

# Slimmer afstellen van ons zorgstelsel versus grootscheepse verbouwing?

## Deel I – Nationaal Zorgfonds niet noodzakelijk beste oplossing voor (te) hoge kapitaalseisen

Nu de zorgpremies harder lijken te stijgen dan verwacht, het verplicht eigen risico de laatste jaren fors omhoog is gegaan terwijl tegelijkertijd de gezamenlijke kapitaalbuffers meer dan verdubbeld zijn, staat het huidige in 2006 geïntroduceerde unieke zorgstelsel steeds meer ter discussie.

Kritiek op het huidige zorgstelsel komt niet uit de lucht vallen. De betalingsproblemen van zorggebruikers zijn de laatste jaren toegenomen, en de stijging van de levensverwachting sinds 2010 is afgevlakt. Hoewel de kostenstijging de laatste jaren al flink getemperd is, is deze vooral tot stand gekomen door het gebruik van ouderwetse instrumenten als uitgavenplafonds en een verhoogd eigen risico, en minder van innovatieve zorgkostenbeheersingsmodellen zoals benoemd in de adviezen van de Raad voor Volksgezondheid en veelal wel toegepast in andere landen. De selectieve inkoop van doelmatige zorg is anders dan beoogd nog maar zeer beperkt van de grond gekomen. En de gezamenlijke kapitaalbuffers zijn fors aangegroeid van 4 miljard euro in 2007 tot inmiddels zo'n 10 miljard euro.

Is het tijd voor een grootscheepse verbouwing zoals bijvoorbeeld de SP voorstelt met het pleidooi voor het Nationaal Zorgfonds of is het een kwestie van slimmer afstellen van ons zorgstelsel?

J. Houtepen MSc MBA AAG (links) is senior manager & consulting actuary bij Milliman, verantwoordelijk voor de Health praktijk.

W. Elshof MSc AAG is principal and consulting actuary bij Milliman.



Welk systeem je ook kiest, de volgende universele zorgwetten gaan altijd op:

### UNIVERSAL LAWS OF HEALTHCARE SYSTEMS

- No matter how good the healthcare in a particular country people will complain about it
- No matter how much money is spent on healthcare, the doctors and hospitals will argue that it is not enough
- The last reform always failed

Tsung-mei Cheng, an American economist

Onder het mom 'bezint eer ge begint' is dit artikel daarom allereerst een korte beschouwing van het pleidooi voor het Nationaal Zorgfonds en van de stand van ons huidige zorgstelsel. Zonder een voorkeur uit te spreken voor een specifiek stelsel, bekijken we het huidige stelsel en de kritiekpunten waar mogelijk in internationaal perspectief. Geen enkel zorgstelsel is namelijk hetzelfde, en van elk zorgstelsel kun je iets leren.

Meerdere (hierna te bespreken) kritiekpunten staan los van het gekozen stelsel en kunnen eveneens binnen het huidige stelsel opgevangen worden. Door het slimmer afstellen van ons zorgstelsel en door het voeren van een adequater kapitaalbeleid dat ervoor zorgt dat niet te veel maar ook niet te weinig kapitaal aangehouden wordt om tegenvallers op te kunnen vangen.

Wat kunnen wij als (zorg)actuarissen in deze belangrijke maatschappelijke discussie betekenen? Bij het antwoord op deze vraag gaan we in dit eerste deel vervolgens specifiek in op de rol van zorgverzekeraars en (zorg)-actuarissen in de discussie over het benodigd kapitaal dat aangehouden moet worden. In het nog te verschijnen tweede deel gaan we nader in op de stand van ons zorgstelsel in internationaal perspectief, de mogelijkheden om het zorgstelsel slimmer af te stellen en de rol die wij als actuarissen juist daarin zouden kunnen vervullen.

### HET NATIONAAL ZORGFONDS: PLEIDOOI VOOR EEN GROOTSCHIEPSE VERBOUWING

Ons Nederlandse model met goede toegankelijkheid, hoge kwaliteit en veel solidariteit staat onder druk. Een voortgezette stijging van de zorgkosten gaat een nog sterkere wissel trekken op de solidariteit. In het publieke debat wordt als boosdoener de marktwerking in de zorg vaak aangehaald:

*Zorgverzekeraars maken te veel winst, houden te hoge 'reserves' aan [lees: te veel kapitaal]<sup>1</sup> en verspillen jaarlijks honderden miljoenen euro zorggeld aan reclame en marketing voor het jaarlijkse overstapcircus waar bijna niemand op zit te wachten, zo luidt de kritiek<sup>2</sup>. Tevens zijn zij onvoldoende in staat om de zorgkosten te beheersen en de kwaliteit te verbeteren. De kwaliteit zou achteruit gaan en de kosten blijven stijgen, terwijl het verplichte eigen risico toeneemt en de solidariteit daardoor afneemt.*

Het initiatief van het Nationaal Zorgfonds is geboren: een pleidooi voor een nieuw publiekrechtelijk zorgstelsel met één zorgverzekering voor iedereen, een nog uitgebreidere dekking in het basispakket en zonder een eigen risico. Kortom: nog meer solidariteit voor minder geld. Ogenscheinlijk met elkaar in tegenspraak of het ei van Columbus? Op dit moment van schrijven zijn al 182.000 steunbetuigingen binnengekomen. Maar hoe realistisch is dit? Wat kunnen wij leren van vergelijkbare stelsels in andere landen? En hoe is het met ons huidige zorgstelsel gesteld in vergelijking met andere landen?

### ZELFS WERELDWIJD EEN VAN DE ALLERLAAGSTE PERCENTAGES, VERGELIJKBAAR MET DAT VAN BOTSWANA

#### 'THE STATE OF OUR DUTCH HEALTH CARE SYSTEM' IN INTERNATIONAAL PERSPECTIEF

Het huidige zorgstelsel kent in vergelijking met andere landen een hoge mate van solidariteit en sociale gelijkheid, een uitgebreide dekking in de basisverzekering met een beperkte rol van de aanvullende verzekering, een opvallend laag percentage out-of-pocket uitgaven en de hoogste consumenten-kwaliteit van zorg binnen Europa, mede als gevolg van hoge zorguitgaven per capita. Hieronder een korte beschouwing. In deel II gaan we hier nader op in.

#### Hoge mate van solidariteit en sociale gelijkheid

In Nederland geldt als in geen ander land dat het gelijke recht op zorg een groot goed is. 'Zorg voor en van iedereen'. Anders dan voorstanders van het Nationale Zorgfonds doen vermoeden, is dit recht met de invoering van het nieuwe zorgstelsel nog sterker geworden. Niet alleen is iedereen verplicht verzekerd, de premie hetzelfde en de dekking voor de basisverzekering voor eenieder gelijk, maar ook komt de sociale gelijkheid terug bij de aanvullende verzekering. Anders dan in de UK is het bijvoorbeeld niet of nauwelijks mogelijk te verzekeren voor toegang tot de laatste state-of-the-art healthcare behandelingen of medicijnen die nog niet in de basisverzekering gedekt worden. Sterker nog: zelfs out-of-pocket betaling van (nieuwe) medicijnen en/of behandelingen die (nog) niet gedekt zijn in de basisverzekering lijkt in ons huidige zorgstelsel niet toegestaan. Daarvoor moet je uitwijken naar het buitenland.

#### Uitgebreide dekking basisverzekering en beperkte rol van de aanvullende verzekering

Onze aanvullende verzekering is in vergelijking met andere landen feitelijk beperkt. Enerzijds omdat onze basisverzekering veelal uitgebreider qua dekking is (zo vergoedt het publieke zorgstelsel in Engeland veel minder dure kankermedicijnen en zijn dure kankerbehandelingen in de praktijk vaak niet toegankelijk), nog niet of nauwelijks demand-side cost-sharing mechanismen in de basisverzekering voorkomen en de basisverzekering zoals verschillende vormen van eigen betalingen<sup>3</sup> en no-claim korting bovendien reeds elementen van 'duplicate insurance' zoals second opinion, wachttijdbemiddeling en meer/minder keuze van zorgaanbieders bevat. Anderzijds omdat het uitgangspunt van sociale gelijkheid – een fundamentele waarde in onze cultuur en ons stelsel – wellicht niet alles aanvullend verzekeraar maakt.

#### Out-of-pocket uitgaven aan zorg opvallend laag

Als een gevolg is het aandeel out-of-pocket uitgaven aan zorg in Nederland vergeleken met andere landen nog altijd opvallend laag: slechts 5,2% vs 13,9% in de EU vs 18,2% wereldwijd (Worldbank, 2014). Het aandeel out-of-pocket uitgaven komt overeen met dat van Botswana en wereldwijd kennen slechts enkele landen cq eilandengroepen zoals Cuba, Kiribati en de Salomonseilanden een nog lager aandeel out-of-pocket betalingen. Bovendien is het aandeel out-of-pocketbetalingen sinds de introductie van het nieuwe zorgstelsel alleen maar verder omlaag gegaan (van ca. 8% in de jaren voor 2006 tot 5,2% in 2014)

#### Hoogste consumenten-kwaliteit van zorg... en hoge zorguitgaven per capita

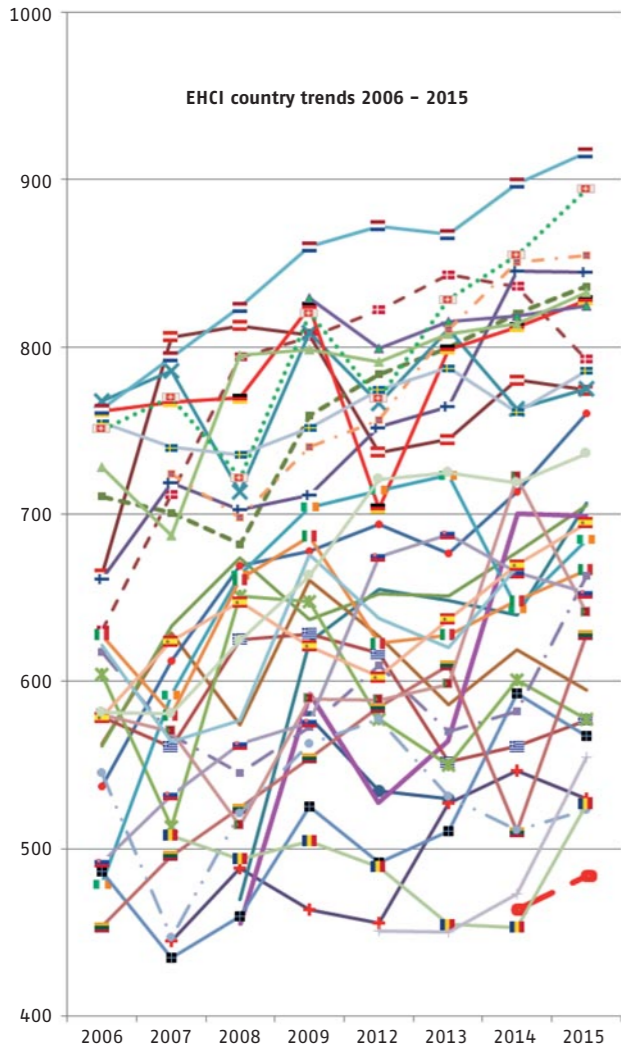
De stand van zaken in de curatieve zorg kan misschien het best worden samengevat aan de hand van de uitkomsten van de jaarlijkse Euro Health Consumer Index (HCP 2015). De meting 2015 bevestigt de consistente koppositie van ons land in twee opzichten. Nederland scoort voor zesde jaar op rij de hoogste consumenten-kwaliteit van de zorg (zie figuur 1). En Nederland scoort een van de hoogste zorguitgaven (per capita en als percentage van het GDP) (zie tabel 1).

Tabel 1: Overview health insurance systems and health spending in eight countries<sup>4</sup>

	NL	UK	Denmark	Canada	Germany	Japan	Singapore	USA
Type of system	Simple characterization	Universal multi-payer	Single payer	Single payer	Universal multi-payer	Employer sponsored insurance	Subsidized self-insurance	Employer sponsored insurance
	Mandatory	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No
	Population covered by primary insurance	~100%	100%	100%	100%	100%	100%	~85%
Health spending in 2014	Out of pocket health expenditure	5,2%	9,7%	13,4%	13,6%	13,2%	13,9%	54,8%
	Dollars of health spending per capita	\$5.694	\$3.935	\$6.463	\$5.292	\$5.411	\$3.703	\$2.752
	GDP spending on health care	10,9%	9,1%	10,8%	10,4%	11,3%	10,2%	4,9%
	Population in 2015 (in millions)	17	65	5,7	36	81	127	5,5

Significant lagere kosten (per capita en als percentage van het GDP) vind je alleen terug in het unieke zorgstelsel van Singapore met een verplicht gesubsidieerd self-insurance systeem, een inkomensgebaseerd individueel spaarprogramma. Elke burger zet daarbij een bepaald percentage van het inkomen (tot een maximum) apart in een zogenoemd Health Savings Account (HSA), voor elke vorm van zorg, nu of later, voor jezelf of voor familieleden of vrienden. Zorgconsumenten hebben daarbij een optimale prikkel tot gepast zorggebruik (wanneer het echt nodig is) en willen bovendien waar voor hun geld. De keerzijde van dit stelsel is dat de inkomens- en risicosolidariteit in dit stelsel zeer beperkt is. En daarmee niet past binnen ons belangrijke uitgangspunt 'Zorg voor en van iedereen'.

**Figuur 1:** European Health Consumer Index



- Albania
- Austria
- Belgium
- Bulgaria
- Croatia
- Cyprus
- Czech Republic
- Denmark
- Estonia
- Finland
- France
- FYR Macedonia
- Germany
- Greece
- Hungary
- Iceland
- Ireland
- Italy
- Latvia
- Lithuania
- Luxembourg
- Malta
- Montenegro
- Netherlands
- Norway
- Poland
- Portugal
- Romania
- Serbia
- Slovakia
- Slovenia
- Spain
- Sweden
- Switzerland
- UK

### ZORGVERZEKERAARS – DE ULTIEME 'INSHARED – WE ALL BENEFIT'?

Anders dan 'gewone' verzekeraars hebben zorgverzekeraars geen winstmerk en mogen zij vooralsnog winsten niet uitkeren aan de aandeelhouders. De meeste zorgverzekeraars zijn bovendien coöperaties, zoals onderlinge waarborgmaatschappijen, waarbij de klanten verenigd zijn in het hoogste orgaan: de ledenraad. Zonder toestemming van de ledenraad kunnen geen aandeelhouders aangetrokken worden.

Zorgverzekeraars zetten winst uit zorgverzekeringen apart voor hun klanten voor eventuele tegenvallers in de zorgkosten, en voor investeringen in nieuwe oplossingen. Daarmee wordt onder meer de jaarlijkse stijging van de zorgkosten zoveel mogelijk opgevangen en een stabiel premiebeleid voor de verzekerden nagestreefd. In feite een ultieme vorm van 'Inshared – we all benefit'. Daar waar je bij Inshared alleen voordeel behaalt als je gedurende een jaar geen schade maakt, heeft elke zorgverzekerde – of je nu wel of geen zorgkosten maakt – evenveel voordeel bij een premie-teruggave uit het eigen vermogen.

Dat zorgverzekeraars geld in een 'pot' stoppen is niet alleen wenselijk, maar ook wettelijk verplicht. De toezichthouders, waaronder De Nederlandsche Bank (DNB), eisen dat flinke kapitaalbuffers aangehouden worden. Of het Nationaal Zorgfonds hier een uitkomst biedt hangt onder meer af van de verdere vormgeving ervan: betreft het een publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders (à la de NHS in de UK) of een publiek stelsel met regionaal opererende ziekenfondsen ('zorgkantoren')? Wezenlijk verschil is dat in het eerste geval – 'NHS' variant – zorg een voorziening wordt in plaats van een recht. In beide gevallen zijn door het publiekrechtelijke karakter van het Nationaal Zorgfonds de Europese schaderichtlijnen niet langer van toepassing en valt het Nationaal Zorgfonds al dus niet onder de Europese Solvency II wet- en regelgeving en gelden in die zin niet dezelfde minimale kapitaalvereisten. In het eerste geval is er helemaal geen noodzaak meer om kapitaalbuffers aan te houden. In het tweede geval daarentegen evengoed wel.

In het eerste geval ('NHS') is er geen noodzaak meer om kapitaalbuffers aan te houden, want zorg wordt zoals gezegd een voorziening in plaats van een recht, gefinancierd uit de algemene middelen. De huidige zorgverzekeraars en de Rijksoverheid neemt de centrale regie over het stelsel. Kostenbeheersing is bovendien goed mogelijk via de budgettering van de regionale uitvoerders. Keerzijde is dat deze budgettering vermoedelijk leidt tot onder meer weer wachtlijsten en langere wachttijden voor een behandeling en een tweedeling in de zorg: meer mensen zullen zorg buiten het collectieve pakket om, in Nederland of in het buitenland gaan zoeken. Mensen met een sterke financiële positie kunnen zich privaat bijverzekeren om wachtlijsten te voorkomen en toegang te krijgen tot de state-of-the-art behandelingen en medicijnen voor bijvoorbeeld kanker die in de praktijk niet of nauwelijks beschikbaar zijn binnen het publieke stelsel.

In het tweede geval, waarbij alle zorgverzekeraars samengaan en genationaliseerd worden, blijft het recht op zorg bestaan en zal daarom de overheid evenals de zorgverzekeraars in het huidige stelsel ook een risicobuffer nodig hebben om onvoorziene omstandigheden te kunnen dekken. Want hoewel de uitgaven binnen een publiek stelsel met regiobudgetten aanzienlijk beter te beheersen lijken dan in het huidige stelsel, blijft vanwege het recht op zorg ten principale een open eind financiering bestaan. Bij de vaststelling van de hoogte van de buffer is de overheid echter niet gebonden aan de Solvency II wet- en regelgeving. Vermoed wordt dat de hoogte van de buffer nog steeds substantieel doch lager zal zijn dan de wettelijke reserves die de zorgverzekeraars nu moeten aanhouden in het huidige stelsel (CPB 2015). Is dit juist en waarom? Is dit omdat het risico aanzienlijk lager is dan in het huidige stelsel en de zorgkosten beter voorspelbaar zijn? En of omdat de wettelijke minimale kapitaalbuffer op basis van de huidige Solvency II wet- en regelgeving vermoedelijk overschat wordt? Merk op dat de voorgestelde overheveling van de dekkingen onder de aanvullende verzekeringen naar de basisverzekering juist een verhogend effect heeft op de aan te houden kapitaalbuffer onder de verplichte basisverzekering.

### NAAR EEN ADEQUATER KAPITAALBELEID – BELANGRIJKE ROL VOOR ZORGACTUARISSEN

De vraag hoeveel zorgverzekeraars (dan wel het Nationaal Zorgfonds bij nationalisatie van de zorgverzekeraars: variant 'zorgkantoren') opzij moeten zetten is een belangrijk maatschappelijk vraagstuk waar wij als actuariële professionals onze bijdrage aan kunnen en moeten leveren. Enerzijds gaat het hierbij over de juistheid en passendheid van de standaardformule voor het berekenen van de minimale kapitaalbuffer (de SCR) en anderzijds over de normsolvabiliteit die wenselijk is om met een bepaalde mate van zekerheid niet onder een solvabiliteitsratio van 100% te komen. Met andere woorden: hoeveel extra buffer moeten verzekeraars aanhouden bovenop de minimale kapitaalbuffer?

#### Aanwijzing voor overschatting van de minimale kapitaalbuffer

Vanwege ons unieke zorgstelsel met risicoverevening zijn wij als enige land in Europa erin geslaagd de vereiste SCR (minimale kapitaalbuffer) middels de zogenoemde HRES-afslag (Health Risk Equalisation System te verlagen met zo'n 2,5 miljard euro tot 6,3 miljard<sup>5</sup> euro en doen wij het in dat opzicht al 'beter'. Maar is de 6,3 miljard Euro aan minimale kapitaalbuffer die wij als BV Nederland nu verplicht voor de basisverzekering moeten aanhouden niet alsnog veel te hoog? Er zijn duidelijke aanwijzingen voor significante weeffouten in de huidige EIOPA methodiek, gebruikte data en gehanteerde uitgangspunten voor het bepalen van de SCR voor het verzekeringstechnisch risico. In onze optiek volstaat het niet meer om je te verschuilen achter de wet- en regelgeving. Als zorgverzekeraars en (zorg)actuarissen moeten wij onze rol hierin pakken. Via een goed onderbouwde lobby richting de toezichthouder DNB en richting VWS en/of via het appliceren van een (partieel) intern model dan wel het toepassen van de USP methode op eigen data.

#### Kwantitatief onderbouwen normsolvabiliteit

Minister Schippers kondigde onlangs aan dat zorgverzekeraars meer ruimte hebben om de zorgpremies te verlagen door geld uit de 'reserves' (lees: eigen vermogen) via de premies terug te geven aan de verzekerden. Volgens de wettelijke Solvency II eisen moeten zorgverzekeraars zoals gezegd een gezamenlijke minimale buffer van 6,3 miljard euro hebben, maar op dit moment is voor de basisverzekering een buffer van 9,9 miljard euro aanwezig. De minister verwacht dat zorgverzekeraars zo'n 2 miljard euro uit hun financiële buffers kunnen gebruiken om de zorgpremie komend jaar lager te houden<sup>6</sup>. Een onderbouwing geeft zij hier echter niet bij. Waardevolle informatie voor alle zorgverzekeraars die worstelen met de vraag wat een maatschappelijk wenselijke streef solvabiliteit is. Zij willen niet te veel, maar ook niet te weinig kapitaal aanhouden. Maar wat is voldoende? Een simpel rekensommetje leert ons dan dat de gewenste normsolvabiliteit volgens de minister kennelijk rond de 125% ligt? Dat is aanzienlijk lager dan de streef solvabiliteit van veel 'gewone' verzekeraars van andere risico's. Wat impliceert dit? Geloofde de minister eigenlijk zelf ook dat de standaard formule onder SII het risico voor Nederlandse zorgverzekeraars (beduidend) overschat? En is de zekerheid die de verzekeraar daarbij heeft ten opzichte van de polishouders daarom toch (meer dan) voldoende? Of betekent dit dat de minister een (veel) lagere mate van zekerheid acceptabel vindt voor zorgverzekeraars? En waarom dan?

Een tweede belangrijke taak voor ons ligt op het gebied van het kwantitatief onderbouwen van de benodigde normsolvabiliteit (de buffer bovenop de minimale kapitaalbuffer) en het transparant maken van de gevolgen ervan. Wat is wenselijk? Wat is een wenselijke risk-appetite? Welke mate van zekerheid streef je na en wat betekent dat voor de gewenste normsolvabiliteit? Hoe vertaalt je een normsolvabiliteit met een bepaalde zekerheidsmaatstaf op een manier waarop verschillende stakeholders (en niet alleen de actuaris) hier begrip en gevoel bij heeft? En hoe erg is het eigenlijk als de solvabiliteitsratio een jaar onder de 100% zakt? ■

1 – In het maatschappelijke debat wordt de term 'reserves' vaak gehanteerd voor wat wij aanduiden met het eigen vermogen of wel beschikbaar kapitaal. Daar waar in dit artikel over reserves wordt gesproken, bedoelen we dan ook het eigen vermogen of wel beschikbare kapitaal en niet de technische voorziening.

2 – Zie bijvoorbeeld: <https://nationaalzorgfonds.nl/> en het rapport 'Op naar een Nationaal Zorgfonds zonder eigen risico'

3 – Zoals vaste bijdrage voor specifieke typen zorg, procentueel eigen risico, een verschoven eigen risico (of 'donut hole') of bijvoorbeeld een two-tiersysteem. Bij een verschoven eigen risico hebben verzekerden een verschillend start- en eindpunt van het eigen risico, afhankelijk van hun verwachte zorggebruik. Het eigen risico kan bij een chronisch zieke bijvoorbeeld ingaan op 2000 euro in plaats van de huidige situatie op 0 euro. Een two-tiersysteem is een combinatie van een verplicht eigen risico en een procentueel eigen risico. Eerst geldt een verplicht eigen risico aan de voet. De verzekerde betaalt zijn zorg volledig zelf. Boven het eigen risico geldt vervolgens een procentueel eigen risico tot een maximum. Daarboven worden de zorgkosten volledig vergoed.

4 – Bronnen: *Comparisons of Health Insurance Systems in Developed Countries*, Randall P. Ellis ea, 2014; Worldbank data

5 – Hierbij wordt uitgegaan van de volgende belangrijke aannames:  
 • 38,5 miljard euro aan verdiende premie (brede premiedefinitie omzet basisverzekering in 2015: nominale premie + uitkeringen Zorgverzekeringsfonds);  
 • Technische Voorziening bedraagt 34% van de premie-omzet;  
 • Netto sigma voor premierisico (na toepassen HRES-factor) bedraagt 2,7%, bij wegvallen van HRES-factor wordt dit 5,0%.

6 – Bron: artikel in FD 'Schippers- heeft-zich-niet-rijk-gerekend-met-de-zorgpremies', 6 oktober 2016

#### Literatuurlijst

- Ellis, R. ea., (2014). *Comparisons of Health Insurance Systems in Developed Countries*. In: A. Culyer, ea., *Encyclopedia of Health Economics*, Elsevier Press, Inc. 2014
- Cats, R. (2016). Schippers- heeft-zich-niet-rijk-gerekend-met-de-zorgpremies. FD. <https://fd.nl/economie-politiek/1170200/schippers-heeft-zich-niet-rijk-gerekend-met-de-zorgpremies> [6 oktober 2016].
- Björnberg, A. (2016). *Euro Health Consumer Index 2015 Report*, Health Consumer Powerhouse.
- Thomson, S. and Mossialos, E. (2010). Primary Care and Prescription Drugs: Coverage, Cost Sharing, and Financial Protection in Six European Countries. *Issues in International Health Policy*, The Commonwealth Fund, March 2010.
- Rapport 'Op naar een Nationaal ZorgFonds zonder eigen risico'. *Het Nationaal ZorgFonds*. <https://nationaalzorgfonds.nl/files/Rapport-NZF-web.pdf> [12 oktober 2016]
- Remmerswaal, M. ea., (2015). Toelichting op de effecten van eigen betalingen in de zorg. Bijlage bij het rapport 'Zorgkeuzes in Kaart'. CPB Achtergronddocument, 31 maart 2015
- CPB (2015). *Zorgkeuzes in Kaart*. Technische uitwerking van alle afzonderlijke beleidsopties. *Technische Werkgroep Zorgkeuzes in Kaart*.



Maak voor een persoonlijk en inspirerend gesprek over je professionele toekomst een afspraak met:  
**Anno Bousema** +31 (0)6 53 30 97 52 [anno.bousema@financialassets.nl](mailto:anno.bousema@financialassets.nl)  
**Mieke Habraken** +31 (0)6 27 45 63 70 [mieke.habraken@financialassets.nl](mailto:mieke.habraken@financialassets.nl)  
[www.financialassets.nl](http://www.financialassets.nl)

**FINANCIAL ASSETS ACTUARIAL**  
 EXECUTIVE SEARCH

SPECIALIST IN PERFECT ACTUARIAL & RISK JOBS:  
 \* NON LIFE \* PENSIONS \* HEALTH \* LIFE INSURANCE \* EMPLOYEE BENEFITS \* ENTERPRISE RISKMANAGEMENT \*  
 \* GENERAL INSURANCE \* FINANCE & INVESTMENT \* CAPITAL MANAGEMENT \*