in de regelgeving verholpen.

4. Europese Aspecten

Staatssteun

De toekenning van vereveningsbijdragen ten laste van het Zvf aan zorgverzekeraars vormt een steunmaatregel als bedoeld in artikel 107, eerste lid, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie. De Europese Commissie heeft in haar beschikking van 3 mei 2005 (hierna: het goedkeuringsbesluit) beslist dat de toekenning van de vereveningsbijdragen aan zorgverzekeraars verenigbaar is met de interne markt.

Het goedkeuringsbesluit vermeldt dat de zorgverzekeraars onder de voorwaarden en beperkingen van de Zvw belast zijn met een dienst van algemeen economisch belang. De belangrijkste voorwaarden en beperkingen zijn de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie, het verplicht aan te bieden basispakket en de regeling van het verplicht eigen risico en vrijwillig eigen risico. De voortzetting van de bandbreedteregeling voor de kosten van geneeskundige ggz leidt niet tot wijzigingen op het gebied van de bovenbedoelde voorwaarden en beperkingen voor zorgverzekeraars. De door de Europese Commissie goedgekeurde steunmaatregel houdt in dat de Zvw-uitgaven van zorgverzekeraars voor ongeveer 50% bekostigd worden uit het Zvf en voor ongeveer 50% uit hun eigen inkomsten. De bekostiging uit het Zvf bestaat uit de vereveningsbijdragen. De eigen inkomsten bestaan uit de opbrengsten van de nominale premies en het verplicht eigen risico.

Nederland geeft uitvoering aan de bekostigingsregel op basis van de verwachte Zvw-uitgaven. Dit vereist wel dat het verschil tussen realisatie en verwachtingen binnen redelijke grenzen blijft. De voorgenomen bandbreedteregeling grijpt in op de uitersten van de markt en neemt daarmee de grootste verschillen tussen zorgverzekeraars weg. Daarmee verminderen de risico's van de acceptatieplicht, een wettelijke maatregel waarop de zorgverzekeraars geen invloed hebben. De bandbreedteregeling draagt daarmee bij aan het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars. De herverdeling tussen zorgverzekeraars leidt niet tot een noemenswaardige wijziging van het bekostigingsaandeel vanuit het Zvf, voor de Zvw-uitgaven van zorgverzekeraars.

Het goedkeuringsbesluit vermeldt dat de goedgekeurde steunmaatregel niet de prikkels voor zorgverzekeraars heeft weggenomen om concurrentie aan te gaan.

Het Nederlandse risicovereveningssysteem blijft met de bandbreedteregeling voor de vaststelling van het deelbedrag voor kosten van geneeskundige ggz binnen de grenzen van het goedkeuringsbesluit uit 2005. Bij ministeriële regeling wordt overwogen welke bandbreedte wordt toegepast en met welk percentage de afwijking wordt verminderd. Daarbij wordt er rekening mee gehouden dat prikkels blijven bestaan voor zorgverzekeraars om concurrentie aan te gaan.

Solvabiliteit II-richtlijn

De zorgverzekeraars vallen als schadeverzekeringsondernemingen onder het toepassingsbereik van de Solvabiliteit II-richtlijn. Artikel 109 bis, vierde en vijfde lid, van die richtlijn hebben betrekking op het systeem van risicoverevening. Het bovenbedoelde vijfde lid bevat de eisen voor een nationaal systeem van risicoverevening. Een dergelijk systeem moet:

- a. transparant zijn en voorafgaand aan het vereveningsjaar volledig zijn uitgewerkt;
- b. waarborgen dat de volatiliteit van het premierisico en het voorzieningenrisico van de betrokken verzekeraars in significante mate wordt verminderd;
- c. betrekking hebben op verplichte ziektekostenverzekeringen en geheel of gedeeltelijk ter vervanging van ziektekostendekking waarin de wettelijke socialezekerheidsregelingen voorzien; en

- d. een regeling bevatten dat een of meer overheidsinstanties in het geval van wanbetaling door verzekeraars de schadevorderingen van de betrokken polishouders van de verzekeringen die onder dat systeem vallen, volledig dekken.

De verordening van de Europese Commissie ter aanvulling van de Solvabiliteit II-richtlijn bevat nog een aanvullende eis. De verzekeringsverplichtingen die onder het systeem van risicoverevening vallen, moet gescheiden van de andere activiteiten van de verzekeraars, georganiseerd zijn en beheerd worden. De regeling voor een nationaal systeem van risicoverevening is in de Solvabiliteit II-richtlijn opgenomen in artikel 206. Dit besluit bevat geen wijziging in het systeem van de risicoverevening en voldoet hierdoor nog steeds aan de voorwaarden die worden gesteld in de Solvabiliteit II-richtlijn.

5. Fraudetoets

Het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) controleren de opgaven van de zorgverzekeraars voor de toekenning en vaststelling van de vereveningsbijdragen. De NZa houdt op grond van artikel 16, onderdeel b, van de Wet marktordening gezondheidszorg, toezicht op de rechtmatige uitvoering door zorgverzekeraars van onder meer de regelgeving op het gebied van de vereveningsbijdrage. Dit besluit leidt niet tot wijziging van de controle door de NZa op de opgaven van zorgverzekeraars voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage. De gegevens die de zorgverzekeraars ten behoeve van de vereveningsbijdrage moeten verstrekken veranderen beperkt als gevolg van dit besluit. Het Zorginstituut kan met die gegevens de vereveningsbijdrage over de betreffende vereveningsjaren vaststellen.

6. Gevolgen voor de Rijksbegroting en exploitatiesaldo Zorgverzekeringsfonds

Het onderhavige besluit heeft geen gevolgen voor de Rijksbegroting en naar verwachting geen noemenswaardige gevolgen voor het exploitatiesaldo van het Zvf. De bandbreedteregeling voor het cluster kosten van geneeskundige ggz heeft naar verwachting geen noemenswaardige gevolgen voor het exploitatiesaldo van het Zvf. Dat komt doordat deze symmetrisch wordt toegepast: zowel positieve als negatieve resultaten worden op dezelfde manier afgeroomd of gecompenseerd.

7. Regeldrukgevolgen

Dit besluit heeft vooral gevolgen voor het Zorginstituut. Hij moet zijn programmatuur aanpassen om de gewijzigde risicovereveningssystematiek te kunnen toepassen bij de toekenning en vaststelling van de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars. Voor de zorgverzekeraars zijn er beperkte wijzigingen in de aan te leveren gegevens. Dit heeft – behoudens de kennisnemingskosten – geen noemenswaardige gevolgen voor de regeldruk. Dit besluit heeft geen regeldrukgevolgen voor andere bedrijven of de burger.

Het ontwerp van dit besluit is op 16 oktober 2024 aan het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) aangeboden. Het Adviescollege heeft het dossier niet geselecteerd voor een formeel advies, omdat het - behoudens eenmalige kennisnemingskosten - geen gevolgen voor de regeldruk heeft.

8. Voorhang

PM aanvullen na afronding voorhangprocedure

II. Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdelen A en B

Het vereveningscriterium HKG's wordt niet meer gebruikt. Dit is toegelicht in paragraaf 3 van het algemeen deel van deze nota van toelichting. Met deze wijziging betreft het Zorginstituut het vereveningscriterium HKG's niet bij de verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten. Ook wordt de definitie van HKG's uit artikel 1 geschrapt.

Met dit onderdeel worden ook twee definitiebepalingen voor vereveningscriteria aan artikel 1 toegevoegd. Het gaat om de definities voor historische hulpmiddelenkosten (HHK) en ontbrekende kostenhistorie (OKH). Deze definities zijn eenmalig opgenomen in de Regeling risicoverevening 2026. Met de opname in het Bzv wordt de grondslag gegeven voor meerjarige toepassing van de betreffende criteria. De uitwerking en toepassing gebeurt nog altijd via de jaarlijkse ministeriële regelingen voor de risicoverevening. HHK onderscheidt verzekerden op basis van hun hulpmiddelenkosten in het verleden. Met het vereveningscriterium OKH worden verzekerden die niet onafgebroken Zvw-verzekerd waren in het recente verleden onderscheiden van overige verzekerden.

Met deze wijziging is tot slot geregeld dat het Zorginstituut de vereveningscriteria HHK en OKH bij de verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten betreft.

Onderdeel C

Met het vervallen van het vereveningscriterium HKG's hoeven de verzekerden die in het buitenland wonen ook niet langer ingedeeld te worden in de klasse "Geen HKG". De aanpassing van dit artikel regelt dat deze verzekerden niet meer in die klasse worden ingedeeld.

Met deze wijziging wordt ook geregeld dat verzekerden die in het buitenland wonen niet worden ingedeeld bij het nieuw toegevoegde vereveningscriterium OKH.

Het tweede lid van artikel 3.8 vervalt, omdat het Zorginstituut geen afwijkende gewichten meer toekent aan de klassen in het eerste lid voor in het buitenland woonachtige verzekerden. De grondslag om de wijze van vaststelling van deze verdeling bij ministeriële regeling vast te stellen, vervalt om die reden ook.

Onderdeel D

Met deze wijziging wordt geregeld dat de bandbreedteregeling voor de kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in artikel 3.16 in 2025 en latere jaren kan worden toegepast. De kosten van geneeskundige ggz zijn relatief onvoorspelbaar en kunnen sterk oplopen bij een concentratie van specifieke patiëntgroepen bij een verzekeraar. Bij een afwijking tussen de geraamde kosten en de daadwerkelijk gerealiseerde kosten (per verzekerde van 18 jaar of ouder) die groter of kleiner is dan het gemiddelde marktresultaat, kan bij toepassing van de bandbreedte een deel van die afwijking worden gecompenseerd, dan wel afgeroomd. Daarmee wordt de risicovereveningsbijdrage beter in lijn gebracht met de feitelijke situatie (rekening houdend met het gemiddelde marktresultaat). Bij ministeriële regeling kunnen het bedrag van de bandbreedte en het percentage waarmee de buiten de bandbreedte liggende meer- of minderkosten worden verminderd, worden vastgesteld. De bandbreedteregeling werkt symmetrisch, wat betekent dat zowel afwijkingen naar boven, als afwijkingen naar beneden, op dezelfde wijze worden gecompenseerd of afgeroomd. Dit is toegelicht in paragraaf 3 van het algemeen deel van deze nota van toelichting.

Artikel II

Artikel II bepaalt dat voor voorgaande vereveningsjaren, de toen geldende versie van het besluit toegepast dient te worden. Dit is van belang omdat de vereveningsbijdrage uiterlijk vier jaar na afloop van het betreffende vereveningsjaar kan worden vastgesteld. Op dat moment moet dus gekeken worden naar het besluit zoals dat gold in het betreffende vereveningsjaar. Dat geldt ook voor de wijzigingen die met dit besluit beoogd worden.

Artikel III

Aan onderdelen van dit besluit wordt terugwerkende kracht toegekend tot en met 1 januari 2025. De rechtszekerheid is hiermee niet in het geding. De Regeling risicoverevening 2025 is op 30 september 2024 in concept bekendgemaakt in de Staatscourant (*Stcrt.* 2024, 31526). De Regeling risicoverevening 2026 is

op 29 september 2025 in concept bekendgemaakt in de Staatscourant (*Stcrt.* 2025, 32634). Het Zorginstituut heeft de systematiek in deze regelingen reeds toegepast en beleidsregels opgesteld voor de betrokken vereveningsjaren. Dit besluit stelt de systematiek vast in lijn met de reeds gepubliceerde kaders en komt tegemoet aan de verwachtingen die op grond daarvan zijn gewekt. Terugwerkende kracht is noodzakelijk om deze verwachtingen waar te maken en van de terugwerkende kracht wordt dan ook geen nadeel ondervonden.

De onderdelen A, B, tweede lid, en C, tweede lid, betreffen wijzigingen in de risicoverevening met ingang van vereveningsjaar 2027. Deze wijzigingen treden daarom, in afwijking van het voorgaande, in werking per 1 januari 2027.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

S.Th.M. Hermans